

Zespół Aspergera – trudności w rozpoznawaniu zaburzenia na podstawie analizy historii chorób pacjentów oddziału psychiatrii dziecięcej

Difficulties in diagnosis of Asperger's syndrome – a retrospective chart review

¹ Poradnia Psychosomatyczna, Szpital Dziecięcy im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza w Warszawie. Kierownik Poradni: dr n. hum. Mariola Skowrońska

² Klinika Psychiatrii Wzrostu i Rozwoju Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Tomasz Wolańczyk

³ Oddział Psychiatrii Wzrostu i Rozwoju, Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny w Warszawie.

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Tomasz Wolańczyk

Correspondence to: Magdalena Grygo, Poradnia Psychosomatyczna, Szpital Dziecięcy im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza, ul. Niekańska 4/24, 03-924 Warszawa, tel.: 22 509 83 90, e-mail: magdgr@gmail.com

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Zespół Aspergera to zaburzenie neurorozwojowe z grupy całościowych zaburzeń rozwoju. **Cel badania:** Celem pracy było określenie, w jakim wieku w grupie pacjentów z zespołem Aspergera będących pod opieką oddziału psychiatrii dziecięcej lub pozostających pod opieką w poradni zdrowia psychicznego zostało ustalone rozpoznanie oraz jakie objawy były powodem zgłoszenia się do specjalisty. **Metoda:** W pracy przedstawiono wyniki analiz historii chorób 35 pacjentów z zespołem Aspergera. Analizy dotyczyły wieku oraz powodu pierwszego kontaktu ze specjalistą, liczby placówek, w których chory był diagnozowany, zanim rozpoznano zaburzenie, oraz wieku postawienia diagnozy. Określono, jaki czas upłynął pomiędzy zgłoszeniem się pacjenta po raz pierwszy do specjalisty a diagnozą, a także jakie były rozpoznania wstępne u dzieci hospitalizowanych na oddziale psychiatrii. **Wyniki:** Na podstawie uzyskanych rezultatów ustalono, że rozpoznanie zespołu Aspergera zostało ustalone w wieku $11,75 \pm 3,29$ roku, a od pierwszej wizyty u specjalisty (lekarz, psycholog) upłynęło $5 \text{ lat} \pm 3,44$ roku. Pacjenci byli wcześniej diagnozowani w różnych ośrodkach i otrzymywali najczęściej rozpoznanie nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi lub zaburzeń zachowania. **Wnioski:** Wyniki niniejszego badania mogą wskazywać na duże trudności diagnostyczne, które mogą być wynikiem zbyt małej wiedzy specjalistów na temat zespołu Aspergera. Uzyskane rezultaty zostały porównane z wynikami badań przeprowadzonych między innymi w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii.

Słowa kluczowe: zespół Aspergera, całościowe zaburzenie rozwoju, spektrum autyzmu, rozpoznawanie, objawy

Summary

Asperger's syndrome is a neurodevelopmental disorder from the group of autistic spectrum disorders. **Objective:** The authors describe the group of children diagnosed with Asperger's syndrome, treated in the Department of Child Psychiatry or in the Child Psychiatry Outpatient Clinic. The aim of the study was to evaluate the patients' age when they were diagnosed and the reason for seeking the clinician's help by parents. **Method:** A retrospective chart review of children ($n = 35$) diagnosed with Asperger's syndrome. Age and reason for the first contact with the specialist, number of health facilities where the patient was treated before diagnosis, age at which the diagnosis was made, the period between the patient's first contact with the specialist and diagnosis, and the first diagnoses in hospitalized children were analysed. **Results:** The median age of diagnosis was 11.75 ± 3.29 years, 5 ± 3.44 years after the children's first contact with the specialist (psychiatrist or psychologist). Before the diagnosis, the patients were treated in different health facilities and often diagnosed with attention deficit/hyperactivity disorder or disruptive behaviour. **Conclusions:** The results may indicate the major diagnostic difficulties which clinicians are facing or may be the result of insufficient knowledge among various groups of specialists on the Asperger's syndrome. The results were compared to the results of the research conducted in the USA and Great Britain.

Key words: Asperger's syndrome, pervasive developmental disorder, autism spectrum disorders, diagnosis, symptoms

WSTĘP

Zespół Aspergera (ZA) po raz pierwszy opisał Hans Asperger w 1944 roku jako „psychopatię autystyczną” okresu dzieciństwa. W latach 80. został przypomniany przez Lornę Wing i Judith Gould, które wprowadziły do literatury termin *kontinuum/spektrum autystycznego*. Zaliczyły do niego dzieci, u których występowały zaburzenia dotyczące tzw. triady autystycznej. Do spektrum autystycznego włączyły dobrze funkcjonujące dzieci z cechami autystycznymi, odpowiadające pod względem psychopatologii dzieciom opisanym przez H. Aspergera, które według aktualnych kryteriów autyzmu dziecięcego nie byłyby zdiagnozowane jako autystyczne⁽¹⁾.

Triada autystyczna, charakterystyczna dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju (spektrum autyzmu), znalazła odzwierciedlenie w klasyfikacjach DSM-IV-TR⁽²⁾ oraz ICD-10⁽³⁾, według których do całościowych zaburzeń rozwoju zalicza się zaburzenia, w których w różnym nasileniu występują:

1. objawy dotyczące nieprawidłowości w rozwoju społecznym, zwłaszcza zdolności do uczestnictwa w naprzemiennych interakcjach społecznych;
2. deficyty i dysfunkcje w porozumiewaniu się (słownym i bezsłownym);
3. obecność sztywnych wzorców zachowania, aktywności i zainteresowań.

Kryteria ZA zostały po raz pierwszy opublikowane w 1989 roku⁽⁴⁾. Pierwszy raz diagnozę tę uwzględniono w klasyfikacjach ICD-10 i DSM-IV w 1994 roku (wydanie polskie ICD-10 w 1997 roku).

Częstość występowania autyzmu wynosi około 5–10/10 000. Rozpowszechnienie spektrum autyzmu szacuje się na 3–6/1000^(5,6, Gillberg i Coleman, 2000 wg 7,8), a według najnowszych badań (przeprowadzonych wieloetapowo, na grupie dzieci w wieku przedszkolnym) może ono wynosić nawet około 60/10 000 badanych (0,6%)^(9–11). Częstość występowania ZA w różnych badaniach populacyjnych waha się od 0,03 do 6/1000⁽¹²⁾. Tak duże rozbieżności mogą wynikać z faktu, że kiedy sztywno stosuje się kryteria diagnostyczne, np. ICD-10 (prawidłowy rozwój mowy, umiejętności praktyczne, zachowania adaptacyjne oraz zainteresowanie otoczeniem w pierwszych trzech latach życia na poziomie zgodnym z prawidłowym rozwojem), wiele osób, które w momencie oceny prezentują objawy charakterystyczne dla zespołu Aspergera, otrzymuje rozpoznanie autyzmu dziecięcego. Ponieważ dotychczas przeprowadzone większe badania epidemiologiczne dotyczyły populacji dziecięcej, można przypuszczać, że grupa osób z cechami autystycznymi, z ponadprzeciętną inteligencją, u której objawy ZA stają się widoczne dopiero w okresie dorastania i dorosłości, nadal pozostaje poza statystyką. W badaniach przeprowadzonych w Szwecji wśród dzieci uczących się w szkołach powszechnych schorzenie to występowało u 0,4%. Jego autorzy szacują jednak, że częstość

INTRODUCTION

Asperger's syndrome (AS) was for the first time described by Hans Asperger in 1944 as an “autistic psychopathy” occurring in childhood. During the 80s it was recalled by Lorna Wing and Judith Gould who introduced in literature the term *continuum/autistic spectrum*. They involved in it the children with disorders associated with the so-called autistic triad. They included into the autistic spectrum the well-functioning children with autistic traits, corresponding in psychopathological respect with the children described by H. Asperger, who according to current criteria of infantile autism would not be diagnosed as autistic⁽¹⁾.

The autistic triad, characteristic of patients with pervasive developmental disorders (autism spectrum) was reflected in classifications DSM-IV-TR⁽²⁾ and ICD-10⁽³⁾, according to which the pervasive developmental disorders include the disorders associated, to different extents, with:

1. symptoms related to abnormalities in social development, especially the capabilities to participate in alternating social interactions;
2. deficits and dysfunctions in (verbal and non-verbal) communication;
3. presence of rigid patterns of behaviour, activity and interests.

The AS criteria were for the first time published in 1989⁽⁴⁾. For the first time this diagnosis was included in ICD-10 and DSM-IV classifications in 1994 (Polish edition of ICD-10 appeared in 1997).

The incidence of autism reaches approx. 5–10/10 000. The prevalence of autism spectrum is estimated as 3–6/1000^(5,6, Gillberg and Coleman, 2000 acc. to 7,8), but according to the latest research (carried out in many stages, in a group of preschoolers) it may reach even as much as approx. 60/10 000 of those examined (0.6%)^(9–11). The incidence of AS in various population studies ranges from 0.03 to 6/1000⁽¹²⁾. So high discrepancies may result from the fact that when we rigidly use the diagnostic criteria, e.g. ICD-10 (correct development of speech, practical skills, adjustment behaviours, and interest in the surroundings during the first three years of life at the level consistent with normal development), many patients who during assessment present symptoms characteristic of Asperger syndrome are diagnosed with infantile autism. As the hitherto performed extensive epidemiological studies were focussed on children, we may surmise that the group of patients with autistic traits, with elevated intelligence, who exhibit AS symptoms no sooner than during adolescence and adulthood, still remain beyond the statistics. In the studies carried out in Sweden among elementary school children this illness occurred in 0.4%. However, its authors estimate that the incidence of autism spectrum disorders in the whole population may reach as much as 1% (Kadesjo *et al.*, 1999 acc. to 13). The ratio between males and females with Asperger syndrome

występowania zaburzeń ze spektrum autystycznego w całej populacji może sięgać nawet 1% (Kadesjo i wsp., 1999 wg 13). Stosunek płci męskiej do żeńskiej u osób z zespołem Aspergera ocenia się w różnych badaniach na 1,7:1⁽¹²⁾ do 27:1⁽¹⁴⁾. U płci żeńskiej obserwuje się mniejsze nasilenie dysfunkcji związanych z funkcjonowaniem społecznym⁽¹⁵⁾.

W ostatnich dekadach odnotowano znaczny wzrost liczby zdiagnozowanych przypadków całościowych zaburzeń rozwoju (*autism spectrum disorder*, ASD). Fakt ten wiązany jest z poszerzeniem kryteriów rozpoznawania ASD⁽⁵⁾, większą czujnością lekarzy rodzinnych wobec objawów ASD⁽⁵⁾, poprawą diagnostyki⁽¹⁶⁾, zmianą rozpoznania (np. z niespecyficznego upośledzenia umysłowego na ASD^(Goldman i wsp., 1998 wg 17)) i czynnikami środowiskowymi⁽¹⁸⁾. Częstość rozpoznawania ASD zależy również od liczby specjalistów w danym rejonie potrafiących postawić właściwą diagnozę⁽¹⁹⁾.

Badania dotyczące rozpoznawania ZA wskazują, że rodzice dość wcześnie zaniepokojeni są nietypowym rozwojem swoich dzieci oraz że poszukują pomocy u specjalistów. W kilku badaniach dowiedziono, że u wielu rodziców dzieci z zaburzeniami ze spektrum autystycznego ich rozwój budzi niepokój już w 1. roku życia dziecka^(19-23, Frith i wsp., 1993 wg 24), jednak w ZA później niż w przypadku autyzmu dziecięcego (średnia wieku odpowiednio 3. rok życia i 18. miesiąc życia)⁽²⁴⁾. Podobnie później zgłaszają się oni po pomoc (3,49 vs 3,05 roku), dłuższy jest okres pomiędzy pojawieniem się obawy dotyczącej zaburzeń rozwoju i zachowania dziecka a zgłoszeniem się do specjalisty (1,08 vs 0,58 roku)⁽²⁴⁾. W badaniu przeprowadzonym w Wielkiej Brytanii średni wiek rozpoznania zespołu Aspergera wyniósł 11,3 roku, a czas, jaki upłynął między pierwszym podejrzeniem rodziców a diagnozą, wyniósł średnio 8,59 roku. W żadnym przypadku nie rozpoznano ZA przed 3. rokiem życia, u 17% badanych ustalono rozpoznanie przed 5. rokiem życia, a u 9,8% po 20. roku życia⁽²⁴⁾. Wykazano również, że specjaliści często uspokajali rodziców i zalecali postawę wyczekującą. Większość rodziców zdecydowała się na dodatkowe wizyty u pediatrów, psychiatrów dziecięcych, psychologów. Podczas kolejnych konsultacji w wieku średnio 3,5, 5,19 i 9,02 roku rozpoznanie ZA ustalono odpowiednio u 8%, 33% i 60% badanych. U pozostałych osób postawiono inną diagnozę lub stwierdzano, że „nie ma powodu do zmartwień”, „żadnych problemów”, „wszystko w porządku”.

W badaniach amerykańskich wiek rozpoznania zespołu Aspergera wyniósł średnio 7 lat⁽²⁵⁾ oraz 7,2 roku⁽²⁶⁾. Diagnozę stawiano najczęściej pomiędzy 10. a 13. rokiem życia (u 39% dzieci), później u dzieci adoptowanych, pochodzących z terenów wiejskich i z rodzin o niższym statusie społecznym, wcześniej wśród dzieci, u których obserwowano opóźniony rozwój mowy, chodzenie na palcach, stereotypie ruchowe i dziwaczne zabawy. Skierowanie przez pediatrę do specjalisty było związane z wcześniejszym rozpoznaniem. Objawy, które niepokoiły rodziców, to kolejno: brak kontaktu wzrokowego, niechęć do zmian, brak

jest oszacowane w różnych badaniach jako 1,7:1⁽¹²⁾ do 27:1⁽¹⁴⁾. Kobiety wykazują niższą ciężkość dysfunkcji związanych z funkcjonowaniem społecznym⁽¹⁵⁾.

W ostatnich dekadach odnotowano znaczny wzrost liczby zdiagnozowanych przypadków całościowych zaburzeń rozwoju (*autism spectrum disorder*, ASD). Fakt ten wiązany jest z poszerzeniem kryteriów rozpoznawania ASD⁽⁵⁾, większą czujnością lekarzy rodzinnych wobec objawów ASD⁽⁵⁾, poprawą diagnostyki⁽¹⁶⁾, zmianą rozpoznania (np. z niespecyficznego upośledzenia umysłowego na ASD^(Goldman et al., 1998 acc. to 17)) i czynnikami środowiskowymi⁽¹⁸⁾. Częstość rozpoznawania ASD zależy również od liczby specjalistów w danym rejonie potrafiących postawić właściwą diagnozę⁽¹⁹⁾.

Badania dotyczące rozpoznawania ZA wskazują, że rodzice dość wcześnie zaniepokojeni są nietypowym rozwojem swoich dzieci oraz że poszukują pomocy u specjalistów. W kilku badaniach dowiedziono, że u wielu rodziców dzieci z zaburzeniami ze spektrum autystycznego ich rozwój budzi niepokój już w 1. roku życia dziecka^(19-23, Frith et al., 1993 acc. to 24), jednak w AS później niż w przypadku infantylnego autyzmu (średnia wieku odpowiednio 3. rok życia i 18. miesiąc życia)⁽²⁴⁾. Podobnie później zgłaszają się oni po pomoc (3,49 vs 3,05 roku), dłuższy jest okres pomiędzy pojawieniem się obawy dotyczącej zaburzeń rozwoju i zachowania dziecka a zgłoszeniem się do specjalisty (1,08 vs 0,58 roku)⁽²⁴⁾. W badaniu przeprowadzonym w Wielkiej Brytanii średni wiek rozpoznania zespołu Aspergera wyniósł 11,3 roku, a czas, jaki upłynął między pierwszym podejrzeniem rodziców a diagnozą, wyniósł średnio 8,59 roku. W żadnym przypadku nie rozpoznano ZA przed 3. rokiem życia, u 17% badanych ustalono rozpoznanie przed 5. rokiem życia, a u 9,8% – po 20. roku życia⁽²⁴⁾. Wykazano również, że specjaliści często uspokajali rodziców i zalecali postawę wyczekującą. Większość rodziców zdecydowała się na dodatkowe wizyty u pediatrów, psychiatrów dziecięcych, psychologów. Podczas kolejnych konsultacji w wieku średnio 3,5, 5,19 i 9,02 roku rozpoznanie ZA ustalono odpowiednio u 8%, 33% i 60% badanych. U pozostałych osób postawiono inną diagnozę lub stwierdzano, że „nie ma powodu do zmartwień”, „no problem”, „everything is fine”.

W amerykańskich badaniach wiek rozpoznania zespołu Aspergera wyniósł średnio 7 lat⁽²⁵⁾ oraz 7,2 roku⁽²⁶⁾. Diagnozę stawiano najczęściej pomiędzy 10. a 13. rokiem życia (u 39% dzieci), później u dzieci adoptowanych, pochodzących z terenów wiejskich i z rodzin o niższym statusie społecznym, wcześniej wśród dzieci, u których obserwowano opóźniony rozwój mowy, chodzenie na palcach, stereotypie ruchowe i dziwaczne zabawy. Skierowanie przez pediatrę do specjalisty było związane z wcześniejszym rozpoznaniem. Objawy, które niepokoiły rodziców, to kolejno: brak kontaktu wzrokowego, niechęć do zmian, brak

reakcji na głos, dziwaczne zabawy, echolalia, agresja, autoagresja, stereotypie ruchowe, nadwrażliwość na ból, kręcenie się wokół własnej osi, chodzenie na palcach, zaburzenia rozwoju mowy⁽²⁶⁾.

W przypadku dzieci z zespołem Aspergera często stawiane są błędne diagnozy, np. zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), minimalne uszkodzenie mózgu, problemy emocjonalne i behawioralne lub schizotypowy rozwój osobowości⁽²⁷⁾.

W literaturze podkreśla się znaczenie wczesnego rozpoznania zaburzeń autystycznych, ponieważ wczesne podjęcie terapii związane jest z lepszym rokowaniem dotyczącym późniejszego funkcjonowania osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju^{(National Research Council (US), 2001 wg 7.13,28,29)}.

Wczesna diagnoza umożliwia dostosowanie wymagań szkolnych do rozwoju i potrzeb dziecka, pomoc innym osobom w rodzinie dotkniętym podobnym problemem, uniknięcie dodatkowych problemów psychicznych (takich jak depresja, niska samoocena), będących powikłaniem nieadekwatnych wymagań szkolnych i niemożności sprostania oczekiwaniom otoczenia. Niekorzystne czynniki środowiskowe, takie jak nękanie (*bullying*), brak stabilności w środowisku rodzinnym, obecność w otoczeniu osób z osobowością dyssocjalną i narażenie na nadmierny hałas, mogą skutkować dyssocjalnymi zachowaniami u osób z ZA⁽³⁰⁾. Wczesna interwencja terapeutyczna może przyczynić się do poprawy samodzielności, umiejętności poznawczych, językowych i społecznych dzieci^(Dawson i Osterling, 1997 wg 24,31). Systematyczna praca rodziców nad rozwijaniem tych umiejętności u dziecka z zespołem Aspergera pozwala uniknąć albo zmniejszyć nasilenie późniejszych problemów z zachowaniem^(Howlin i Rutter, 1987; Howlin, 1998 wg 24,32).

MATERIAŁ I METODY

Dokonano analizy historii chorób oraz kart choroby 35 pacjentów (31 chłopców i 4 dziewcząt) z rozpoznaniem zespołu Aspergera, którzy pozostawali pod opieką Kliniki Psychiatrii Wieków Rozwojowych WUM oraz poradni przyklinicznej. Analizowane dane to średni wiek chorych w momencie rozpoznania, wiek dziecka w czasie pierwszego kontaktu ze specjalistą, liczba placówek, w których dzieci były diagnozowane przed ustaleniem rozpoznania, poprzednie diagnozy oraz objawy niepokojące rodziców.

WYNIKI

Średni wiek zgłoszenia dziecka do specjalisty wynosił 6 lat (mediana 6,43, $SD = 3,23$). Wiek dzieci podczas pierwszej wizyty mieścił się w przedziale między 4. a 7. rokiem życia (21 z 32 pacjentów – 65,6%; u 3 pacjentów brak danych). Objawy niepokojące rodziców/opiekunów dziecka, które były powodem konsultacji, przedstawiono w tabeli 1. Do rzadziej zgłaszanych problemów należały: niechęć do kontaktu fizycznego, zaburzenia snu, brak kontaktu

W przypadku dzieci z zespołem Aspergera diagnozy są często błędne, np. zaburzenie deficytu uwagi (ADHD), minimalne uszkodzenie mózgu, problemy emocjonalne i behawioralne, lub schizotypowy rozwój osobowości⁽²⁷⁾.

Literatura podkreśla znaczenie wczesnej diagnozy zaburzeń autystycznych, ponieważ wczesne podjęcie terapii związane jest z lepszym rokowaniem dotyczącym późniejszego funkcjonowania osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju^{(National Research Council (US), 2001 acc. to 7.13,28,29)}. Wczesna diagnoza umożliwia dostosowanie wymagań szkolnych do rozwoju i potrzeb dziecka, pomoc innym osobom w rodzinie dotkniętym podobnym problemem, uniknięcie dodatkowych problemów psychicznych (takich jak depresja, niska samoocena), będących powikłaniem nieadekwatnych wymagań szkolnych i niemożności sprostania oczekiwaniom otoczenia. Niekorzystne czynniki środowiskowe, takie jak nękanie (*bullying*), brak stabilności w środowisku rodzinnym, obecność w otoczeniu osób z osobowością dyssocjalną i narażenie na nadmierny hałas, mogą skutkować dyssocjalnymi zachowaniami u osób z ZA⁽³⁰⁾. Wczesna interwencja terapeutyczna może przyczynić się do poprawy samodzielności, umiejętności poznawczych, językowych i społecznych dzieci^(Dawson and Osterling, 1997 acc. to 24,31). The parents' systematic work on the development of such skills in children with Asperger syndrome allows to avoid or reduce the severity of behavioural problems in the future^(Howlin and Rutter, 1987; Howlin, 1998 acc. to 24,32).

MATERIAL AND METHODS

The case histories and illness charts were described for 35 patients (31 boys and 4 girls) with diagnosed Asperger syndrome, who were under the care of the Clinic of Developmental Age Psychiatry, Medical University of Warsaw, and the Clinic's Dispensary. The analysed data comprised the patients' mean age when the diagnosis was made, the child's age during the first contact with the specialist, the number of health facilities where the children had been diagnosed before the final diagnosis was made, previous diagnoses and symptoms which worried the parents.

RESULTS

The child's mean age at the time of reporting to the specialist was 6 years (median 6.43, $SD = 3.23$). The children's age during the first visit ranged from 4 to 7 years (21 of 32 patients – 65.6%; in the case of 3 patients there were no data).

The symptoms worrying the children's parents/carers, which were the cause of consultations, are presented in table 1. The less frequently reported problems were: reluctance to physical contacts, sleep disorders, lack of visual contact, lack of thematic games, tics, obsessive repetition of the same questions, lack of empathy, low self-esteem and difficulties in scholastic performance.

wzrokowego, brak zabaw tematycznych, tiki, natrętne powtarzanie tych samych pytań, brak empatii, niska samoocena, trudności w nauce.

U 5 pacjentów (16,1%) rozpoznano zespół Aspergera po konsultacji w pierwszym ośrodku, u 7 chorych (22,6%) w drugim ośrodku, u 9 (29%) w trzecim, u 8 (25,8%) w czwartym i u 2 pacjentów (6,5%) w szóstym (u 4 badanych – 11,4% – brak danych). Średnio chorzy przed ustaleniem rozpoznania byli konsultowani w trzech placówkach. Średni wiek zdiagnozowania ZA w analizowanej grupie wyniósł 12 lat (mediana 11,75, $SD = 3,29$). U żadnego dziecka nie zdiagnozowano schorzenia przed 5. rokiem życia. W większości przypadków diagnozę postawiono pomiędzy 10. a 13. rokiem życia dziecka (16 badanych – 48,5%; w 2 przypadkach brak danych).

Czas od pierwszej konsultacji do ustalenia rozpoznania zespołu Aspergera wyniósł od 0 do 11 lat, średnio 5 lat (mediana 5, $SD = 3,44$). W 5 przypadkach diagnozę postawiono w okresie 1 roku od zgłoszenia się do specjalisty, w 3 przypadkach po 2 latach, w 6 przypadkach po 3 latach, w 1 przypadku po 4 latach, w 3 przypadkach po 5 latach, w 5 przypadkach po 6 latach, w 2 przypadkach po 8 latach, w 3 przypadkach po 10 latach, w kolejnych 3 przypadkach po 11 latach (w 4 przypadkach – brak danych).

Wcześniej diagnozy u pacjentów kierowanych do szpitala lub do poradni przyklinicznej w celu obserwacji, u których ostatecznie rozpoznano zespół Aspergera, to: nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi (13 – 37,1% – pacjentów), zaburzenia zachowania (7 – 20% – pacjentów), zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (3 – 8,6% – pacjentów), obserwacja w kierunku choroby afektywnej dwubiegunowej (2 pacjentów), zaburzenie depresyjne (2 pacjentów), myśli samobójcze (2 pacjentów), zespół psychoorganiczny (2 pacjentów), brak danych (4 pacjentów).

OMÓWIENIE

Przedstawione wyniki pochodzą z ośrodka klinicznego, co może nie odzwierciedlać sytuacji na pozostałym obszarze Polski. Kolejnym ograniczeniem pracy jest fakt, że zespół Aspergera uwzględniono dopiero w 10. edycji klasyfikacji ICD w 1994 roku; w Polsce kryteria jego rozpoznania zostały opublikowane po raz pierwszy w 1997 roku⁽³⁾. W związku z tym pacjenci, którzy byli diagnozowani przed rokiem 1997, nie mogli otrzymać takiego rozpoznania.

Stosunek płci męskiej do żeńskiej wśród pacjentów objętych niniejszą analizą wynosił 7,5:1, co odzwierciedla przewagę liczebności chłopców cierpiących na to zaburzenie obserwowaną również w innych badaniach⁽¹²⁾.

W badaniu autorów pierwszy kontakt ze specjalistą miał miejsce średnio w 6. roku życia dziecka. Rodzice zaczęli poszukiwać pomocy później niż w badaniu brytyjskim (3,5 roku)⁽²⁴⁾. Rozpoznanie ustalano średnio w wieku 12 lat, a więc nieco później niż w badaniu brytyjskim (11,3 roku)⁽²⁴⁾ i znacznie później niż w badaniach

| Objawy niepokojące rodziców <i>Symptoms which worry the parents</i> | n | % |
|--|----------|----------|
| Objawy zespołu hiperkinetycznego <i>Symptoms of hyperkinetic syndrome</i> | 17 | 48,6 |
| Izolowanie się od rówieśników, brak zabaw z nimi <i>Isolation from peers, lack of playing with them</i> | 13 | 37,1 |
| Opóźnienie rozwoju ruchowego i rozwoju mowy <i>Delayed motor development and development of speech</i> | 10 | 28,6 |
| Stereotypowe zainteresowania <i>Stereotypical interests</i> | 8 | 22,9 |
| Brak reakcji na polecenia <i>Lack of reaction to commands</i> | 7 | 20 |
| Lęki (na przykład lęk przed separacją, lęk społeczny) <i>Anxieties (for example anxiety of separation, or social anxiety)</i> | 7 | 20 |
| Niezgrabność ruchowa <i>Motor clumsiness</i> | 5 | 14,3 |
| Zachowania opozycyjno-buntownicze <i>Oppositional-defiant behaviours</i> | 3 | 8,9 |
| Nadwrażliwość lub zmniejszona wrażliwość na bodźce zmysłowe <i>Oversensitivity or decreased sensitivity to sensory stimuli</i> | 3 | 8,9 |
| Czynności natrętne, rytuały <i>Compulsive activities, rituals</i> | 3 | 8,9 |
| Nasilone nieadekwatnie do sytuacji wybuchy złości <i>Outbursts of anger inadequate to circumstances</i> | 3 | 8,9 |

Tabela 1. Objawy niepokojące rodziców, które były powodem pierwszego zgłoszenia się z dzieckiem do specjalisty

Table 1. Symptoms which worry the parents and which were a reason for the first reporting to the specialist

In 5 patients (16.1%) Asperger's syndrome was diagnosed after consultation in the first health centre, in 7 patients (22.6%) in the second centre, in 9 (29%) in the third one, in 8 (25.8%) in the fourth one and in 2 patients (6.5%) in the sixth health centre (in 4 patients – 11.4% – the data were missing). On average, the patients before the diagnosis was established had been consulted in three health facilities.

The mean age of diagnosing the AS in the analysed group was 12 years (median 11.75, $SD = 3.29$). The disease was not diagnosed in any child before the age of 5 years. In most cases the diagnosis was made between the age of 10 and 13 years (16 patients – 48.5%; in 2 cases there were no data). The time from the first consultation to established diagnosis of Asperger's syndrome ranged from 0 to 11 years, on average 5 years (median 5, $SD = 3.44$). In 5 cases the diagnosis was made during the first year after reporting to the specialist, in 3 cases after 2 years, in 6 cases after 3 years, in 1 case after 4 years, in 3 cases after 5 years, in 5 cases after 6 years, in 2 cases after 8 years, in 3 cases after 10 years, in further 3 cases after 11 years (in 4 cases there were no data).

Earlier diagnoses in the patients referred to hospital or to the clinic's dispensary for observation, in whom Asperger's syndrome was finally diagnosed, were: attention-deficit/hyperactivity disorder (13 – 37.1% – patients), disruptive behaviours (7 – 20% – patients), obsessive-compulsive disorder (3 – 8.6% – patients), observation towards bipolar affective disorder (2 patients), depression (2 patients),

amerykańskich (7 lat)^(25,26). W niniejszej analizie u żadnego dziecka nie postawiono diagnozy przed 5. rokiem życia, podczas gdy w badaniu brytyjskim 17% pacjentów zdiagnozowano w tym okresie⁽²⁴⁾. W badaniach amerykańskich^(25,26) u większości chorych ustalono rozpoznanie między 10. a 13. rokiem życia (48,5% vs 40%). Średni czas od pierwszego kontaktu ze specjalistą do diagnozy wynosił 5 lat, czyli mniej niż w badaniu brytyjskim (średnio 8,59 roku).

Wyniki opisywanego badania są porównywalne z wynikami badania brytyjskiego⁽²⁴⁾ pod względem liczby konsultacji specjalistycznych, które miały miejsce przed ustaleniem właściwego rozpoznania.

Autorzy amerykańscy⁽²⁶⁾ nie odnotowali objawów najczęściej niepokojących rodziców w niniejszej analizie: nadpobudliwości, trudności w relacjach rówieśniczych, opóźnienia rozwoju ruchowego, lęków. Wspólne było zaniepokojenie opóźnieniem rozwoju mowy, stereotypiami, brakiem reakcji na głos, agresją, zaburzeniami sensorycznymi.

Podobnie jak w opracowaniu Wolff i McGuire'a z 1995 roku⁽²⁷⁾ wcześniejsze rozpoznania u dzieci z zespołem Aspergera to nadpobudliwość psychoruchowa, „zaburzenia emocjonalne” (zaburzenia lękowe, depresyjne) i behawioralne (np. zaburzenia zachowania, tiki).

WNIOSKI

W prezentowanym badaniu rozpoznanie zespołu Aspergera ustalano stosunkowo późno (średnio w wieku 12 lat), a od zgłoszenia się po raz pierwszy po pomoc do specjalistów (lekarz, psycholog) upłynęło 5 lat. Pacjenci byli wcześniej diagnozowani w różnych ośrodkach i otrzymywali najczęściej rozpoznanie nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi lub zaburzeń zachowania. Wyniki niniejszej analizy mogą wskazywać na duże trudności diagnostyczne, które mogą być wynikiem zbyt małej wiedzy specjalistów na temat zespołu Aspergera. Wskazane jest uwzględnienie ZA w diagnostyce różnicowej objawów nadpobudliwości psychoruchowej, zaburzeń integracji z rówieśnikami i zaburzeń zachowania u dzieci i młodzieży.

W związku ze stosunkowo niedawnym wprowadzeniem rozpoznania zespołu Aspergera do klasyfikacji diagnostycznych oraz faktem, że według badań epidemiologicznych osoby nim dotknięte stanowią około 0,5% populacji^(Kadejso i wsp. wg 13), istnieje prawdopodobnie duża grupa dorosłych pacjentów nigdy niezdiagnozowanych, zdiagnozowanych błędnie lub leczonych z powodu różnych zaburzeń psychicznych, które dołączyły się do zaburzenia podstawowego i które mogą być konsekwencją zaburzenia pierwotnego (ZA). Warto wspomnieć, że w polskich podręcznikach psychiatrii ZA jest jedynie krótko wzmiankowany w rozdziałach poświęconych psychiatrii dzieci i młodzieży. Z uwagi na charakter zaburzenia oraz specyficzne potrzeby edukacyjne i terapeutyczne osób z tym rozpoznaniem ważna jest szersza wiedza na temat zespołu Aspergera wśród pediatrów, psychiatrów, psychologów i nauczycieli⁽³³⁾.

suicidal thoughts (2 patients), psycho-organic syndrome (2 patients), lack of data (4 patients).

DISCUSSION

The presented results come from the clinical centre, which probably does not reflect the situation in other parts of Poland. Another restriction of the study is the fact that Asperger's syndrome was included as late as in the 10th edition of ICD classification in 1994; in Poland its diagnostic criteria were for the first time published in 1997⁽³⁾. Therefore, the patients who were diagnosed before 1997 could not obtain such diagnosis.

The ratio of males to females among the patients included in this analysis was 7.5:1, which reflects the predominance of boys suffering from this disorder, observed also in other studies⁽¹²⁾.

In the authors' study the first contact with the specialist was made on average in the 6th year of the child's life. The parents started seeking help later than in the British research (3.5 years)⁽²⁴⁾. The diagnosis was established on average at the age of 12 years, so a bit later than in the British research (11.3 years)⁽²⁴⁾ and much later than in American research (7 years)^(25,26). In this analysis no child was diagnosed before the age of 5 years, whereas in the British study 17% patients were diagnosed in that period⁽²⁴⁾. In American studies^(25,26) in most patients the diagnosis was made between the age of 10 and 13 (48.5% vs. 40%). The average time from the first contact with the specialist to the diagnosis was 5 years, i.e. fewer years than in the British study (on average 8.59 years).

The results of the described study are comparable to the results of the British study⁽²⁴⁾ in respect of the number of specialist consultations which took place before correct diagnosis was made.

The American authors⁽²⁶⁾ did not note the symptoms which most frequently worry the parents in this analysis, such as: hyperactivity, difficulties in relationships with peers, delays in motor development and anxiety. What they shared was the concern about delayed development of speech, stereotypies, lack of reaction to voice, aggression and sensory disorders. Similarly to the study carried out by Wolff and McGuire in 1995⁽²⁷⁾, the earlier diagnoses in children with Asperger's syndrome were: hyperactivity, "emotional disorders" (anxiety, depression) and disruptive behaviours (e.g. behavioural disorders, tics).

CONCLUSIONS

In the presented study the diagnosis of Asperger's syndrome was made relatively late (on average at the age of 12 years), and 5 years passed from the first reporting to specialists (physician, psychologist). The patients were earlier diagnosed in various health centres and were mostly diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder

PIŚMIENNICTWO:
BIBLIOGRAPHY:

1. Wing L., Gould J.: Severe impairment of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *J. Autism Dev. Disord.* 1979; 9: 11–29.
 2. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Wyd. IV poprawione, Washington 2000.
 3. Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Vesalius, IPIŃ, Kraków – Warszawa 1997.
 4. Gillberg I.C., Gillberg C.: Asperger syndrome – some epidemiological considerations: a research note. *J. Child Psychol. Psychiatry* 1989; 30: 631–638.
 5. Fombonne E.: The prevalence of autism. *JAMA* 2003; 289: 87–89.
 6. Yeargin-Allsopp M., Rice C., Karapurkar T. i wsp.: Prevalence of autism in US metropolitan area. *JAMA* 2003; 289: 49–55.
 7. Muhle R., Trentacoste S.V., Rapin I.: The genetics of autism. *Pediatrics* 2004; 113: e472–e486.
 8. Baron-Cohen S., Wheelwright S., Skinner R. i wsp.: The autism-spectrum quotient (AQ): evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *J. Autism Dev. Disord.* 2001; 31: 5–17.
 9. Volkmar F.R., Lord C., Bailey A. i wsp.: Autism and pervasive developmental disorders. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2004; 45: 135–170.
 10. Fombonne E.: Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update. *J. Autism Dev. Disord.* 2003; 33: 365–382.
 11. Chakrabarti S., Fombonne E.: Pervasive developmental disorders in preschool children. *JAMA* 2001; 285: 3093–3099.
 12. Mattila M., Kielinen M., Jussila K. i wsp.: An epidemiological and diagnostic study of Asperger syndrome according to four sets of diagnostic criteria. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2007; 46: 636–646.
 13. Frith U.: *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*. GWP, Gdańsk 2008.
 14. Volkmar F., Szatmari P., Sparrow S.S.: Sex differences in pervasive developmental disorders. *J. Autism Dev. Disord.* 1993; 23: 579–591.
 15. Ghanizadeh A.: A preliminary study on screening prevalence of pervasive developmental disorder in school children in Iran. *J. Autism Dev. Disord.* 2008; 38: 759–763.
 16. Kelleher K.J., McInerney T.K., Gardner W.P. i wsp.: Increasing identification of psychosocial problems: 1979–1996. *Pediatrics* 2000; 105: 1313–1321.
 17. Mandell D.S., Thompson W.W., Weintraub B.S. i wsp.: Trends in diagnosis rates for autism and ADHD at hospital discharge in the context of other psychiatric diagnoses. *Psychiatr. Serv.* 2005; 56: 56–62.
 18. Hornig M., Lipkin W.I.: Infectious and immune factors in the pathogenesis of neurodevelopmental disorders: epidemiology, hypotheses, and animal models. *Ment. Retard. Dev. Disabil. Res. Rev.* 2001; 7: 200–210.
 19. Howlin P., Moore A.: Diagnosis in autism: a survey of over 1200 parents in the UK. *Autism* 1997; 1: 135–162.
 20. Volkmar F.R., Stier D.M., Cohen D.J.: Age of recognition of pervasive developmental disorder. *Am. J. Psychiatry* 1985; 142: 1450–1452.
 21. Gillberg C., Ehlers S., Schaumann H. i wsp.: Autism under age 3 years: a clinical study of 28 cases referred for autistic symptoms in infancy. *J. Child Psychol. Psychiatry* 1990; 31: 921–934.
 22. Johnson M.H., Siddons F., Frith U., Morton J.: Can autism be predicted on the basis of infant screening tests? *Dev. Med. Child Neurol.* 1992; 34: 316–320.
- or disruptive behaviour. The results of this analysis may point to major diagnostic difficulties which may result from specialists' poor knowledge on Asperger's syndrome. AS should be included into the differential diagnosis of symptoms of motor hyperactivity, disorders in integration with peers, and disruptive behaviours in infants and adolescents. Because of the relatively recently introduced diagnosis of Asperger's syndrome into diagnostic classification and the fact that according to epidemiological studies the people affected by this syndrome constitute approx. 0.5% of the population^(Kadejso et al. acc. to 13), probably there is a large group of adult patients who have never been diagnosed, have been diagnosed badly or have been treated for various mental disorders which joined the basic disorder and may be a consequence of the primary disorder (AS). It is worth recalling that in Polish psychiatric manuals the AS is only briefly mentioned in chapters devoted to the psychiatry of infants and adolescents. Considering the nature of the disorder and specific educational and therapeutic needs of patients with such diagnosis, a more extensive knowledge about Asperger's syndrome is highly advisable among paediatricians, psychiatrists, psychologists and teachers⁽³³⁾.
-
23. Smith B., Chung M.C., Vostanis P.: The path to care in autism: is it better now? *J. Autism Dev. Disord.* 1994; 24: 551–563.
 24. 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.
 25. Rhoades R.A., Scarpa A., Salley B.: The importance of physician knowledge of autism spectrum disorder: results of a parent survey. *BMC Pediatr.* 2007; 7: 37.
 26. Mandell D.S., Novak M.M., Zubritsky C.D.: Factors associated with age of diagnosis among children with autism spectrum disorders. *Pediatrics* 2005; 116: 1480–1486.
 27. Wolff S., McGuire R.J.: Schizoid personality in girls: a follow-up study – what are the links with Asperger's syndrome? *J. Child Psychol. Psychiatry* 1995; 36: 793–817.
 28. Filipek P.A., Accardo P.J., Ashwal S. i wsp.: Practice parameter: screening and diagnosis of autism: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. *Neurology* 2000; 55: 468–479.
 29. Moore V., Goodson S.: How well does early diagnosis of autism stand the test of time? Follow-up study of children assessed for autism at age 2 and development of an early diagnostic service. *Autism* 2003; 7: 47–63.
 30. Tantam D.: The challenge of adolescents and adults with Asperger syndrome. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2003; 12: 143–163.
 31. Rogers S.J.: Brief report: early intervention in autism. *J. Autism Dev. Disord.* 1996; 26: 243–246.
 32. Lovaas O.I.: The development of a treatment-research project for developmentally disabled and autistic children. *J. Appl. Behav. Anal.* 1993; 26: 617–630.
 33. Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.): *Psychiatria. Tom 2. Psychiatria kliniczna*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2003: 651–652.