

Złożenie pracy online:
2026-06-07 12:14:22
Kod pracy:
36546/54645/CloudA

Agata Motyl-Adamczyk
(nr albumu: 30905)

Praca magisterska

Diagnozowanie spektrum autyzmu / Zespołu Aspergera u dorosłych kobiet. Adaptacja, normalizacja i walidacja testu przesiewowego GQ-ASC Scale for Adult Women.

Diagnosing autism spectrum disorder/Asperger syndrome in adult women. Adaptation, standardization, and validation of the GQ-ASC Scale for Adult Women screening test.

Wydział: Wyższa Szkoła Biznesu - National-Louis University

Kierunek: Psychologia

Specjalność: neuropsychologia

Promotor: dr Joanna Felczak

Kieruję serdeczne podziękowania dla Pani Dr Joanny Felczak za wspaniałą współpracę na każdym etapie adaptacji testu GQ-ASC-AWS.

I

Streszczenie

Celem pracy jest adaptacja, walidacja i normalizacja narzędzia przesiewowego do badania cech autystycznych w dorosłych kobiet – testu Girls Questionnaire – Autistic Spectrum Condition – Scale for Adult Women (GQ-ASC-SAW).

Z uwagi na wieloletnie postrzeganie autyzmu jako zaburzenia warunkowanego płciowo (fenotyp męski), wiele kobiet nie otrzymało prawidłowej diagnozy swoich autystycznych trudności. Test GQ-ASC-SAW pozwoli te osoby zidentyfikować, dając im szansę na prawidłową diagnozę.

W pracy wykorzystano oryginalne narzędzie GQ-ASC-SAW w przekładzie na język polski oraz ankietę własną (podlegającą walidacji). Badanie wykonano online. W badaniu wyróżniono trzy grupy: kobiet mające diagnozę nozologiczną (grupa badawcza), kobiety bez takiej diagnozy (neurotypowe – grupa kontrolna) oraz – dodatkowo (z uwagi na trudności z uzyskaniem poprawnej diagnozy nozologicznej) – kobiety z autodiagnozą spektrum autyzmu (druga grupa badawcza). Z uwagi na nieprzystawanie wielu testów wychytujących autyzm do kobiecego fenotypu spektrum, trafność testu została zbadana w odniesieniu do diagnozy nozologicznej. Rzetelność testu sprawdzono metodą test – retest.

Na podstawie otrzymanych wyników badania będzie można wstępnie stwierdzić możliwość praktycznego wykorzystania zaproponowanej polskiej wersji testu GQ-ASC-SAW w diagnostyce dorosłych kobiet w kierunku spektrum autyzmu. Pozwoli to wypełnić lukę diagnostyczną, umożliwiając dorosłym kobietom w spektrum otrzymanie poprawnej diagnozy, możliwość zrozumienia swoich trudności i pracy nad nimi.

Słowa kluczowe

Kobiecy fenotyp autyzmu, diagnostyka spektrum autyzmu u dorosłych kobiet, GQ-ASC Scale for Adult Women, GQ-ASC-AWS, test przesiewowy dla dorosłych kobiet w kierunku spektrum autyzmu

Abstract

The aim of this study is to adapt, validate, and standardize a screening tool for autistic traits in adult women – the Girls Questionnaire – Autistic Spectrum Condition – Scale for Adult Women (GQ-ASC-SAW).

Due to the long-standing perception of autism as a gender-specific disorder (male phenotype), many women have not received a correct diagnosis of their autistic difficulties. The GQ-ASC-SAW will identify these individuals, giving them a chance for a correct diagnosis.

This study utilized the original GQ-ASC-SAW tool translated into Polish and a self-prepared survey (subject to validation). The study was conducted online. The study identified three groups: women with a nosological diagnosis (the study group), women with no diagnosis (neurotypical – the control group), and – additionally (due to difficulties in obtaining a correct nosological diagnosis) – women with a self-diagnosis of autism spectrum disorder (the study group). Due to the inconsistency of many autism tests with the female spectrum phenotype, the test's validity was examined in relation to the nosological diagnosis. Reliability was examined in test-retest procedure.

Based on the results, the possibility of practical application of the proposed Polish version of the GQ-ASC-SAW test in the diagnosis of adult women with ASD will be determined. This test could bridge the diagnostic gap, enabling adult women on the spectrum to receive a correct diagnosis, understand their difficulties, and work on them.

Keywords

Female autism phenotype, autism spectrum diagnosis in adult women, GQ-ASC Scale for Adult Women, GQ-ASC-AWS, Autism Spectrum Screening Test for Adult Women

Spis treści

WSTĘP.....	5
1. ROZDZIAŁ I Autyzm – rys historyczny, postrzeganie, etiologia	8
1.1. Historia autyzmu	8
Eugen Bleuler – termin „autyzm”	8
Grunia Suchariowa – psychopatia schizoidalna u dzieci	8
Leo Kanner – syndrom Kanner’a	9
Hans Asperger – „mali profesorowie”	11
Bruno Bettelheim – „matki lodówki”	12
Simon Baron-Cohen, Alan Leslie, Uta Frith – teoria umysłu; teoria ślepoty umysłowej	12
Simon Baron-Cohen – teoria skrajnie męskiego mózgu	16
Lorna Wing, Judith Gould – triada cech autystycznych	17
Damian Milton – problem podwójnej empatii	18
Judy Singer - teoria neuroróżnorodności	20
Dinah Murray, Wenn Lawson, Mike Lesser – teoria monotropizmu	22
Współczesne definiowanie autyzmu	24
1.2. Etiologia	27
Czynniki genetyczne	28
Czynniki środowiskowe	29
Czynniki biologiczne.....	30
Czynniki niepowodujące wzrostu ryzyka autyzmu.....	31
Czynniki redukujące wzrost ryzyka autyzmu	33
2. ROZDZIAŁ II Diagnozowanie autyzmu	34
2.1. Proces diagnozy.....	34
2.2. Diagnoza nozologiczna	34
DSM I, DSM II – pierwsza diagnoza: schizofrenia typu dziecięcego	34
DSM III – całościowe zaburzenie neurorozwojowe; ICD-9 – inne psychozy	35

DSM IV, ICD 10 - zawężenie kryteriów diagnostycznych: zaburzenie autystyczne (ASD) i Zespół Aspergera (ZA)	36
DSM V, ICD-11 - obecne kryteria diagnostyczne: spektrum autyzmu	38
2.3. Najważniejsze problemy diagnozy nozologicznej	41
– Rozbieżności diagnostyczne	41
– Brak aktualnej wiedzy u specjalistów	41
– Trudności diagnostyki różnicowej	42
– Zmiany kryteriów diagnostycznych – brak stabilnego obrazu autyzmu	42
– Brak uniwersalnych kryteriów diagnostycznych – normy uwarunkowane płciowo	43
– Luka diagnostyczna – dorośli, kobiety, mniejszości	43
– Unikanie diagnozy (wstyd, stygmatyzacja) lub celowo błędna diagnoza	45
– Koszty i dostępność diagnozy	45
2.4. Diagnoza funkcjonalna – zarys problemów	46
– Dzieciństwo i rozwój	46
– Dorosłość	48
– Zdrowie psychiczne	49
– Funkcjonowanie poznawcze	52
– Przetwarzanie sensoryczne	53
– Emocje	54
– Maskowanie	54
– Meltdown, shutdown, burnout	55
– Stres, przytłoczenie, ból, wyczerpanie	56
2.5. Narzędzia diagnostyczne – testy	57
– Przegląd testów przesiewowych do diagnostyki autyzmu u dorosłych	58
– Przegląd testów przesiewowych do diagnostyki autyzmu u dorosłych kobiet	60
– Wywiady diagnostyczne standaryzowane	63

2.6. Wzrost liczby diagnoz	65
ROZDZIAŁ III „Kobięcy” autyzm	69
Cechy kobiecego autyzmu – Female Phenotype Theory	69
Większa łatwość w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji społecznych	70
Uwewnętrzniony typ autyzmu	72
Maskowanie	73
Różnice w zakresie zainteresowań i zachowań	76
Funkcjonowanie poznawcze	77
Kobięcy fenotyp czy eksternalizacja i internalizacja objawów?	78
Problem diagnozowania autyzmu u kobiet	79
4. ROZDZIAŁ IV adaptacja testu GQ-ASC dla dorosłych kobiet	83
Wybór, uwagi do przekładu	83
Założenia badawcze i potencjalne problemy metodologiczne	86
Uwaga ogólna do wersji testu	88
Badanie GQ-ASC-AWS – statystyki opisowe	89
Trafność testu	91
Trafność teoretyczna	91
Trafność kryterialna	91
Rzetelność, trafność wewnętrzną (treściową) testu	96
Stabilność testu	99
Analiza adaptacji testu – wnioski	101
Trafność, rzetelność, stabilność	101
Itemy problematyczne	103
Punkt odcięcia	106
Rekomendacje – dalsze badania	106
Wyniki badań własnych	107
6. PODSUMOWANIE	112

7. Bibliografia.....	113
8. Załączniki	151

WSTĘP

Cele i założenia badawcze

Przez lata autyzm był traktowany jako choroba / zaburzenie dotyczące głównie chłopców i występujące w wieku dziecięcym. Wzrastająca liczba diagnoz autyzmu u osób dorosłych (AAHR, 2024) (Autism Speaks, 2024) (ARC, 2024) stawia pytanie o poprawność dotychczasowej diagnostyki i stosowanych do niej narzędzi. Obecnie wiele osób dorosłych, szczególnie kobiet, otrzymuje diagnozę w wieku dojrzałym, co wskazuje, że „wymknęły się” systemowi diagnostycznemu w wieku dziecięcym. Rodzi to pytanie o przyczyny takiej sytuacji. W literaturze coraz częściej wskazuje się na nieprzystawanie kryteriów diagnostycznych Zespołu Aspergera (ZA) / zaburzeń ze spektrum autyzmu (ASD) do manifestowania się objawów autyzmu u dorosłych kobiet (Jack, How Men and Women Experience Autism Differently, 2021).

Stworzone testy przesiewowe oparte są o badania autyzmu u chłopców i uwzględniają kryteria „męskiego” fenotypu autyzmu. Obecnie, gdy wiemy, że autyzm inaczej manifestuje się u kobiet (Schuck, Flores i Fung, 2019), stają się diagnostycznie bezużyteczne. Powstaje luka diagnostyczna, uniemożliwiająca wielu kobietom otrzymanie właściwej diagnozy i podjęcie skutecznej pracy terapeutycznej.

Celem pracy jest adaptacja testu *Girls Questionnaire – Autistic Spectrum Condition (Adult Women Scale)* autorstwa prof. Tony’ego Attwooda i dr Michelle Garnett na język polski. Pozwoli to wprowadzić na polski rynek test przesiewowy dla dorosłych kobiet, uwzględniający kobiecy fenotyp autyzmu, uzupełniając lukę diagnostyczną.

Grupę badawczą będą stanowiły dorosłe kobiety mające diagnozę ASD / ZA, a grupę kontrolą kobiety bez takiej diagnozy. Autorka planuje uwzględnić również wyniki osób nie mających nozologicznej diagnozy, ale uważające się za osoby w spektrum (tzw. autodiagnoza). Na podstawie otrzymanych wyników będzie można wstępnie stwierdzić przydatność diagnostyczną adaptowanego testu. Autorka planuje również zaproponować dalsze kroki, mające na celu rozwinięcie tego projektu i wprowadzenie go do wykorzystania praktycznego.

Język pracy

W pracy tej będę się wymiennie posługiwać pojęciami Zespół Aspergera, autyzm i spektrum autyzmu. Wynika to z dokonującej się zmiany nazewnictwa i kryteriów diagnostycznych (DSM-10/DSM-11), a także coraz częstszego stosowania pojęcia „spektrum autyzmu” w dyskursie społecznym.

Jeżeli konieczne będzie rozróżnienie między stopniami natężenia autyzmu, będę korzystać z pojęcia wysoko- lub niskofunkcjonujący. Nie wynika to z niewiedzy autorki odnośnie stosowania języka inkluzywnego, chęci wartościowania lub piętnowania kogokolwiek, ale jest najprostszym sposobem wskazania o jakim stopniu autyzmu i poziomie IQ mówimy¹. Rozróżnienie niejednokrotnie jest konieczne z uwagi na odmienne funkcjonowanie, potrzeby, zachowania i manifestacje autyzmu u osób z niepełnosprawnością intelektualną i osób z Zespołem Aspergera, mających IQ w normie lub powyżej – por. też dodatkowe argumenty za (Tornwall, 2022, s. 17-18). Dlatego też, mimo że pojęcie spektrum autyzmu oddaje rozpiętość różnych objawów autystycznych i łączy wielowymiarowość autystyczną w jednym pojęciu, jest jednocześnie dla mnie zbyt szerokie w dyskursie naukowym.

Używanie przymiotników takich jak m.in. „autystyczny” nie wynika z uprzedzeń czy języka wykluczającego, ale z przekonań autorki:

- Bycie autystycznym w środowisku autystów nie jest pojęciem stygmatyzującym, a dla wielu osób jest po prostu elementem tożsamości i rzeczą zupełnie naturalną, jak kolor włosów czy oczu. Jak pisał jeden z autystów, Jim Sinclair: „Wyrażenie ‘osoba z autyzmem’ sugeruje, że autyzm to coś złego – tak złego, że nie pasuje nawet do bycia normalną osobą. Mówimy przecież o osobach leworęcznych, a nie ‘osobach z leworęcznością (...). Dopiero gdy ktoś postanowi, że dana charakterystyka jest negatywna, nagle ludzie chcą ją oddzielić od bycia osobą” (Silberman, Autyzm, 2021, s. 429). Wielu autystów jest dumnych ze swojej tożsamości i wyjątkowych umiejętności. W świecie neurotypowym autyzm bywa postrzegany przez pryzmat niepełnosprawności, choroby czy deficytów, stąd też prawdopodobnie analogiczna konstrukcja językowa, jak w przypadku osób z niepełnosprawnością. W mojej ocenie – niepotrzebna.

- Jeżeli zdefiniujemy autyzm jako nieneurotypowy sposób budowy mózgu i odmienne postrzeganie świata, oznacza to, że nie można przestać być autystycznym w żadnym momencie swojego życia. Jest to immanentna cecha każdej z tych osób, co również podkreślali znani mi autyści. Amerykański psycholog społeczny, Devon Price pisze dosadnie: „*Autyzm nie jest czymś, co dodaje się do osoby – jest integralną częścią jej życia i nie może być usunięty z tego, kim ona jest*” (Price, 2023, loc. 1034). Pojęcie „osoba z autyzmem” sugeruje, że tak nie jest.
- Osoby autystyczne znacznie rzadziej niż osoby neurotypowe zwracają uwagę na „poprawność polityczną” stosowanych określeń. Wśród moich nieneurotypowych znajomych nie spotkałam ani jednej osoby, która czułaby się urażona przymiotnikiem *autystyczny* i oczekiwała formy „osoba z autyzmem”²; do podobnych wniosków dochodzi się w badaniach – zob. np. (Kenny, Hattersley, Molins i inni, 2014).
- Autorka rzadko używa pojęcia *allistyczny*. Co prawda nie zawiera wartościującego określenia odnoszącego się do normy, ale nie jest powszechne w społecznym dyskursie, dlatego też w pracy znajduje się odniesienie do neurotypowości i neuroatypowości.

Uwagi dodatkowe

- Zmiana w opisie autyzmu w ICD-10 (obowiązującym wciąż w Polsce) i ICD-11 jest znacząca. Ze względu na brak oficjalnego, polskiego przekładu ICD-11, autorka korzysta z DSM V, chcąc odnosić się do najnowszych teorii i kryteriów diagnostycznych autyzmu.
- Wszystkie tłumaczenia cytatów są tłumaczeniami własnymi.
- Jeżeli nie zaznaczono inaczej, wszystkie tabele i wykresy są opracowaniem własnym.

² Ciekawe zestawienie terminów preferowanych przez autystów można znaleźć we wspomnianej już książce D. Price’a „*Autyzm bez maski. Oblicza neuroróżnorodności*” (2023, loc.1056).

1. ROZDZIAŁ I Autyzm – rys historyczny, postrzeganie, etiologia

1.1. Historia autyzmu

Pierwsze wzmianki o osobach zachowujących się w specyficzny sposób, które dzisiaj mogłyby być zakwalifikowane jako autyści, pojawiają się już w XVIII wieku (Rybka, 2014, s. 10), jednak współczesna historia autyzmu najczęściej rozpoczyna się w XX wieku³.

Eugen Bleurer – termin „autyzm”

Źródłosłów słowa autyzm pochodzi z greki i oznacza autos- sam („odizolowane ja” (Price, 2023, loc. 1421)). Za twórcę pojęcia „autyzm” uważany jest Eugen Bleurer – szwajcarski psychiatra, który już w 1910 roku użył go do opisu sposobu myślenia u pacjentów ze schizofrenią, w publikacji *„Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias”* (Univeristy of Oregon, 2025).

Dla Bleurera autyzmem było obserwowane u schizofreników oderwanie od świata rzeczywistego i brak kontaktu z otoczeniem (Furgał, Dziewczyzna w spektrum, 2022, s. 10). Chociaż początkowo ten termin nie był szeroko wykorzystywany w psychologii i psychiatrii (mówiono raczej o dziecięcej schizofrenii lub dziecięcych psychozach), w latach 40’ XX w. wszedł na stałe do dyskursu naukowego. Wkrótce został zaadaptowany do osób przejawiających specyficzne zainteresowania, brak chęci nawiązywania więzi społecznych i specyficzny sposób komunikowania się. Tak narodziło się współczesne rozumienie autyzmu.

Grunia Suchariewa – psychopatia schizoidalna u dzieci

Jedne z pierwszych badań nad autyzmem prowadziła Grunia Suchariewa (dziecięca psychiatra w szpitalu w Moskwie), która opisała cechy autystyczne u swoich podopiecznych: sześciu chłopców i pięciu dziewcząt (Sukhareva, 2023, s. 14-94), nazywając je *psychopatią*

³ Celem autorki jest pokazanie kamieni milowych w rozumieniu autyzmu, jak również hipotez, z których powstały współcześnie funkcjonujące stereotypy – stąd też subiektywny wybór teorii opisywanych w tym rozdziale. Szczegółową historię autyzmu można znaleźć np. w książce S. Silbermana (Neurotribes, 2016).

schizoidalną. Jej obserwacje były zbliżone do tego, co później zauważył i opublikował Hans Asperger: dzieci miały wysoki iloraz inteligencji i niespotykane w ich wieku umiejętności (Furgał, *Dziewczyna w spektrum*, 2022, s. 11).

G. Sucharieva uważała, że autyzm jest wrodzony i nie da się go wyleczyć. W swojej pracy zdefiniowała dwie grupy objawów: podstawowe i dodatkowe. Do podstawowych zaliczają się m.in.: postawa autystyczna, automatyzm myślowy, osobliwe myślenie (formalne, abstrakcyjne) oraz niezborność motoryczna. Dodatkowe symptomy to m.in. podejrzliwość i nieufność wobec otoczenia, niepewność siebie, podatność na sugestie, negatywizm, zaburzenia psychomotoryczne (tendencja do automatyzmów, lenistwa, impulsywności i stereotypów) (Sukhareva, 2023, s. 95).

Jej prace nie zyskały jednak takiego rozgłosu jak późniejsze publikacje Kanner'a i Aspergera⁴, co powoduje, że jej wkład w opisywanie i definiowanie autyzmu bywa pomijany.

Leo Kanner – syndrom Kanner'a

Leo Kanner uważany jest za „ojca autyzmu”. Opisał on w 1943 roku zachowania i cechy jedenastu autystycznych dzieci, które stały się bazą do stworzenia kanonu diagnostycznego autyzmu niskofunkcjonującego. Artykuł *“Autistic disturbances of affective contact”* opublikowany w czasopiśmie *“The Nervous Child”* jest uważany za początek naukowego zainteresowania autyzmem (Rybka, 2014, s. 10-11).

Kanner zdiagnozował „wrodzone, autystyczne zaburzenie kontaktu afektywnego” u swoich małych pacjentów⁵, wskazując na poniższe objawy (Kanner, 2023, s. 83-95):

1. Oderwanie od rzeczywistości, nieumiejętność nawiązywania relacji z ludźmi i światem zewnętrznym adekwatnie do wieku. Dzieci nie reagowały na kontakt wzrokowy z rodzicami, nie wykazywały naturalnych reakcji, gdy rodzice znikali z ich pola widzenia i nie interesowały się zabawą z rówieśnikami. Ludzi w swoim otoczeniu traktowały jak przedmioty. Rodzice często określali je jako *„like in a shell – jak zamknięte w muszli”* (Kanner, 2023, s. 83). Wycofanie to miało charakter społeczny, bo dzieci potrafiły nawiązywać dobre, inteligentne relacje ze światem przedmiotów.

⁴ Chociaż zarówno Kanner jak i Asperger je znali – były tłumaczone na niemiecki i obaj prawdopodobnie z nich korzystali (Tornwall, 2022, s. 42).

⁵ Ośmiu chłopców i trzy dziewczynki. Mimo że Kanner zdiagnozował również dziewczynki, późniejsza uwaga badaczy skoncentrowała się jedynie na chłopcach.

2. Zamiłowanie do rutyny. Badane dzieci reagowały stresem, frustracją i agresją na zmiany w otoczeniu, domagały się przywrócenia usuniętych elementów na swoje miejsce (i dopiero po ich ponownym umieszczeniu się uspokajały). Niepokój powodowały również rzeczy niekompletne lub uszkodzone, nie będące spójną całością.
3. Nadwrażliwość na świat zewnętrzny i kontakt z nim. Bodźce pojawiające się w związku z kontaktem ze światem zewnętrznym powodowały u dzieci lęk i panikę. Dotyczyło to m.in. głośnych dźwięków, poruszających się przedmiotów, a nawet przyjmowania pokarmów, przy czym nie był to sam problem z dźwiękami (same generowały hałas), ale reakcja na ich nagłe wtargnięcie w wewnątrz, autystyczny świat dziecka.
4. Używanie języka. Trójka dzieci była niema, pozostałe nauczyły się używać języka. Często powtarzały słowa bez ich zrozumienia (echolalia odroczone i bezpośrednia), używały stałych zwrotów bez względu na ich funkcję (np. prosiły o coś w formie pytającej, bo w takiej formie po raz pierwszy zetknęły się z tym przedmiotem), błędnie używały zaimków, popełniały błędy gramatyczne i intonacyjne. Ich język był monotony i powtarzalny.
5. Wysoki potencjał intelektualny i inteligencja. Niektóre z dzieci uznano za niepełnosprawne umysłowo, ale Kanner zauważył, że charakteryzowała je zdolność do systematyzowania i doskonała pamięć (potrafiły uporządkować klocki w ten sam sposób, co kilka dni temu). Błyskawicznie uczyły się całych grup słów (np. stron z encyklopedii, kołysanek w obcym języku czy psalmów z katechizmu prezbiteriańskiego), nie potrafiąc jednocześnie korzystać z języka. W teście Seguina⁶ osiągnęły dobre wyniki (Kanner, 2023, s. 94).
6. Dzieci potrafiły odczuwać emocje, które manifestowały się w ich mimice (m.in. strach, radość).

Kanner zauważył również, że wszystkie dzieci pochodziły z rodzin inteligentnych, w których rodzice zajmowali się szeroko rozumianą nauką, jednak nie wysnuł wniosku o genetycznej etiologii autyzmu.

Co istotne dla dalszej diagnostyki, badacz ten wyraźnie rozdzielał autyzm od schizofrenii opisując oderwanie swoich pacjentów od rzeczywistości. *„Nie jest to, jak u dziecka czy dorosłego ze schizofrenią, zerwanie z początkowo obecną relacją; nie jest to „wycofanie się” z wcześniej istniejącego uczestnictwa. Od samego początku występuje skrajna autystyczna samotność, która, gdy tylko to możliwe, pomija, ignoruje, wyklucza*

⁶ The Seguin Form Board (SFB) – test niewerbalny, używany do badania inteligencji niewerbalnej, zdolności poznawczych, funkcji motorycznych oraz percepcji i rozumowania przestrzennego.

wszystko, co przychodzi do dziecka.” (Kanner, 2023, s. 83-84). Jego spostrzeżenia w tym temacie nie znalazły jednak początkowo odbicia w nazewnictwie – termin *schizofrenia* na długie lata był kojarzony z zaburzeniami autystycznymi.

Hans Asperger – „mali profesorowie”

Zespół Aspergera swoją nazwę zawdzięcza Hansowi Aspergerowi – autorowi artykułu „*Autistische Psychopaten im Kindersaltzer*” („*Autystyczna psychopatia w dzieciństwie*”), opublikowanemu w 1944 roku. Warto zwrócić uwagę, że niemiecki termin *psychopatie* tłumaczony jest na język polski nie tyle jako psychopatia, ale jako zaburzenia osobowości. Jak zaznacza Tony Attwood, wskazuje to raczej na problemy z niewłaściwie ukształtowaną osobowością niż chorobę psychiczną (Zespół Aspergera, 2021, s. 21).

We wspomnianym powyżej artykule Asperger opisuje cztery przypadki chłopców o wysokim poziomie inteligencji i nienormatywnych kompetencjach komunikacyjnych, przy jednoczesnym opóźnieniu w rozwoju umiejętności społecznych i dojrzałości społecznej. Komunikacja tych dzieci odbiegała od normy – nie zawsze rozumiały werbalne i niewerbalne komunikaty, a jednocześnie charakteryzowały się gramatyką i słownictwem rozwiniętymi ponad normę rozwojową. Asperger zauważył również, że dzieci wyróżniają się fizyczną niezdarnością (Furgał, Dziewczyzna w spektrum, 2022, s. 11), a także nadwrażliwością sensoryczną (Attwood, Zespół Aspergera, 2021, s. 21).

Tym, co łączyło jego pacjentów z pacjentami Kanner, była niechęć do zmian, problemy w nawiązywaniu relacji interpersonalnych oraz skupienie na specjalistycznych zainteresowaniach. Wyjątkowe umiejętności matematyczne i naukowe badanych dzieci sprawiły, że Asperger nazywał je „małymi profesorami” (Silberman, Neurotribes, 2016, s. 6).

Jego publikacje stały się podwalinami pod kryteria diagnostyczne Zespołu Aspergera⁷, nazywanego również potocznie autyzmem wysokofunkcjonującym⁸, chociaż przez lata zastanawiano się czy jego badania i badania Kanner dotyczą tego samego syndromu. Uznano jednak, że łączy je autystyczna triada (The history of autism, 2025), będąca dziś kryteriami diagnostycznymi spektrum.

⁷ Samo pojęcie „Zespół Aspergera” pojawiło się dopiero w 1981 roku, w pracy Lorny Wing.

⁸ Obecnie, z uwagi na wartościujący charakter tego określenia, używa się stopniowalnej kategorii „wymaga / nie wymaga wsparcia” i określa stopień deficytów.

Po odkryciu i nazwaniu nowego zaburzenia rozpoczęły się poszukiwania jego źródeł, by móc skutecznie leczyć dotknięte autyzmem dzieci.

Bruno Bettelheim – „matki lodówki”

Bruno Bettelheim przyczyn autyzmu upatrywał w braku właściwej relacji i miłości między matką a dzieckiem. W jego ocenie, nie było to zaburzenie wrodzone, a nabyte, o psychogennym podłożu. Dzieci autystyczne uciekały w apatię przed matkami, które nie potrafiły im zapewnić wystarczającego ciepła i miłości rodzicielskiej. Na określenie chłodu emocjonalnego ukuto termin *zimnej matki* / *matki – lodówki*. Na bazie tej teorii przez następne lata autyzm był postrzegany w kategorii traumy dziecięcej, piętnując umiejętności wychowawcze rodziców i opiekunów.

Teorię Bettelheima obalił Bernard Rimland publikując książkę *„Infantile Autism: The Syndrome and Its Implication for a Neural Theory of Behavior”* (Rimland, 1964), w której uznawał autyzm za wrodzony, o genetycznym podłożu. Chociaż niektóre jego teorie nie były trafione (np. metaboliczne podłoże autyzmu (Silberman, Autyzm, 2021, s. 269-271)), jego praca pozwoliła odejść od psychoanalitycznego podejścia Bettelheima i powrócić do rzetelnej analizy autyzmu. Rimland stworzył też pierwszy kwestionariusz (formularz E-1) na obecność autyzmu⁹.

Simon Baron-Cohen, Alan Leslie, Uta Frith – teoria umysłu; teoria ślepoty umysłowej

Kolejną teorią wyjaśniającą autystyczne zachowania była teoria ślepoty umysłowej Simona Barona-Cohana (et al.). Opierała się ona na teorii umysłu – definiowanej jako „*zdolność przypisywania stanów psychicznych sobie i innym oraz rozumienia i przewidywania zachowań na podstawie stanów psychicznych*” (Baron-Cohen, The extreme-male-brain theory of autism, 1999). Proces analizy stanów psychicznych opierał się na czterech mechanizmach (Baron-Cohen, Ślepoty umysłu, 2023, s. 89 i nast.):

⁹ Wersja zrewidowana E-2 została opublikowana kilka lat po wersji E-1. Jest dostępna we wznowieniu jego książki z 2015 roku pod pierwotnym tytułem (Rimland, 2015, s. 280-295). Testowi E-1 zarzuca się błędy metodologiczne (oparcie na ocenie rodzica, nie na danych klinicznych, co prowadziło do niespójności wyników) oraz brak dostępu do klucza punktacji (Silberman, Autyzm, 2021, s. 384).

1. detektorze intencjonalności (interpretator wolicjonalnych stanów psychicznych); u autystów funkcjonuje poprawnie
2. detektorze kierunku patrzenia (wykrywanie oczu, kierunku patrzenia i interpretacja spojrzenia jako widzenia); u autystów funkcjonuje poprawnie
3. mechanizmie współdzielenia uwagi (ustalanie czy ja i druga osoba kierujemy uwagę na to samo); u autystów jest zaburzony (celem działań nie jest współdzielenie uwagi; są to zachowania instrumentalne)
4. mechanizmie teorii umysłu (rozumienie odmiennych przekonań innych ludzi); u autystów jest zaburzona (może to wynikać zarówno z ad. 3, jak i z faktu odwoływania się do wiedzy, a nie hipotetycznych przekonań).

Mechanizm teorii umysłu był testowany różnymi odmianami testu fałszywych przekonań. Wyniki wskazują, że neurotypowe czterolatki potrafią rozróżnić między własną wiedzą, a fałszywymi przekonaniem innych osób o rzeczywistości. Dzieci autystyczne nie osiągnęły takich wyników, chociaż były wyjątki (Baron-Cohen, Ślepotą umysłu, 2023, s. 95-100). W kolejnych badaniach stwierdzono, że dzieci autystyczne nie rozróżniały sfery psychicznej i fizycznej, miały problem z odróżnieniem pozorów od rzeczywistości (również rozumienia metafor i ironii), opisywaniem stanów psychicznych za pomocą słów oraz z rozróżnieniem zachowań prawdziwych i udawanych. Nie potrafiły także oszukiwać (Baron-Cohen, The extreme-male-brain theory of autism, 1999, s. 5-11). Nieumiejętność udawania wydawała się kluczowa dla niewłaściwego rozwoju teorii umysłu.

Ponieważ teoria umysłu nie wyjaśniała wszystkich zachowań autystycznych (m.in. powtarzalności zachowań i odmiennego postrzegania) i została uzupełniona o dwa kolejne elementy:

- teorię deficytu w zakresie funkcji wykonawczych (manifestującą się brakiem zdolności do kierowania uwagi, filtrowania informacji i ignorowania niepotrzebnych bodźców)
- teorię braku centralnej koherencji (umiejętności holistycznego łączenia informacji w całość) (Baron-Cohen, The extreme-male-brain theory of autism, 1999, s. 16 i nast.).

Wszystkie trzy teorie w odniesieniu do autyzmu są współcześnie odrzucane jako nieznajdujące potwierdzenia w praktyce, a wyniki badań jako skażone własną (neurotypową!) interpretacją i nieuwzględnieniem innych czynników mogących wpływać na osiągnięty rezultat – zob. np. (Gernsbacher, Challenging the Assumption That Autistic People Lack a Theory of Mind, 2025). Badania nie potwierdzają uniwersalności teorii umysłu - ok. 20 % autystów

zdaje test ToM (PolskiAutyzm.pl, Teoria umysłu u osób z ASD, 2015); pojawiają się również pytania o adekwatność i trafność badań¹⁰ (NeuroscienceNews.com, Autism May Not Be Tied to Mindblindness, 2020), (Gernsbacher i Yergeau, Empirical Failures of the Claim That Autistic People Lack a Theory of Mind, 2019). Trafność testów wykorzystywanych do badań ToM była kwestionowana również przez samych badaczy (Long, Catmur i Bird, 2025) (NeuroscienceNews.com, Autism May Not Be Tied to Mindblindness, 2020) (NeuroscienceNews.com, Autism and Theory of Mind, 2019), jak również przez osoby autystyczne (fantastyczny przykład tego, co dzieje się w głowie autysty podczas wykonywania testu fałszywych przekonań, przytacza w swojej książce Bianca Toeps (But you don't look autistic at all, 2020, s. 23-24)).

Oprócz powyższych, często wskazuje się także na nieuwzględnienie innych czynników mogących wpływać na uzyskane rezultaty. Problemy z „odczytywaniem twarzy” mogą wynikać nie tyle z nieumiejętności jej odczytywania, ale z braku odpowiednich narzędzi do robienia tego. Jak pokazują badania, odsetek autystów cierpiących na prozopagnozję¹¹ jest znacznie wyższy – rzędu 36 % (Loftus, 2025) (Minio-Paluello, 2020), niż średnia dla populacji (ok. 2 %). Niedostrzeganie, niezapamiętywanie twarzy może powodować „ślepotę” na malujące się na tej twarzy uczucia (Motyl-Adamczyk, Prozopagnozja, 2025) (Kim, Nieśmiali, skryci i społecznie niedopasowani, 2018, s. 42-44) lub też skutkować dostrzeganiem pojedynczych elementów (np. tylko ust) i interpretowaniem emocji na podstawie ich ułożenia czy wyglądu – a to może prowadzić do błędów. Jednocześnie w niektórych badaniach nie potwierdzono problemów z rozpoznawaniem emocji u autystów (Brewer, Lucas, Georgopoulos i Young, 2022).

Wątpliwości przy analizie badań i ich wyników, rodzi też kontakt wzrokowy. S. Baron-Cohen uważa go za zaburzony, ponieważ wielu autystów nie patrzy w oczy, nie śledzi kierunku spojrzenia drugiej osoby i nie tworzy wspólnej przestrzeni dzielenia uwagi (Ślepotą umysłu, 2023, s. 91-94). Również i tu przyczyn może być wiele:

- Autyści nierzadko nie są w stanie skoncentrować się na jednoczesnym patrzeniu w oczy i śledzeniu toku rozmowy (PolskiAutyzm.pl, Kontakt wzrokowy, 2025) (Toeps, 2020, s. 42); nie dzieje się to u nich „automatycznie”, jak w przypadku osób neurotypowych.

¹⁰ W kontekście idei neuroróżnorodności i podwójnej empatii nie są one ani trafne, ani adekwatne – oceniają jedynie umiejętność dopasowania do neurotypowych, oczekiwanych zachowań w danej sytuacji.

¹¹ Asocjacyjną agnozę twarzy; niemożność rozpoznania twarzy znanych osób, w tym własnej (Gałęcki, Badanie stanu psychicznego. Rozpoznanie według ICD-11, 2022, s. 8).

Może to wskazywać na problem z przetwarzaniem wielu bodźców jednocześnie (PisarkaNaspektrum.pl, 2025).

- Konwersacja wymaga zaangażowania wielu zasobów, co bywa wyczerpujące (Hutchins i Brien, 2016).
- Kontakt wzrokowy może wywoływać dyskomfort i przeciążenie sensoryczne (Furgał, Dziewczyna w spektrum, 2022, s. 27) lub nawet ból (Kim, Nieśmiali, skryci i społecznie niedopasowani, 2018, s. 45-46).
- Niektóre badania pokazują, że u dzieci unikanie kontaktu wzrokowego może mieć inne podstawy (np. brak świadomości jego społecznego znaczenia) (Moriuchi, Klin i Jones, 2017).
- Unikanie kontaktu wzrokowego u autystów może wynikać z nadmiernego pobudzenia niektórych części podkorowych mózgu podczas patrzenia w oczy (Hadjikhani, Johnels, Zürcher i Lassalle, 2017).

W literaturze znajdziemy również badania, które zaprzeczają tezie, że kontakt wzrokowy nawiązywany przez autystów różni się od tego, który nawiązują osoby neurotypowe¹² (Brewer, Lucas, Georgopoulos i Young, 2022), (NeuroscienceNews.com, Some children with autism more able to read thoughts and feelings from facial expressions than previously thought, 2019).

Teorię ślepoty umysłowej i samą teorię umysłu kwestionuje wielu autystów, podważając jej założenie: nieumiejętność oszukiwania i kłamania u autystów - zob. np. (Atypowa Dziewczyna, 2024). Niekiedy osoby autystyczne kłamią lub unikają pokazywania prawdziwych motywacji, by zamaskować cechy autystyczne lub problemy z nimi związane (np. zaburzenia lękowe, fobie społeczne), wybierając tłumaczenie swoich zachowań możliwe do zaakceptowania przez osoby neurotypowe (Furgał, Dziewczyna w spektrum, 2022, s. 27).

Podważane są również pozostałe dwie teorie. Centralna koherencja w autyzmie miała tłumaczyć styl percepcji (ignorowanie kontekstu, wybiórczość postrzegania), ale jednocześnie wiele testów, szczególnie u osób wysokofunkcjonujących, nie potwierdziło problemów z integrowaniem informacji (Baron-Cohen, The extreme-male-brain theory of autism, 1999, s. 18).

¹² U dorosłych może to być wpływ doświadczenia życiowego, socjalizacji lub maskowania.

Badania zespołu dysfunkcji wykonawczych (problemów z zarządzaniem uwagą i filtrowaniem bodźców) wykazały, że autyści mają problemy z tymi funkcjami. Zauważono jednak, że nie jest to specyficzna cecha autyzmu, ponieważ występuje w wielu innych schorzeniach (Baron-Cohen, The extreme-male-brain theory of autism, 1999, s. 20). Problematiczne jest również to, że zarówno braki teorii umysłu, jak i problem z funkcjami wykonawczymi, mogą wzajemnie wpływać na wyniki prowadzonych testów (takie badania przeprowadził m.in. D. P. Skorich, uzyskując potwierdzenie, że słaba centralna koherencja przekłada się na trudności z dzieleniem uwagi (Skorich, Gash, Stalker, Zheng i Haslam, 2017)). Teorie S. Baron-Cohena została podważona również przez teorię monotropizmu (o której piszę w dalszej części pracy).

Simon Baron-Cohen – teoria skrajnie męskiego mózgu

Teoria skrajnie męskiego mózgu opierała się na badaniach w zakresie różnic umiejętności między płciami oraz wpływie testosteronu na kształtowanie się mózgu w życiu płodowym. Jego wysoki poziom skutkowało ukształtowaniem mózgu „męskiego” (Rivera, 2025), wyposażonego w umiejętności rozumienia obiektów fizycznych (m.in. rozumowania logicznego, matematycznego, konstrukcyjnego i przestrzennego). Dla odmiany, mózg „kobięcy” został zdefiniowany jako mający umiejętność „czytania w myślach” (rozumianą jako umiejętności społeczne i empatyzowanie). Zdaniem S. Baron-Cohena, autyści, bez względu na płeć biologiczną, mają skrajnie męskie mózgi (Baron-Cohen, The extreme-male-brain theory of autism, 1999, s. 32).

Potwierdzeniem teorii miały być spostrzeżenia, według których autystyczne mózgi są w wielu dziedzinach nawet „bardziej męskie” niż męskie mózgi. Dotyczyło to m.in. zadań przestrzennych i wykonywania zawodów technicznych, niewymagających umiejętności psychologicznych. Jednocześnie, podobnie jak mężczyźni, a nawet znacznie bardziej, autyści mieli opóźniony rozwój języka, umiejętności społecznych i umiejętności odczytywania myśli. Tezę potwierdzał również stosunek autystycznych kobiet wobec mężczyzn, z przewagą tych drugich (Baron-Cohen, The extreme-male-brain theory of autism, 1999, s. 32-34).

Współcześnie teoria skrajnie męskiego mózgu jest podważana z wielu powodów. Przede wszystkim bazuje na stereotypowym postrzeganiu kobiecych i męskich cech, a przy jej tworzeniu popełniono wiele błędów metodologicznych (Ridley, 2019). Nie ma także dowodów na wpływ poziomu testosteronu w czasie ciąży na urodzenie dziecka z autyzmem (Underwood,

2019). Badacze wskazywali również na brak przyczynowo - skutkowości (wysoki testosteron => autyzm) oraz na oparcie badań o deklaracje matek, a nie obiektywne dane (Rivera, 2025). Sam autor, w badaniach lateralizacji mózgu u autystów zauważył, że wyniki przeczą jego teorii (mniejsze zróżnicowanie niż powinno być zgodnie z teorią) (Baron-Cohen, The extreme-male-brain theory of autism, 1999, s. 34-35). Jednocześnie dostępne są badania, które – zdaniem autorów teorii - tę teorię potwierdzają (Greenberg, M., Warrier, Allison i Baron-Cohen, 2018).

Teorii tej przeczy także współczesne podejście do definiowania autyzmu (jako spektrum), co powoduje, że nie istnieje jeden, konkretny, „autystyczny” wzór budowy mózgu. Wiele się mówi również o kobiecym fenotypie autyzmu oraz teorii podwójnej empatii (o których piszę poniżej), które znacząco zmieniły postrzeganie i definiowanie spektrum.

Lorna Wing, Judith Gould – triada cech autystycznych

Lorna Wing wraz z Judith Gould prowadziły badania nad autyzmem (badały dzieci z różnym poziomem inteligencji), analizując opisywane przez Aspergera symptomy. Na podstawie dokonanych obserwacji (Wing i Gould, 1979) wskazały one na kluczowe objawy autyzmu, które łączyły wszystkie przypadki. Tak powstała autystyczna triada (nazywana początkowo „*triad of impairments*” (Wing, Autistic children, 2023, s. 231)), która później została zaadaptowana do DSM IV.

Wing i Gould wskazały trzy podstawowe, diagnostyczne składowe spektrum (Wing, Autistic children, 2023, s. 130-144), (Rybka, 2014, s. 19-20):

1. Deficyty w zakresie interakcji społecznych, przejawiające się brakiem zainteresowania innymi ludźmi
2. Deficyty w komunikacji, zarówno werbalnej jak i niewerbalnej, problemy z rozumieniem i używaniem języka (używanie go w sposób mechaniczny, echolaliczny, niezgodnie z zasadami gramatyki i składni, bez zrozumienia).
3. Brak oryginalnych aktywności opartych na wyobraźni, odgrywaniu ról. Kopiowanie zachowań innych bez ich zrozumienia oraz powtarzalne, schematyczne działania.

Oprócz powyższych, Wing wskazywała również na inne objawy, które mogą wystąpić z różnym natężeniem, ale nie muszą. Zaliczała do nich m.in. problemy z motoryką i koordynacją, zaburzoną wrażliwość sensoryczną (nadwrażliwość lub niedowrażliwość

na bodźce), zaburzenia związane z odżywianiem, snem oraz tzw. zachowania trudne (Wing, Autistic children, 2023, s. 174-176).

Jej pracom zawdzięczamy nie tylko zmianę kryteriów diagnostycznych (odejście od dziecięcej schizofrenii na rzecz osobnej jednostki diagnostycznej), ale również pojęcie spektrum. Wing regularnie podkreślała, że autyzm nie jest kategorią sztywną, ale rozpiętością różnego natężenia zachowań w obrębie każdego z wymienionych kryteriów (Autistic children, 2023, s. 216-220), przez co osoby mogą się znacznie różnić w codziennym funkcjonowaniu. W *“The Continuum of autistic characteristics”* pisała: *„Hipoteza głosi, że zespół Kannera jest częścią kontinuum lub spektrum zaburzeń autystycznych. (...) Objawy problemów społecznych i innych są bardzo zróżnicowane pod względem rodzaju i nasilenia, a w praktyce klinicznej obserwuje się różnorodne kombinacje deficytów.”* (Wing, Autistic children, 2023, s. 129). Diagnostowanie – oprócz potwierdzenia głównych kryteriów – powinno więc określać również ich natężenie, a właściwe ich określenie pomoże uzyskać autystom taką pomoc, jakiej potrzebują.

Damian Milton – problem podwójnej empatii

Autorem teorii problemu podwójnej empatii (*Double Empathy Problem*) jest Damian Milton. Zauważył on, że problemy z porozumiewaniem się między osobami neurotypowymi i autystami nie zawsze wynikają z deficytów osób autystycznych, ale funkcjonują w obu kierunkach: osoby neurotypowe również mają problem ze zrozumieniem autystów i interpretacją ich zachowań. Doprowadziło go to do sformułowania teorii, że problemy komunikacyjne między różnymi neurotypami nie są spowodowane deficytami jednej ze stron, ale różnicami w stylu porozumiewania się. Różnice te wynikają z uwarunkowań biologicznych, społecznych, kulturowych i historycznych (Milton, 2012).

„’Problem podwójnej empatii’: rozdźwięk we wzajemności między dwoma odmiennie nastawionymi aktorami społecznymi, który staje się tym wyraźniejszy, im szerszy jest rozdźwięk w dyspozycyjnych percepcjach świata życia – postrzegany jako wyłom w ‘naturalnym nastawieniu’ do tego, co stanowi ‘rzeczywistość społeczną’ dla osób ‘neurotypowych’, a jednocześnie jako codzienne i często traumatyczne doświadczenie dla osób ‘autystycznych’” (Milton, 2012).

Teorię potwierdzają dalsze badania – m.in. (Neff, Self-Care for Autistic People, 2024, s. 132-133); (Cheang, 2025), które pokazały, że osoby komunikujące się w ramach jednego neurotypu nie mają problemów ze zrozumieniem się, natomiast problem pojawia się przy komunikacji z innymi neurotypami. Nieodpasowanie komunikacyjne powoduje koncentrację na różnych obszarach komunikacyjnych, zmniejszenie szczegółowości przekazywanych informacji oraz pojawienie się dyskomfortu społecznego u osób autystycznych. Problematyczne jest również wzajemne interpretowanie zachowań (werbalnych i nie) (Lai, 2025). Za trafnością tej teorii przemawia też fakt, że różnice w komunikacji są również dostrzegane przez obserwatorów takich interakcji (Jones, 2023).

Pojawiają się także głosy krytyczne, zarzucające teorii podwójnej empatii brak wystarczającej konceptualizacji i sformalizowania, zgodnie ze standardami dla teorii psychologicznych (Livingston, Hargitai i Shah, 2025).

Stworzenie teorii podwójnej empatii doprowadziło do postulatów przeformułowania współczesnego rozumienia teorii umysłu (Marocchini i Baldin, 2024) z uwzględnieniem w niej neurotypu. Jak pisał sam twórca teorii problemu podwójnej empatii: *„Analizując interakcje osób z autyzmem z resztą społeczeństwa, łatwo jest poddać w wątpliwość definicję autyzmu jako ‘deficytu społecznego’ występującego w umyśle danej osoby. Różnice neurologiczne mogą wpływać na różnice w zachowaniach społecznych, ale nie powodują ‘deficytu społecznego’ w porównaniu z idealizowanym, normatywnym obrazem rzeczywistości społecznej.”* (Milton, 2012).

Ogromną zaletą wprowadzenia teorii problemu podwójnej empatii była zmiana postrzegania autystycznej komunikacji i samego autyzmu. Z obszaru deficytów (braku teorii umysłu, problemów z centralną koherencją i funkcjami wykonawczymi) przeszła ona w obszar naturalnych różnic i rosnącej akceptacji różnorodnych, neurologicznych ścieżek rozwojowych. Dało to mocne podwaliny pod sformułowanie teorii neuroróżnorodności, zmieniając definiowanie autyzmu (z zaburzenia rozwojowego na odmienny model rozwoju) i umożliwiło zmianę podejścia do osób nieneurotypowych (od „naprawiania” deficytów i terapii mającej dostosować je do neurotypowego świata do akceptacji odmiennych potrzeb). Przyczyniła się ona również do obalenia innych mitów dotyczących spektrum, m.in. twierdzenia o braku empatii u osób autystycznych.

Judy Singer - teoria neuroróżnorodności

Przez wiele lat autorstwo terminu „*Neurodiversity theory*” (teoria neuroróżnorodności) przypisywano Judy Singer. Singer w 1997 obroniła pracę dyplomową z socjologii, a rok później opublikowała na jej podstawie rozdział w książce *Disability Discourse* (Singer, Why can't you be normal for once in your life?: From a 'Problem with No Name' to a new category of disability, 1999). W ostatnim czasie podnoszą się jednak głosy, że tym terminem posługiwało się wiele osób jeszcze przed publikacją Singer, m.in. samorzecznicy autystyczni na forach internetowych (NationalAutisticSociety, 2025), czy dziennikarz Harvey Blume (Botha i inni, 2024). Steve Silbermann przesuwając datę powstania pojęcia jeszcze wcześniej niż się współcześnie uważa: sam Hans Asperger odwoływał się do niego w trakcie swojego wykładu o autyzmie już w 1938 roku (Autyzm, 2021, s. 23).

Współcześnie neuroróżnorodność jest definiowana jako różnorodne postrzeganie i doświadczanie świata wynikające z różnic w budowie mózgu. Traktowane są one jako naturalna różnorodność gatunku ludzkiego, a nie jako deficyt lub zaburzenie. Idea ta kładzie nacisk na brak jednego, właściwego, „zdrowego” sposobu nawiązywania interakcji ze światem, uczenia się, postrzegania i komunikowania (Baumer i Frueh, 2021).

Pojęcie neuroróżnorodności cały czas ewoluuje. Neuroróżnorodność proponowana przez Judy Singer obejmowała szeroki zakres osób: od osób z zaburzeniami rozwojowymi, poprzez zaburzenia osobowości borderline, Zespół Downa, OCD, aż po osoby niezdiagnozowane, ale określane jako „szalone” lub „nieprzystosowane”. Były to jednostki, które neurotypowy świat odrzucał, a kryterium było „*bycie innym w sposób, który inni z trudem rozumieją lub nie chcą zaakceptować*” (Price, 2023, loc. 695). Współcześnie rozumienie to się zawężyło, ale wciąż brak jednoznacznej definicji kim jest osoba neuroróżnorodna – każda organizacja czy słownik definiują ją na swój sposób – wąsko lub szeroko (Armstrong, 2011, s. 6-8). W mojej ocenie termin *neuroróżnorodność* powinien być rozumiany wąsko, opisując jedynie osoby o atypowym rozwoju / budowie mózgu, a więc osoby ze spektrum autyzmu, ADHD, Zespołem Tourette’a, dyspraksją (rozwojowym zaburzeniem koordynacji ruchowej), zaburzeniami przetwarzania sensorycznego, dysleksją i innymi zaburzeniami tego typu. Kluczowe kryteria są dwa:

1. Neurobiologia, decydująca o odmiennym funkcjonowaniu poznawczym. Na bazie odmiennej budowy i pracy mózgu mogą kształtować się wtórne zaburzenia, takie jak wymieniane: zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, zaburzenie osobowości

(w tym m.in. borderline), zaburzenia lękowe i zaburzenia nastroju, ale nie są one wrodzone; są nabyte.

2. Podatność na terapię. Zaburzenia osobowości czy nastroju można skutecznie leczyć; neuroróżnorodność pozostaje „nieuleczalna”, chociaż istnieją strategie kompensacyjne, mogące ułatwiać funkcjonowanie w neurotypowym świecie, jak również sposoby jej maskowania.

Pojęcie neuroróżnorodności stało się *gamechangerem* w podejściu do autyzmu. Przede wszystkim przeniosło ciężar badań z poszukiwania niedoskonałości, niezgodności, zaburzeń i ułomności na problem społecznego wykluczenia niektórych osób przez obowiązujące normy i zasady społeczne. Osoby ze spektrum nie traktują swoich zachowań czy umiejętności jako zaburzenie, ale – na bazie teorii różnorodności – jako naturalne zróżnicowane w neurologii człowieka. Dlatego też coraz częściej mówi się także o tym, że autyzm jest zaburzeniem społecznym. Trudności z funkcjonowaniem autystów w świecie wynikają nie tyle z psychicznych „deficytów”, ale ze sposobu w jaki zorganizowany jest świat. Obowiązujące normy społeczne i zasady zostały stworzone przez neurotypową większość, dla której są rozpoznawalne i przyswajalne intuicyjnie, bez najmniejszego wysiłku poznawczego. Jednocześnie wiele norm jest niepisanych, a co więcej – nielogicznych lub sprzecznych ze sobą. Osoby autystyczne funkcjonują dobrze w swojej społeczności; w otoczeniu tych, którzy postrzegają i rozumieją świat tak jak oni i komunikują się w podobny sposób, nie przejawiając dysfunkcji czy deficytów. Ich deficyty czy dysfunkcje uwydatniają się w kontakcie społecznym, zorganizowanym w neurotypowy sposób.

Różnice między neurotypem autystycznym i allistycznym można porównać do różnic kulturowych i szoku kulturowego, jaki powstaje przy zderzeniu odmiennych kultur. Sposoby zachowań, komunikacji, ubioru, zasad zorganizowania społeczeństwa czy *savoir-vivre'u* dla osób wychowanych w danej kulturze są oczywiste, przyjmowane wraz z socjalizacją. Dla gościa bywają szokujące i zupełnie niezrozumiałe, ponieważ został on wychowany zgodnie z innymi zasadami. Trudnością dla niego staje się poruszanie w gąszczu nieznanego mu reguł, poznanie ich, zrozumienie i wreszcie wdrożenie. Niejednokrotnie ten proces kończy się szokiem kulturowym¹³ i brakiem adaptacji do nowej kultury.

¹³ Nazywany jest on również szokiem roli społecznej (*role shock*) – zob. więcej: praca doktorska autorki [niepubl.] (Motyl, 2009, s. 124).

Dzięki teorii neuroróżnorodności zmianie uległo również nazewnictwo¹⁴. Pojęcie *Autistic Spectrum Disorder* obecnie może być uważane za wartościujące i piętnujące: sugeruje, że autyzm jest zaburzeniem, które należy leczyć. W kontekście idei neuroróżnorodności traktuje się go jako odmienny sposób rozwoju (bez wartościowania: prawidłowy / nieprawidłowy), określając jako *Autistic Spectrum Condition* (stan). Ta zmiana pozwala również skupić się nie tylko na deficytach, ale na całym kontekście funkcjonowania osób w spektrum. To o tyle istotne, że duża część autystycznych trudności może wynikać właśnie z kontekstu społecznego (tzw. niepełnosprawności społecznej¹⁵), który przy zerojedynkowym spojrzeniu przez pryzmat deficytów / zaburzeń bywa pomijany.

Dinah Murray, Wenn Lawson, Mike Lesser – teoria monotropizmu

Teoria monotropizmu jest poznawczym modelem umysłu (rozumianego jako system zainteresowań) i uwagi, która opisuje w jaki sposób ludzie przetwarzają bodźce z otoczenia (Murray, 2019, s. 45). Jest również autystyczną odpowiedzią na teorie S. Baron-Cohena.

Autorzy teorii monotropizmu zauważają, że uwaga jest procesem złożonym, który wymaga nie tylko zrozumienia celu kierowania uwagi i motywacji by to zrobić, ale również zrozumienia zadania i wiedzy, jak go wykonać (Murray, Lesser i Lawson, *Attention, monotropism and the diagnostic criteria for autism*, 2005, s. 141). Sposób, w jaki się to dzieje, różni osoby autystyczne od neurotypowych: „*Nasza hipoteza głosi, że różnica między osobami autystycznymi a nieautystycznymi wynika z różnic w strategiach stosowanych w dystrybucji ograniczonej uwagi. Innymi słowy, jest to różnica między niewielką liczbą silnie pobudzonych zainteresowań (tendencja monotropowa) a wieloma zainteresowaniami o mniejszym stopniu pobudzenia (tendencja politropowa)*”. (Murray, Lesser i Lawson, *Attention, monotropism and the diagnostic criteria for autism*, 2005, s. 141)”. Osoby monotropowe, gdy zainteresują się jakimś tematem, postrzegają go niczym w tunelu – ich uwaga jest maksymalnie, głęboko skupiona na tym temacie, a to, co poza tunelem, nie dociera do świadomości (autystyczny stan flow – więcej: (Heasman, et.al, 2024)). Trudno jest oderwać uwagę i przekierować ją na inny obiekt (wyjście ze stanu flow jest trudne) i często powoduje

¹⁴ W DSM-V i ICD-11 nadal pozostaje pojęcie „disorder”, jednak w publikacjach naukowych i dyskursie coraz częściej jest ono zastępowane słowem „condition”.

¹⁵ „(...) społeczny paradygmat niepełnosprawności, który zakłada, że główne źródło problemu nie jest ułożone w ograniczeniach danego człowieka wynikających z zaburzeń czy dysfunkcji, ale tkwi w środowisku tworzącym różnorodne bariery” (Majewicz, s. 17).

poczucie dyskomfortu (Murray, 2019, s. 46). Adaptacja do nowego zagadnienia zajmuje dużo czasu – nie da się swobodnie przerzucać uwagi między tematami, jak potrafią to robić osoby politropowe, ponieważ głębokie skupienie pochłania większość dostępnych zasobów.

Autorzy zauważają, że uwaga jest wspólnym elementem wszystkich trzech deficytów autystycznych wskazanych przez S. Baron-Cohena (braku teorii umysłu, braku centralnej koherencji i dysfunkcji funkcji wykonawczych). Kwestionują oni jego teorie, tłumacząc je przez pryzmat monotropizmu.

Autorzy idei monotropizmu kwestionują konstrukt teorii umysłu: zauważają, że trudno mówić o autystycznej „ślepotie umysłu”, gdyż nikt – również osoby neurotypowe – nie potrafią „czytać innym w myślach” i „zaglądać” do umysłu drugiej osoby. D. Murray zauważa, że chodzi tu raczej o „dostrojenie”: *„Dostrojenie się do zainteresowań drugiej osoby i dzielenie się swoimi wcześniejszymi założeniami może prowadzić do swobodnego dialogu, w którym pojawiają się trafne przeczucia dotyczące wzajemnych nadziei i obaw. Nie przypomina to czytania, a raczej taniec, żeglowanie czy wspólne improwizowanie muzyczne, a polega na wzajemnym dostrzeganiu, intuicji, zaangażowaniu i dostrojeniu”*. (Murray, Dimensions of Difference, 2020). Jeżeli tak zdefiniujemy owo „czytanie w myślach innych” okazuje się, że osoby autystyczne nie mają z tym problemu, pod warunkiem, że zainteresowania są faktycznie dzielone (funkcja uwagi!). By móc rozumieć emocje innych, konieczne jest skupienie uwagi na drugiej osobie i jej stanach. Uwaga jest więc tu kluczowa do rozpoczęcia całego procesu „analizy umysłu” drugiego człowieka, a problemy z tą analizą nie muszą wynikać z nieumiejętności jej prowadzenia, ale właśnie z nieukierunkowania uwagi na dany cel.

Wyniki badań potwierdzających „ślepotę umysłu” i ich interpretację kwestionują również inni badacze autyzmu (Gernsbacher, Challenging the Assumption That Autistic People Lack a Theory of Mind, 2025).

Podobnie ma się rzecz z komunikacją. Jej skuteczność nie jest warunkowana jedynie „teorią umysłu” czy centralną koherencją, ale również wspólnym kontekstem, doświadczeniami i wspólnymi zainteresowaniami. Bez nich, jak zauważa D. Murray, *“all minds are ‘blind’ to one another – wszystkie umysły są ‘ślepe’ na siebie wzajemnie”* (Murray, Dimensions of Difference, 2020).

Dlatego też „problemy” komunikacyjne osób autystycznych mogą wynikać z funkcji uwagi. Monotropowe postrzeganie sprawia, że trudnością staje się skupienie na wielu

bodźcach jednocześnie, a przecież każda komunikacja ma przynajmniej kilka płaszczyzn: fonetyczną, fonologiczną, syntaktyczną, semantyczną i pragmatyczną (Murray, Lesser i Lawson, 2005, s. 150). Do nich dochodzi również m.in. konieczność dekodowania kontekstu społecznego, ról społecznych, metafor, zasad zachowania, zachowań niewerbalnych i czytania „między wierszami”, a także wszechobecny hałas i konieczność filtrowania innych dźwięków, obecnych w tle. Zbyt wiele bodźców uniemożliwia właściwe przetwarzanie danych (rozprasza uwagę), co powoduje u osób monotropowych problem z nadążaniem za komunikacją i reagowaniem. Nie jest to wynikiem deficytów centralnej koherencji i funkcji wykonawczych, ale wynika właśnie z niemożności skupienia uwagi i nadmiaru bodźców do przetworzenia jednocześnie - a więc jest problemem sensorycznym (Murray, 2019, s. 46).

Co więcej, wybór celu, na który kierowana jest uwaga, uzależniony jest od kolejnych czynników, takich jak np. motywacja, wysiłek poznawczy. Monotropizm może tu być przeszkodą: pozostawianie w stanie silnego skupienia odcina od innych bodźców z zewnątrz (nie są one dostrzegane), co zawęża pole percepcji. Patrząc długofalowo, skupienie na wybranych tematach sprawia, że profil umiejętności nie rozwija się równomiernie, a interakcje z innymi są podejmowane jedynie wtedy, kiedy znajdują się w obszarze wspólnego zainteresowania (Murray, Lesser i Lawson, 2005, s. 148-149).

Autorzy podsumowują, że zamiast mówić o problemach z centralną koherencją czy funkcjami wykonawczymi należałoby raczej mówić o hiper-uwadze (osoby monotropowe, koncentrujące się na ograniczonej liczbie bodźców, ignorujące pozostałe, ale ich skupienie jest głębokie i intensywne – stan flow) oraz hypo-uwadze (osoby politropowe, potrafiące skupić się na wielu bodźcach jednocześnie, ale mające trudność przetwarzania ich na głębokim poziomie) (Murray, Lesser i Lawson, Attention, monotropism and the diagnostic criteria for autism, 2005, s. 142).

Teoria monotropizmu kompleksowo tłumaczy stan autyzmu i jego objawy, uwzględniając również (powszechne wśród autystów¹⁶) problemy natury sensorycznej.

Współczesne definiowanie autyzmu

Współczesna definicja autyzmu czerpie z jego ciekawej historii, bazując na autystycznej triadzie. Oficjalne definicje skupiają się na podkreśleniu, że spektrum autyzmu to zaburzenia, które najczęściej ujawniają się w dzieciństwie i charakteryzują się deficytami w zakresie

¹⁶ Szacowana liczba współwystępowania zaburzeń sensorycznych i autyzmu wynosi od 42 % do nawet 96 % (Emich-Widera, Palicka, Przybyła i Kazek, 2025, s. 413).

społecznym, emocjonalnym, komunikacyjnym, jak również powtarzalnym zachowaniami, zainteresowaniami i aktywnościami (APA, autism spectrum disorder (ASD), 2023). Deficyty te określane są jako trwałe i poważne – na tyle, że wpływają znacząco na wszystkie obszary funkcjonowania osoby¹⁷ (Gałęcki, Badanie stanu psychicznego. Rozpoznanie według ICD-11, 2022, s. 51)).

Autyzm często jest też definiowany jako zaburzenie neurorozwojowe; nietypowy rozwój mózgu, który powoduje, że *„mózg osoby autystycznej działa w niestandardowy sposób od samego początku życia, a to sprawia, że cały rozwój przebiega inną ścieżką”* (PolskiAutyzm.pl, Autyzm – czym jest autyzm?, 2020). Różnice są widoczne w trzech obszarach: komunikacji, socjalizacji i zaburzeniach motorycznych (Morison, 2016, s. 40-44). W każdym z tych obszarów mogą się przejawiać z różnym natężeniem, dlatego też w diagnostyce mówi się o spektrum zachowań, a nie o zerojedynkowym występowaniu lub nie. Niektóre definicje podkreślają jego złożoność (Psychiatry.org, 2024); inne porównują do tęczy *„różnych odcieni i barw, które rozwijają się, jeśli pięknie ze sobą współgrają”* (Price, 2023, loc. 1819). Są także badacze, którzy wskazują na trudności definicyjne: *„Autyzm to nazwa nadana wzorcowi zachowania, który powstaje w skomplikowany sposób, jako wynik długiego łańcucha przyczynowo-skutkowego i nie da się go wyjaśnić w kilku słowach”* (Wing, Autistic children, 2023, s. 164).

W kontekście najnowszych teorii i coraz szerszego udziału autystów w badaniach (w charakterze podmiotów badawczych, nie tylko przedmiotu badań) wiele definicji odchodzi od terminu „zaburzenia”, mówiąc raczej o *uwarunkowaniach*, które charakteryzują się trudnościami w obszarach triady autystycznej (AutismSpeaks.org), *wyzwaniach rozwojowych* w kilku zakresach¹⁸ (Fundacja Pomoc Autyzm, 2023), *sposobie bycia*, nadającym ton każdemu aspektowi egzystencji człowieka (J. Sinclair w: (Silberman, Autyzm, 2021, s. 433)) lub *stanie* – odmiennym sposobie odczuwania świata i myślenia (Fundacja Synapsis, Definicja, 2024). Autorka tej pracy podziela autystyczne spojrzenia, definiując autyzm w kategoriach innego postrzegania świata (teoria monotropizmu) i innego rozłożenia uzdolnień (Motyl-Adamczyk, Zespół Aspergera - co to jest?, 2020).

¹⁷ Definicje oficjalne przywołuję jako przykład, w kontekście do pozostałych terminów. Więcej o kryteriach diagnozy nozologicznej w rozdziale II tej pracy.

¹⁸ porozumiewania się, myślenia, rozwoju społecznego, umiejętności poznawczych, zainteresowań i form aktywności, a także umiejętności motorycznych (Fundacja Pomoc Autyzm, 2023).

Odejście od neurotypowych teorii ma jeszcze jedną zaletę: nie generuje kolejnych mitów na temat autyzmu. Neurotypowi badacze często opisują swoje spostrzeżenia przez pryzmat allistycznych interpretacji wyników doświadczeń i własnych opinii (8 ways our beliefs we can about challenge autism, 2025), co nierzadko ma niewiele wspólnego z tym, co rzeczywiście odczuwa lub robi osoba autystyczna (Bottema-Beutel i inni, 2023). Prowadzi to do kategoryzowania wszystkiego co odmienne jako zaburzenia, deficytu, odstępstwa od „normalności”¹⁹: *„Żaden region mózgu nie wykazywał spójnego wzorca w różnych badaniach. Jednak ilekroć zgłaszano różnicę między uczestnikami autystycznymi i nieautystycznymi, nawet jeśli kierunek tej różnicy był sprzeczny z wynikami innego badania, różnica ta zawsze była interpretowana jako deficyt autystyczny.”* (Gernsbacher, *Diverse Brains*, 2015, s. 30) – podsumowuje neurobadania autystów i osób neurotypowych Morton Ann Gernsbacher, amerykańska psycholog. Wtórzy jej wielu badacze autyzmu, m.in. Michelle Dawson: *„Bezustannie, zaobserwowane różnice są wielokrotnie zgłaszane jako defekty, gdy przypisuje się je osobom autystycznym: jednak w naszym modelu główne różnice mogą manifestować się na wiele różnych sposobów i należy je obiektywnie odnotować, a nie zakładać, że są z natury funkcjonalne lub dysfunkcyjne”* (Murray, *Dimensions of Difference*, 2020). Z chęci wykazania odmienności, błędów metodologicznych, własnych interpretacji badaczy²⁰ bierze się *gros* mitów i nieporozumień dotyczących autyzmu, funkcjonujących po dziś dzień²¹.

Definicja autyzmu z pewnością będzie nadal ewoluować. Nowe, autystyczne teorie pozwalają dotrzeć do tego co jest meritum autyzmu – badacze znają zagadnienie z własnego doświadczenia i są w stanie wskazać faktyczne motywacje, potrzeby, przyczyny zachowań czy uczucia, bez własnych interpretacji czy wartościowania. Spójrzanie na naukę w sposób nieoceniający, niekategoryzujący, odnoszący się z szacunkiem do każdego człowieka i skupienie się na pokazywaniu różnorodności będzie zmieniało rozumienie autyzmu. Coraz większy udział autystycznych badaczy w badaniach przyczynia się do lepszego zrozumienia neuroróżnorodności w neurotypowym świecie, nie wykluczając, nie stygmatyzując i nie tworząc kolejnych szkodliwych stereotypów i podziałów.

¹⁹ Od razu pojawia się pytanie o definicję „normalności”, a na myśl przychodzą prace T. Szasza: „The Myth of Mental Illness” (Szasz, 2023) i rosnąca z każdym wydaniem DSM i ICD liczba „chorób” i „zaburzeń”.

²⁰ Fantastyczny przykład takich interpretacji pokazuje M. A. Gernsbacher w artykule „The Eye of the Beholder” – zobacz (Gernsbacher, *The Eye of the Beholder*, 2007).

²¹ M.in. przekonanie, że autyzm jest spowodowany przez szczepionki (Wakefield), można go leczyć dietą bezglutenową (Rimland), winę za autyzm u dzieci ponoszą matki (Bettleheim), a autyści są psychopatami nie mającymi uczuć i nie odczuwającymi empatii (Baron-Cohen). Autorka tej pracy usłyszała m.in. również to, że z autyzmu się wyrasta lub że do 10. roku życia można zmieniać autyzm, bo później mózg nie jest plastyczny (Motyl-Adamczyk, Świąteczny bagaż wiedzy, 2024).

Podsumowując obecny stan wiedzy, o autyzmie można powiedzieć, że:

- Jest trwały, nie da się z niego wyleczyć, nie znika w dorosłości.
- Płeć nie ma wpływu na występowanie lub niewystępowanie autyzmu (nie jest to przypadłość jedynie męska), chociaż różnice w spektrum kobiet i mężczyzn są opisane.
- Zazwyczaj manifestuje się w dzieciństwie, ale niekiedy jego objawy mogą pojawić się dopiero w okresie dojrzewania lub w dorosłości (np. w skutek stresu lub większych wymagań społecznych).
- Nie jest chorobą (jest uwarunkowaniem, stanem, różnorodnością w obrębie gatunku ludzkiego, różnicami w budowie neurologicznej i funkcjonowaniu systemu nerwowego).
- Nie ma jednego „uniwersalnego” zestawu cech autystycznych, który pasuje do wszystkich autystów – umiejętności, uzdolnienia, mocne i słabe strony u każdego są rozłożone inaczej²².
- Jest rodzajem społecznej niepełnosprawności – problemem w poruszaniu się w świecie zorganizowanym w sposób neurotypowy, allistyczny; rozumieniem i stosowaniem neurotypowych reguł.
- Jest schematyczny i rutynowy w wielu dziedzinach życia.
- Może współwystępować z innymi zaburzeniami (nabytymi i wrodzonymi), które mogą utrudniać jego zdiagnozowanie lub maskować go.
- Wiąże się często z zaburzeniami sensorycznymi (nadwrażliwością / niedowrażliwością).

1.2. Etiologia

Wciąż nie ma jednoznacznej odpowiedzi na pytanie co jest przyczyną autyzmu. Badacze są zgodni, że nie występuje jedna, konkretna przyczyna, ale jest to raczej złożony wpływ wielu czynników: genetycznych, środowiskowych, biologicznych²³.

²² Jak to trafnie podsumowuje Yenn Purkis – samorzeczniczka, osoba z AuDHD: *“W zasadzie wszyscy jesteśmy tacy sami, ale trochę się różnimy”* (Purkis, 2025).

²³ Zdecydowałam się wyróżnić czynniki biologiczne (związane z ciążą i porodem) ze środowiskowych, ponieważ kobieta ma na nie większy wpływ i może minimalizować ryzyko wystąpienia ASD u dziecka.

Dlatego też współcześnie prowadzone badania nie są ukierunkowane na odnalezienie przyczyny autyzmu, ale raczej na wskazanie korelacji między określonym czynnikiem (lub grupą czynników), a wzrostem ryzyka wystąpienia spektrum / zachowań autystycznych u dziecka.

Czynniki genetyczne

Autyzm uważany jest w dużej mierze za zaburzenie o genetycznej etiologii. Przemawiają za tym m.in.:

- Wyniki coraz bardziej zaawansowanych badań genomu człowieka, które ujawniają kolejne geny mogące mieć związek z autyzmem - obecnie zdefiniowano 134 takie geny (NeuroscienceNews.com, World's Largest Autism Whole Genome Sequencing Study Reveals 134 Autism-Linked Genes, 2022).
- Badania bliźniąt, które ujawniają większe ryzyko wystąpienia autyzmu u rodzeństwa, jeżeli jedno z bliźniąt zostało już zdiagnozowane. W przypadku bliźniąt jednojajowych to ryzyko wzrasta znacznie i wynosi ok. 73-95 % (Tick, Bolton, Happe, Michael i Rijdsdijk, 2016), u dwujajowych: ok. 30 % (PolskiAutyzm.pl, Przyczyny autyzmu, 2020).
- Mutacje genów (w tym mutacje *de novo* - ujawniające się u dziecka, a nieobecne u rodziców). Zauważono również współwystępowanie autyzmu i innych chorób o genetycznym podłożu, np. padaczki, Zespołu Retta, zespołu łamliwego chromosomu X, Zespołu Downa (National Institute of Environmental Health Sciences, 2025).
- Większe prawdopodobieństwo wystąpienia autyzmu u dzieci, jeżeli rodzice lub kuzyni mają diagnozę ASD (Hansen i inni, 2019) (Cleveland Clinic, Does Autism Run in Families?, 2023)
- Kolejne dziecko w rodzinie – ryzyko wystąpienia autyzmu w przypadku, gdy starsze rodzeństwo zostało zdiagnozowane wynosi ok. 20 % i wzrasta do 36 %, jeżeli rodzeństwo z ASD jest liczniejsze (NeuroscienceNews.com, 20% Increased ASD Risk for Kids with Autistic Siblings, 2024).
- Późne rodzicielstwo - po 35. roku życia (Cleveland Clinic, Autism, 2025) (Berko i inni, 2014).

Czynniki genetyczne uważane są za kluczowe w etiologii autyzmu, ale nie są wyłączną przyczyną autyzmu. Badania pokazują, że istotną zmienną jest również zdrowie matki w trakcie

trwania ciąży (Khachadourian i inni, 2025) oraz czynniki środowiskowe (Cleveland Clinic, Does Autism Run in Families?, 2023).

Czynniki środowiskowe

Zanieczyszczenie środowiska przez człowieka wydaje się mieć coraz większy wpływ na aktywację genów odpowiedzialnych za zachowania autystyczne. Czynniki środowiskowe mogą aktywować określone mutacje genetyczne lub negatywnie wpływać na kształtowania mózgu i układu nerwowego dziecka w okresie prenatalnym. Do zmian środowiskowych, mogących zwiększać ryzyko wystąpienia autyzmu zalicza się:

1. Zanieczyszczenie powietrza m.in. cząstkami stałymi (tzw. smog, pyły PM 2,5 i PM 10 – pochodzące z procesów przemysłowych, spalania węgla oraz z działalności człowieka). Narażenie na wysokie stężenie związków chemicznych szkodliwych dla człowieka w okresie prenatalnym może wpływać na kształtujący się mózg i układ nerwowy, co przekłada się na wyższe ryzyko pojawienia się zachowań autystycznych (Raz i inni, 2014). Nadmierna ekspozycja na ozon, może powodować stres oksydacyjny komórek i - w połączeniu z innymi zanieczyszczeniami – zwiększać ryzyko wystąpienia autyzmu (NeuroscienceNews.com, Increased Risk for Autism When Genetic Variation and Air Pollution Meet, 2017).
2. Niektóre substancje chemiczne wykorzystywane w przemyśle spożywczym do przedłużania trwałości pożywienia, takie jak kwas propionowy (PPA), który wpływa na ograniczenie rozwoju neuronów oraz stan zapalny w mózgu płodu (Abdelli, Samsam i Naser, 2019). Także niektóre związki chemiczne używane dawniej m.in. w opakowaniach przeznaczonych do kontaktu z żywnością, np. bisfenol A (BPA) (Symeonides, Vacy, Thomson i inni, 2024), które przenikają do organizmu człowieka wraz z pożywieniem.
3. Pestycydy chloroorganiczne (DDT), stosowane dawniej w rolnictwie. Kumulują się w organizmie matki i przez łożysko dostają się do organizmu dziecka, wpływając na jego rozwój (Lyall i inni, 2016).
4. Zanieczyszczenie środowiska metalami ciężkimi (takimi jak m.in. ołów, rtęć, arsen i kadm) (Skogheim i inni, 2021) oraz innymi substancjami chemicznymi (m.in. litem, manganem) (NeuroscienceNews.com, Higher Lithium Levels in Drinking Water May Raise Autism Risk, 2023) (Arora i inni, 2017), które mogą się kumulować w spożywanej żywności i wodzie.

Czynniki biologiczne

Definiowane są jako czynniki środowiskowe związane są z przebiegiem ciąży, porodu, zdrowiem matki i pierwszymi dniami życia dziecka. Do czynników zwiększających ryzyko wystąpienia autyzmu zaliczono:

1. Niewłaściwą dietę i/lub brak suplementacji i wynikające z niej niewystarczające ilości witamin i minerałów:
 - żelaza (anemia przed 31. tygodniem ciąży może wpływać na rozwój neurologiczny płodu; w późniejszym okresie ciąży nie zwiększa ryzyka autyzmu) (Wiegersma, Dalman, Lee i inni., 2019).
 - cynku (wpływa na rozwój synaps, jednakże nie ma tutaj bezpośredniego związku – suplementacja cynku w trakcie ciąży nie zmniejsza ryzyka autyzmu u dziecka) (NeuroscienceNews.com, Autism Associated with Zinc Deficiency in Early Development, 2018).
 - kwasu foliowego (wpływającego na podział komórek i ich wzrost) (Hoxha i inni, 2021), jednakże tutaj konieczne są dalsze badania, bo wyniki nie są jednoznaczne.

Coraz więcej mówi się również o wpływie mikroflory jelitowej na system nerwowy i mózg – udowodniono, że osoby z autyzmem mają inny skład mikrobioty (Szcześniak, 2024), stąd też badania czy mikroflora jelitowa matki może zwiększać ryzyko zachowań autystycznych u dziecka (NeuroscienceNews.com, Autism Risk Determined by Health of Mother's Gut, 2018).

2. Stosowanie niektórych leków, powodujących problemy rozwojowe u płodu. Badania wskazują, że teratogeny potencjał mają m.in. leki przeciwpadaczkowe, zawierające walproinian lub karbamazepinę (Madley-Dowd i inni, 2024) oraz leki na astmę i POChP, tzw. beta-2-mimetyki (NeuroscienceNews.com, Asthma Medication Taken During Pregnancy Associated with Autism Risk, 2016).
3. Niewłaściwy przebieg ciąży i porodu, w tym również stan zdrowia matki choroby przebyte w trakcie ciąży. Wśród najważniejszych czynników mogących wpływać na zwiększenie ryzyka autyzmu i związanych z ciążą i porodem wymienia się:
 - Niedotlenienie płodu w czasie ciąży lub komplikacje okołoporodowe powodujące niedotlenienie w trakcie porodu (National Institute of Environmental Health Sciences, 2025)

- Wcześnieactwo (skrajne) i niska waga urodzeniowa (Cleveland Clinic, Autism, 2025)
 - Stan przedrzucawkowy (im większe nasilenie, tym większe ryzyko autyzmu) (NeuroscienceNews.com, Preeclampsia During Mother's Pregnancy Associated with Greater Autism Risk, 2014)
 - Cukrzycę ciążową (NeuroscienceNews.com, Study Strengthens Link Between Maternal Obesity and Autism in Offspring, 2016)
 - Wysoki poziom estrogenów prenatalnych (estradiolu, estronu i progesteronu) (Baron-Cohen i inni, 2020)
 - Krwawienia w trakcie ciąży (Cleveland Clinic, Autism, 2025)
 - Zaburzenia w systemie dopaminergicznym (Lu i inni, 2024)
 - Choroby w trakcie ciąży, takie jak:
 - opryszczka (Mahica i inni, 2017),
 - stany zapalne (NeuroscienceNews.com, Prenatal Inflammation Linked to Autism Risk, 2013) (NeuroscienceNews.com, Link Between Mom's Immune Dysfunction in Pregnancy and Autism with Intellectual Disability in Offspring, 2016), aczkolwiek wskazuje się, że nie jest to związek przyczynowo-skutkowy (NeuroscienceNews.com, New Knowledge About the Link Between Infection During Pregnancy and Autism, 2022),
 - zespół policystycznych jajników (co może być związane z poziomem testosteronu) (Cherskov i inni, 2018)
4. Niewłaściwy tryb życia matki i nadużywanie substancji psychoaktywnych. Wpływ na urodzenie dziecka z autyzmem / przejawiającego zachowania autystyczne mogą mieć: stres (Kanina i inni, 2025), otyłość (NeuroscienceNews.com, Study Strengthens Link Between Maternal Obesity and Autism in Offspring, 2016), bezdech senny w trakcie ciąży (NeuroscienceNews.com, Mothers' Sleep Apnea May Increase Risk of Autism-Like Changes in Their Male Offspring, 2022) oraz nadużywanie substancji psychoaktywnych takich jak marihuana (NeuroscienceNews.com, Cannabis in Pregnancy Linked to Autism and ADHD Risk, 2024).

Czynniki niepowodujące wzrostu ryzyka autyzmu

Warto wspomnieć również o czynnikach, które były badane pod kątem zwiększania ryzyka autyzmu dzieci, ale badania wykazały, że nie mają one wpływu na rozwój. Wiele z nich

wciąż jednak funkcjonuje w społecznej świadomości jako zagrożenie, chociaż wielokrotnie potwierdzano ich nieszkodliwość.

- Szczepienia. Mit szczepionek powodujących autyzm powstał w wyniku publikacji jednego(!) artykułu w czasopiśmie Lancet, opartego na sfałszowanych i metodologicznie wątpliwych badaniach Andrew Wakefielda (Silberman, Neurotribes, 2016, s. 449 i nast.) (Motyl-Adamczyk, Mity na temat spektrum autyzmu, 2023). Kolejne badania, prowadzone w różnych państwach pokazują, że szczepienia nie są czynnikiem powodującym wzrost ryzyka autyzmu / przyczyną autyzmu u dzieci – zob. np. (Jain, Marshall, Buikema i inni., 2015), (CDC, Autism and Vaccines, 2024), (SSI, 2025).
- Czynniki związane z porodem, takie jak znieczulenie zewnątrzoponowe (NeuroscienceNews.com, Epidural Use At Birth Not Linked to Autism Risk, 2021) oraz indukowany poród²⁴ (NeuroscienceNews.com, Induced Labor Not Associated With Increase Autism Risk, 2016) nie wpływają na większe ryzyko.
- Leki
 - SSRI. Niektóre z badań wskazywały na znaczny (rzędu 87 %) wpływ stosowania antydepresantów na ryzyko urodzenia dziecka z autyzmem (NeuroscienceNews.com, Antidepressant Use During Pregnancy Increases Autism Risk by 87 Percent, 2015). Dostępne są również badania zaprzeczające tym powiązaniom, zob. np. (Sujan, Rickert, Öberg i inni, 2017). Najnowsze badania pokazują, że to nie tyle używanie leków SSRI powoduje wzrost ryzyka autyzmu, a raczej kondycja psychiczna matki (np. depresja) (Ames i inni, 2021) i jej ogólny stan zdrowia (Janecka, Kodesh, Levine i inni, 2018). Współcześnie przyjmuje się, że leki SSRI są bezpieczne, lecz konieczne jest skalkulowanie ewentualnego ryzyka dla dziecka z korzyściami dla matki.
 - Paracetamol. Wcześniejsze badania wskazywały, że ryzyko może również zwiększać długotrwałe stosowanie paracetamolu w ciąży (NeuroscienceNews.com, Prolonged Acetaminophen Use During Pregnancy Linked to Increased ASD and ADHD Risk, 2018), ale prowadzone badania nie potwierdzają tej teorii²⁵

²⁴ Wcześniejsze badania potwierdzające wpływ obu tych procedur na wzrost ryzyka autyzmu u dziecka zostały szeroko skrytykowane w środowisku naukowym, z uwagi za brak uwzględnienia innych zmiennych.

²⁵ Różnice w wynikach mogą być spowodowane wielkością dawki i długością stosowania paracetamolu przez przyszłe matki w różnych państwach.

(NeuroscienceNews.com, Acetaminophen in Pregnancy Not Linked to Autism, ADHD Risk, 2024).

Czynniki redukujące wzrost ryzyka autyzmu

Warto wspomnieć również o badaniach nad czynnikami, które mogą redukować ryzyko autyzmu u potomstwa. Dotychczas potwierdzono jeden taki czynnik – suplementację, uzupełniającą niedobory niektórych witamin: m.in. witamin z grupy B oraz A, C i D.

Badania wskazują, że w przypadku witamin z grupy B (zwłaszcza B9 – kwasu foliowego i B12 - kobalaminy) poziom w normie u matki zmniejsza ryzyko autyzmu u dziecka (Gao, Sheng, Xie i inni., 2016) (Liu, Zou, Sun i inni., 2022), jednakże zarówno zbyt wysoki, jak i zbyt niski poziom je zwiększa. (Raghavan, Riley, Volk i inni., 2018). Prowadzone są również badania nad innymi witaminami (m.in. A, D i C), które wskazują, że niedobory mogą być związane z większym ryzykiem autyzmu u dziecka, a suplementacja może to ryzyko zmniejszać (Levine, Kodesh, Viktorin i inni., 2018), (Siddiqui, Siddiqui, Siddiqui i inni, 2024), (Rooij, Mou, White i inni, 2025).

2. ROZDZIAŁ II Diagnozowanie autyzmu

2.1. Proces diagnozy

Diagnostyka spektrum autyzmu/ Zespołu Aspergera jest wieloetapowym procesem, który powinien obejmować (Wołyniak, brak daty) (Polski Autyzm, Diagnoza autyzmu, 2020) (National Autistic Society, What happens during an autism assessment, 2025):

- Wywiad z pacjentem, podczas którego psycholog zapoznaje się z trudnościami pacjenta i weryfikuje ich źródło. Wywiad może być standaryzowany i ustrukturalizowany²⁶.
- Obserwację – „złotym standardem” w Polsce nazywany jest obecnie test ADOS-2.
- Wywiad z osobą bliską (np. partnerem lub rodzicami, jeżeli to możliwe), którego celem jest potwierdzenie lub zaprzeczenie objawom we wczesnych latach życia / obecnie. Powinna to być osoba, która zna pacjenta i może go obserwować w różnych środowiskach (praca, dom, relacje przyjacielskie, hobby itp.)
- Testy – nie wymagane (brak testów klinicznych), ale często stosowane. W Polsce najpopularniejszy jest test przesiewowy AQ, używa się również Aspie Quiz²⁷. Czasami na potrzeby diagnostyki różnicowej wykonuje się test MMPI-2 lub inne (np. kwestionariusz depresji Becka, STAI).
- Konsultację psychiatry, który przeprowadza diagnostykę różnicową, uwzględniając m.in. potencjalne zaburzenia osobowości narosłe na bazie neuroatypowego funkcjonowania i wydaje diagnozę nozologiczną – orzeczenie. Ze względu na wieloaspektowość objawów, częste maskowanie ich (zwłaszcza u dorosłych), współwystępowanie zaburzeń lub ich podobne objawy diagnoza jest konsultowana w ramach zespołu specjalistów (psychiatry, psychologa). Niekiedy może być konieczna również konsultacja neurologiczna, a w przypadku dzieci - również pedagogiczna i neurologopedyczna.

2.2. Diagnoza nozologiczna

DSM I, DSM II – pierwsza diagnoza: schizofrenia typu dziecięcego

W pierwszych wydaniach DSM (DSM I i II) autyzm nie występował jako odrębna jednostka diagnostyczna. W DSM I był łączony ze schizofrenią typu dziecięcego

²⁶ Szerzej o wywiadach do diagnostyki autyzmu poniżej.

²⁷ Szerzej w podrozdziale poświęconym testom.

(*Schizophrenic reaction, childhood type*) i kodowany jako 000-x28. W opisie można przeczytać m.in.: „*Reakcje psychotyczne u dzieci, objawiające się przede wszystkim autyzmem, zostaną tutaj sklasyfikowane*” (DSM I, 1952, s. 28). Podobnie było w DSM II (z 1968 roku), gdzie zaburzenie to odwoływało się jednoznacznie do kryteriów z DSM I²⁸. Definiowano je jako: „*autystyczne, nietypowe i wycofane zachowanie; brak możliwości rozwinięcia tożsamości odrębnej od matki; ogólne nierówności, rażąca niedojrzałość i nieadekwatność rozwoju* (DSM-II, 1968, s. 35)”. W DSM II zwrócono jednak uwagę, że „*dziecięca schizofrenia*” (a więc autystyczne zachowania) mogą być przyczyną upośledzenia umysłowego, które należało diagnozować osobno.

DSM III – całościowe zaburzenie neurorozwojowe; ICD-9 – inne psychozy

Dopiero w 1980 roku autyzm został wydzielony jako osobna jednostka diagnostyczna. DSM III definiował autyzm dziecięcy (*infantile autism* – kod 299.0x) wskazując sześć kryteriów, które muszą zostać spełnione: „*Do podstawowych cech należą: brak reakcji na otoczenie (autyzm), poważne upośledzenie umiejętności komunikacyjnych oraz nietypowe reakcje na różne aspekty otoczenia, rozwijające się w ciągu pierwszych 30 miesięcy życia. Autyzm niemowlęcy może być związany ze znanymi schorzeniami organicznymi, takimi jak różyczka matczyzna lub fenyloketonuria.*” (APA, DSM - III, 1980, s. 87). Do zdiagnozowania konieczny był również brak halucynacji i urojeń. W DSM III pojawił się również *autyzm atypowy* (diagnozowany u osób, które nie spełniały wszystkich wymaganych kryteriów autyzmu dziecięcego) i *rezydualny* (dla osób, które wcześniej spełniały kryteria, a po zmianie DSM przestały je spełniać) (APA, DSM - III, 1980, s. 90) (Rybka, 2014, s. 19).

Problematyczna w tej definicji autyzmu była konieczność spełnienia wszystkich kryteriów (brak elastyczności w diagnostyce). Brakowało także ujęcia rozwojowego, które opisywałoby objawy autyzmu na przestrzeni życia: o ile autyści, jako dzieci, spełniali kryteria, o tyle w miarę dorastania często przestawali je spełniać (Rosen, Lord i Volkmar, 2021, s. 4255). Konieczne stało się wprowadzenie zmian, które pojawiły się już w wersji zrewidowanej DSM III – R (1987).

W DSM III - R zmieniono nazwę z *autyzm dziecięcy* na *zaburzenie autystyczne* (Univeristy of Oregon, 2025), opisując je konkretnym zestawem 16 kryteriów, podzielonych na 3 kategorie: zaburzenia interakcji społecznych, zaburzenia komunikacji oraz ograniczone zainteresowania i/lub opór przed zmianą. Uzyskanie diagnozy wymagało spełnienia 8 z nich,

²⁸ „*Jest to odpowiednik ‘Reakcji schizofrenicznej typu dziecięcego’ w DSM-I*”- DSM II, s. 35.

w tym dwóch z obszaru społecznego i po jednym z pozostałych dwóch obszarów (Rosen, Lord i Volkmar, 2021, s. 4255-4256) (Univeristy of Oregon, 2025). Z DSM III – R znikła kategoria *autyzmu rezydualnego i atypowego*, a zamiast nich powstała bardzo szeroka kategoria *całościowego zaburzenia rozwoju nieokreślonego inaczej*.

W ICD-9 podejście do autyzmu się nie zmieniło. *Zaburzenie autystyczne, obecne lub w fazie aktywnej* było klasyfikowane w grupie psychoz (kod 299.00), w kategorii „inne psychozy” (AAPC, 2025). Zmiana nastąpi dopiero w kolejnym wydaniu ICD i pociągnie za sobą zmiany również w DSM.

DSM IV, ICD 10 - zawężenie kryteriów diagnostycznych: zaburzenie autystyczne (ASD) i Zespół Aspergera (ZA)

Od lat 90' XX wieku datuje się zmianę postrzegania autyzmu. Po pierwszych symptomach zmian z DSM III – R, czwarte wydane DSM (1994 r.) wprowadzało konkretne kategorie i opisy autyzmu oparte o publikacje Lorny Wing i Judith Gould. Prace nad kategoriami diagnostycznymi DSM IV były prowadzone wspólnie z grupami roboczymi pracującymi nad ICD-10. Celem było ujednolicenie standardów diagnostycznych (Rosen, Lord i Volkmar, 2021, s. 4256), jak również z konieczność rozbicia zbyt szerokiej kategorii *całościowego zaburzenia rozwoju* z DSM III – R i zwiększenie elastyczności w diagnozowaniu.

W DSM IV oprócz *zaburzenia autystycznego* wprowadzono dodatkowe kategorie zaburzeń: *Zespół Retta*, *Zespół Aspergera*, *całościowe zaburzenie rozwoju, nieokreślone inaczej (PPD-NOS)* i *dziecięce zaburzenie dezintegracyjne* (Univeristy of Oregon, 2025).

By otrzymać diagnozę *zaburzenia autystycznego* na podstawie DSM IV (kod 299.00) konieczne było spełnienie sześciu lub więcej kryteriów ze wszystkich trzech obszarów; przynajmniej dwa z zakresu interakcji społecznych i po jednym z pozostałych dwóch.

1. Problemy w zakresie kontaktów społecznych obejmowały problemy w zakresie interakcji społecznych, przejawiające się m.in. upośledzeniem w rozumieniu zachowań niewerbalnych, nieumiejętnością budowania relacji, adekwatnych do stopnia rozwoju, brakiem spontanicznego dzielenia się emocjami lub brakiem wzajemności społecznej / emocjonalnej.

2. W zakresie komunikacji charakterystycznymi dla autyzmu było opóźnienie w rozwoju języka mówionego, trudności z inicjowaniem rozmowy, stereotypowe korzystanie z języka oraz brak spontanicznej zabawy w udawanie.
3. W trzeciej kategorii (stereotypie) wymieniano zaabsorbowanie ograniczoną grupą zainteresowań, powtarzalne zachowania i rytuały (pozornie nieelastyczne), powtarzalne zachowania motoryczne (tzw. stimowanie²⁹) oraz silną koncentrację na częściach przedmiotów.

Zachowania te powinny wystąpić przed 3. rokiem życia i nie mogły być wytłumaczone lepiej inną jednostką diagnostyczną, np. zespołem Retta.

W DSM IV pojawił się również *Zespół Aspergera* (kod 299.80), określany często jako autyzm wysokofunkcjonujący. Uzyskanie diagnozy wymagało spełnienia 6 kryteriów:

1. Jakościowe upośledzenie relacji społecznych (analogicznie do autyzmu)
2. Ograniczone wzorce zachowań, aktywności i zainteresowań (analogicznie do autyzmu)
3. Zaburzenie musiało wpływać w sposób znaczący na funkcjonowanie codzienne, w ważnych obszarach życia
4. Rozwój mowy był prawidłowy (brak opóźnienia)
5. Rozwój poznawczy, nabywanie umiejętności i zachowań adaptacyjnych było prawidłowe (z wyłączeniem zachowań społecznych)
6. Objawów nie dało się opisać innymi jednostkami diagnostycznymi - całościowymi zaburzeniami rozwoju lub schizofrenią.

Całościowe zaburzenie rozwoju (PPD) i *całościowe zaburzenie rozwoju nieokreślone gdzieś indziej (PPD-NOS)* opisywało osoby, które nie spełniały wszystkich kryteriów opisanych powyżej zaburzeń. *Zespół Retta* i *dziecięce zaburzenie dezintegracyjne* diagnozowano, gdy dzieci rozwijały się prawidłowo, ale na pewnym etapie życia traciły uzyskane już umiejętności, przejawiając coraz więcej zachowań autystycznych (Univeristy of Oregon, 2025).

Bardzo podobny opis diagnostyczny można było znaleźć w ICD-10. Pod kodem F84.0 figurował *dziecięcy autyzm*, rozumiany jako całościowe zaburzenie rozwoju, charakteryzujące się:

²⁹ Jak zauważa A. Wojtkiewicz polskie tłumaczenie (stereotypie ruchowe) nie oddaje całej gamy stimów, ograniczając je do stimów ruchowych (Wojtkiewicz, 2024, s. 199-203).

- Nieprawidłowym rozwojem, ujawnianym przed końcem 3 r.ż.
- Psychopatologicznym funkcjonowaniem w 3 obszarach: interakcji społecznych, komunikacji i stereotypowych zachowań
- Dodatkowymi kryteriami były problemy towarzyszące, takie jak fobie, zaburzenia snu, zaburzenia odżywiania oraz agresja i napady złości.

W przypadku niespełnienia wszystkich trzech kryteriów lub późniejszego wystąpienia objawów diagnozowano *autyzm atypowy*. Dziewczynki, które traciły nabyte umiejętności mowy i poruszania, otrzymywały diagnozę *Zespołu Retta*.

Występowanie osobnej jednostki diagnostycznej jaką był *Zespół Aspergera* było w ICD-10 kwestionowane. Pod kodem F84.5 została umieszczona informacja: „*Zaburzenie o niepewnej wadze nozologicznej*” (WHO, ICD-10, 2019) i m.in. te właśnie wątpliwości sprawiły, że w kolejnym wydaniu to zaburzenie już się nie pojawia³⁰.

Zespół Aspergera charakteryzował się takimi samymi objawami co autyzm, lecz nie występowało zaburzenie ogólne rozwoju, jak również zaburzenia poznawcze i opóźniony rozwój językowy. Jednocześnie zauważano, że osoby z ZA są niezdarne, a ta niezdarność towarzyszy im przez całe życie, również w dorosłości (WHO, ICD-10, 2019).

Obecne w DSM IV i ICD-10 podkategorie diagnostyczne były krytykowane za nieprzystawanie do praktyki (Attwood, Zespół Aspergera, 2021, s. 54-55). Autyzm okazał się bardziej wieloraki, a nasilenie cech między grupami o podobnym profilu znacznie zróżnicowane, co powodowało trudność w postawieniu odpowiedniej diagnozy. Konieczne były kolejne zmiany.

DSM V, ICD-11 - obecne kryteria diagnostyczne: spektrum autyzmu

Krytyka rozbicia autyzmu na wiele kategorii w DSM IV i ICD 10 i coraz częściej pojawiające się określenie zaburzeń autystycznych jako spektrum sprawiło, że obecne spojrzenie diagnostyczne znacznie się różni od poprzednich. Zamiast kategorii o określonych granicach mamy do czynienia z pojęciem parasolowym: jednego zaburzenia, w wielu wymiarach, o różnym natężeniu cech (Rybka, 2014, s. 21). Na zmianę postrzegania autyzmu miało wpływ również środowisko autystów. Dopiero przy opracowaniu DSM-V uwzględniono

³⁰ Jego usunięcie mogło być również pokłosiem pojawiających się coraz częściej informacji o udziale Aspergera w nieetycznych, nazistowskich eksperymentach (National Autistic Society, 2023) (Tornwall, 2022, s. 40).

spojrzenie samych zainteresowanych, zapraszając do współpracy przy tworzeniu kryteriów Autistic Self Advocacy Network (Silberman, Autyzm, 2021, s. 450) (Kapp i Ne'eman, 2015).

Zarówno w DSM V jak i ICD-11³¹ nastąpiło odejście od triady autystycznej na rzecz diady. Zaburzenia komunikacyjne zostały połączone w jedną kategorię diagnostyczną z zaburzeniami funkcjonowania społecznego. Drugą kategorią pozostały ograniczone i powtarzalne zainteresowania (Rosen, Lord i Volkmar, 2021, s. 4257). Dodatkowo uznano, że zaburzenia nie muszą się pojawić przed 3. r.ż. – zastąpiono to zapisem o występowaniu we wczesnym dzieciństwie (PolskiAutyzm.pl, Klasyfikacje diagnostyczne DSM-V i ICD-10 – kryteria diagnostyczne autyzmu, 2015), z założeniem, że pełnia objawów może wystąpić znacznie później, np. w dorosłości (Gałęcki, Badanie stanu psychicznego, 2022, s. 51).

Zgodnie z ICD 11 *zaburzenie ze spektrum autyzmu* (6A02) diagnozuje się, gdy³²:

- Występują trwałe deficyty w zakresie komunikacji społecznej i interakcji społecznych
- Występują zachowania stereotypowe, powtarzalne, nieelastyczne, które mogą być nietypowe lub niezgodne z wiekiem i kontekstem społeczno-kulturowym
- Objawy są widoczne w dzieciństwie (najczęściej), ale mogą się ujawnić w pełni w późniejszych latach życia
- Deficyty powodują upośledzenie funkcjonowania w ważnych sferach życia i są obserwowane w różnych środowiskach
- Zachowany jest pełen zakres zdolności językowych i funkcji intelektualnych (WHO, ICD-11, 2025).

ICD-11 wymienia również podstawowe cechy i dodatkowe cechy kliniczne spektrum autyzmu – zob. więcej (WHO, 2025). Diagnozę uzupełnia się dodatkową informacją o rozwoju intelektualnym i upośledzeniu funkcjonowania języka (oba w trzystopniowej skali: od *brak / minimalne*, do *prawie całkowite / całkowite*). Co warto zauważyć, nowe kryteria są bardziej wrażliwe zarówno na aspekt kulturowy, jak i płciowy: ICD-11 wymienia różnice w funkcjonowaniu dziewczynek i chłopców, zauważając, że może istnieć luka diagnostyczna kobiet w przypadku łagodniejszych form spektrum (WHO, 2025).

W DSM V kryteria diagnostyczne spektrum są takie same jak w ICD-11. Różnica między obiema klasyfikacjami polega na odmiennym opisie różnic w obrębie tego terminu.

³¹ Z uwagi na brak oficjalnego dokumentu w języku polskim korzystam z wersji anglojęzycznej.

³² Na podstawie własnego tłumaczenia wersji anglojęzycznej.

DSM V wymienia zakres wsparcia potrzebny zdiagnozowanemu, jednak niezbyt precyzyjnie określa poziom nasilenia tych cech (Rosen, Lord i Volkmar, 2021, s. 4257)³³.

Z jednej strony rezygnacja z konkretnych przykładów zaburzeń na rzecz opisu natężenia wybranych objawów uelastyczyły podejście do autyzmu. Pozwala to m.in. stosować kryteria na każdym poziomie rozwoju, co ułatwia diagnozowanie osób dorosłych. Z drugiej strony, wykreślenie Zespołu Aspergera i połączenie wszystkich kategorii zaburzeń pod jednym terminem wywołało szeroką dyskusję nad precyzją granic diagnostycznych (University of Oregon, 2025). W jednej kategorii znalazły się osoby wysokofunkcjonujące, często o ponadprzeciętnej inteligencji i wysokich umiejętnościach komunikacyjnych oraz osoby nie potrafiące się komunikować, nie nawiązujące kontaktu ze światem zewnętrznym i wymagające stałej opieki. Znacznie utrudnia to dobranie odpowiedniej terapii i działań pomocowych.

Warto też zauważyć, że zmiana kryteriów może prowadzić do poszerzenia luki diagnostycznej. Wiele osób mających diagnozę ZA nie spełniłoby obecnych kryteriów diagnostycznych spektrum (m.in. Temple Grandin, będąca wzorcowym wręcz przykładem cech ZA) (Morison, 2016, s. 47). Dotyczy to zarówno wysokofunkcjonujących autystów (spadek diagnoz nawet o 2/3!) (Sturmey i Dalfen, 2014), jak i osób z innymi diagnozami, m.in. ASD i PDD-NOS (Kulage, Smaldone i Cohn, 2014). Problem ten starano się rozwiązać dodatkowym zapisem w DSM V. Znalazła się tam informacja, że osoby, które otrzymały diagnozę Zespołu Aspergera, PDD-NOS lub zaburzeń autystycznych na podstawie kryteriów DSM IV i DSM IV TR, również powinny otrzymać taką diagnozę w DSM V. Wyjątkiem są osoby z dużymi deficytami komunikacyjnymi, które DSM V kwalifikuje do ponownej diagnozy pod kątem (nowego) *zaburzenia komunikacji społecznej* (University of Oregon, 2019). Takiego zapisu nie ma jednak w ICD-11.

³³ Jak wskazuje Morrison, ta niejasność może wynikać z uwarunkowań politycznych – funkcjonowania systemu ubezpieczeń w USA (Morison, 2016, s. 42).

2.3. Najważniejsze problemy diagnozy nozologicznej

– Rozbieżności diagnostyczne

Obowiązujące w Polsce ICD-10 zupełnie inaczej definiuje autyzm niż wersja 11. Ponieważ wciąż brak oficjalnego tłumaczenia³⁴, do diagnozy wykorzystuje się wciąż „stare” kryteria, bazujące na zupełnie innym rozumieniu autyzmu. Stwarza to szereg problemów. Z jednej strony, osoby diagnozowane dostają diagnozę nieistniejącego już na świecie zaburzenia (np. *Zespołu Aspergera*); z drugiej, wymogi jakie trzeba spełnić, by ją otrzymać, są inne niż stosowane obecnie w państwach korzystających z DSM V, co utrudnia badania kliniczne czy wymianę informacji naukowych. Wprowadza to chaos do i tak już skomplikowanego i rozmytego pojęcia autyzmu. Jednocześnie brak nowych kryteriów diagnostycznych sprawia, że wielu specjalistów bazuje na nieaktualnej wiedzy czym jest autyzm, jak może się manifestować i jak go właściwie diagnozować. Efektem jest wiele błędnych diagnoz, korzystanie z niewłaściwych narzędzi³⁵ i luka diagnostyczna w niektórych grupach (dorosłych, kobiet, mniejszości etnicznych i kulturowych).

– Brak aktualnej wiedzy u specjalistów

Problemem jest również małe zainteresowania zagadnieniami neuroatypowości wśród specjalistów³⁶ i opieranie się na wiedzy nawet jeszcze ze studiów, gdy autyzm był uważany za chorobę i ograniczano jego występowanie do dzieci i chłopców. Opieranie się na „starych” definicjach, przekonaniach, mitach na temat autyzmu i sfalsyfikowanych teoriach nie tylko jest krzywdzące dla osób w spektrum, ale również uniemożliwia im otrzymanie odpowiedniego wsparcia i diagnozy (Lorne, 2025, s. 13-14) (Evans i Attwood, 2020, s. 225) (Bargiela, Steward i Mandy, 2016).

³⁴ Prace nad nim trwają – zgodnie z wytycznymi WHO powinny zakończyć się z początkiem 2026 roku, jednak wciąż brak oficjalnych informacji na ten temat (Ministerstwo Zdrowia, brak daty) – stan na listopad 2025.

³⁵ D. Price przytacza przykład swojego 20-letniego przyjaciela, którego diagnozowano przy użyciu testów dla dzieci – kazano mu np. układać klocki i wymyślać historyjki (Price, 2023, loc. 928). Zob. też podrozdział: *Brak uniwersalnych kryteriów diagnostycznych oraz Luka diagnostyczna* i rozdział III tej pracy: *Problemy diagnozy kobiet*.

³⁶ Tony Attwood wskazuje, że specjalista diagnozujący osoby dorosłe powinien przebadać wcześniej co najmniej 50 dorosłych z ASD/ZA i 50 kobiet z ASD/ZA by móc trafnie rozpoznać objawy (Evans i Attwood, 2020, s. 211).

– Trudności diagnostyki różnicowej

Z powyższych dwóch problemów wynika trzeci: brak odpowiedniej diagnozy różnicowej. Diagnoza różnicowa polega na odkryciu objawów patognomonicznych, które sprawiają, że dane zachowania można przypisać do danej kategorii diagnostycznej. W przypadku autyzmu te różnice dotyczą subtelnych szczegółów: motywacji, potrzeb, sposobów ich realizacji w zachowaniach, sensoryki. Niewystarczająca wiedza o autyzmie, jego źródłach, różnych sposobach manifestacji u różnych płci, maskowaniu i nasileniu objawów znacznie utrudnia ich dostrzeżenie, a tym samym i diagnostykę różnicową.

Osoby w spektrum często są błędnie diagnozowane jako pacjenci z zaburzeniami osobowości (najczęściej borderline, unikającej i narcystycznej), ChAD, schizofrenii lub są latami leczone z powodu depresji lub zaburzeń lękowych (Lorne, 2025, s. 13) (Evans i Attwood, 2020, s. 211, 220). W literaturze zwraca się uwagę, że wielu autystów z grup mniejszościowych (etnicznych, kobiet, dorosłych) otrzymuje diagnozę spektrum z opóźnieniem (lub wcale), a często jest ona poprzedzona częściową lub błędną diagnozą innego zaburzenia psychicznego³⁷.

– Zmiany kryteriów diagnostycznych – brak stabilnego obrazu autyzmu

Zmiana kryteriów diagnostycznych w kolejnych wydaniach DSM i ICD rodzi wiele problemów diagnostycznych. Z jednej strony, tworzy kolejne luki diagnostyczne³⁸; z drugiej utrudnia opisywanie i rozumienie samego autyzmu, którego obraz zmienia się co kilkanaście lat.

Zmiana nazewnictwa wpływa na problemy z budowaniem świadomości czym tak naprawdę jest autyzm. Edukacja społeczeństwa umożliwia zmniejszanie luki diagnostycznej: im większa świadomość jak wygląda dane zaburzenie, tym większa możliwość dostrzeżenia jego manifestacji u siebie lub u bliskich. Przez lata promowano pojęcie *Zespół Aspergera*, by w kolejnych odejść od niego i pisać jedynie o spektrum autyzmu³⁹. Dla wielu

³⁷ Szerzej o problemach błędnej diagnozy kobiet w rozdz. III tej pracy; o pozostałych grupach w podpunkcie luka diagnostyczna.

³⁸ Warto chociaż wspomnieć o tym, że w DSM IV otrzymanie diagnozy ADHD wykluczało jednoczesną diagnozę autyzmu, chociaż dzisiaj wiemy o częstym współwystępowaniu tych dwóch jednostek diagnostycznych. Szerzej o innych problemach luki diagnostycznej piszę w podrozdziale poświęconym DSM V i ICD 11.

³⁹ Nie wiadomo, czy to nie ulegnie zmianie. Niektórzy badacze sugerują, że Zespół Aspergera powinien zostać (Evans i Attwood, 2020, s. 219) i w kolejnej wersji DSM może powrócić (Morison, 2016, s. 47). Pojęcie spektrum jest bowiem zbyt szerokie, co utrudnia interwencję kliniczną i terapeutyczną.

osób ta zmiana może być niezrozumiała (diagnoza zniknęła? Pacjent jest zdrowy?). Dodatkowo, pojęcie „aspergera”, „aspie” nadal funkcjonuje w dyskursie społecznym. To rodzi dualizm, który utrudnia budowanie w świadomości społecznej obrazu autyzmu.

– Brak uniwersalnych kryteriów diagnostycznych – normy uwarunkowane płciowo

O braku zróżnicowania kryteriów diagnostycznych z uwagi na płeć mówi się szeroko, nie tylko w kategorii autyzmu. Wśród takich zaburzeń wymienia się także depresję⁴⁰ (Talarowska, Gromniak-Haniecka, Rawska i Gałęcki, 2018), zaburzenia afektywne dwubiegunowe, lękowe, zaburzenia osobowości i schizofrenię (Tereszko i Dudek, 2017) (Holmes, 2025). W połączeniu z normami kulturowymi i stereotypowymi zachowaniami funkcjonującymi w społeczeństwie, opisywane w DSM / ICD objawy mogą więc być zupełnie nieadekwatne do sposobu manifestowania się tego zaburzenia u płci przeciwnej.

Badania nad autyzmem były prowadzone głównie z udziałem dzieci płci męskiej. Siłą rzeczy zaproponowane w DSM czy ICD kryteria odzwierciedlają właśnie ten fenotyp autyzmu i jego prezentację. Kobiety i mniejszości kulturowe latami bywały pomijane w badaniach. Brakło więc jednoznacznych, sprawdzonych danych do stworzenia definicji i wytycznych dla diagnozy uniwersalnej, uwzględniającej inne płcie, pochodzenie etniczne, uwarunkowania kulturowe czy wiek.

Drugim problemem braku uniwersalności kryteriów diagnostycznych jest stereotypowe postrzeganie, że określone zaburzenia częściej występują w obrębie danej płci. Dyskusyjny jest fakt, czy faktycznie wybrana płeć jest obiektywnie bardziej podatna na konkretne zaburzenie, czy też lekarze częściej diagnozują je ze względu na stereotyp płciowy (Weiss i Massey, 2025) (Garb, 1997).

– Luka diagnostyczna – dorośli, kobiety, mniejszości

Zwiększająca się z roku na rok liczba diagnoz autyzmu jest spowodowana m.in. luką diagnostyczną. Do lekarza trafiają osoby dorosłe, których w czasach dziecięcych system

⁴⁰ W przypadku depresji jest odmiennie niż w przypadku spektrum autyzmu – to mężczyźni są niedodiagnozowani, ze względu na bardziej „kobiece” kryteria diagnostyczne.

"nie wychwycił", ponieważ (Polski Autyzm, Objawy autyzmu u dorosłych, 2024) (Lai i Baron-Cohen, 2015):

- Kryteria diagnostyczne były mało elastyczne; autyzm był chorobą dziecięcą i występował u chłopców. Dziewczynki nie miały szans na diagnozę, a chłopcy otrzymywali ją jedynie wtedy, kiedy zaburzenia były bardzo widoczne lub powiązane z niepełnosprawnością intelektualną (luka diagnostyczna z uwagi na wiek i płeć).
- Zmieniło się rozumienie autyzmu – z choroby, zaburzenia na rzecz stanu, innego modelu rozwojowego.
- Aż do DSM IV / ICD-10 nie istniał Zespół Aspergera – „łagodniejsze” oblicze autyzmu, stąd też pojawiające się w funkcjonowaniu społecznym problemy autystów przypisywano innym zaburzeniom (np. lękowym, zaburzeniom osobowości, fobiom) lub cechom charakteru (lenistwo, nieśmiałość).
- Brakowało wiedzy o autyzmie wśród specjalistów – było to stosunkowo „nowe” zaburzenie, o zmieniającym się cały czas obrazie nozologicznym. Brakowało również narzędzi do jego badania – powstawały one wraz z rozwijaniem się wiedzy o ASD.
- Wiedza społeczna o autyzmie była znacznie mniejsza niż obecnie, stąd też wielu rodziców nie miało świadomości, że powinni wykonać diagnostykę w tym kierunku.
- Nie prowadzono testów przesiewowych, które obecnie (np. w USA) są standardowo wykonywane wśród dzieci.

Oprócz czasu, do powstania luki diagnostycznej w spektrum autyzmu przyczyniają się również uwarunkowania płciowe i kulturowe. Badania i statystyki potwierdzają, że dziewczynki są diagnozowane później niż chłopcy (Kanner, 2023, s. 98-99; Begeer, Mandell, Wijnker-Holmes i inni, 2013), a kobietom trudniej uzyskać poprawną diagnozę (Price, 2023, loc. 928-945).

O właściwą diagnozę trudniej również osobom z mniejszości etnicznych (Gallin, Kolevzon, Reichenberg i inni., 2025). Afroamerykanie otrzymywali autyzm jako pierwszą diagnozę 2,6 raza rzadziej niż biali (Mandell, Ittenbach, Levy i Pinto-Martin, 2006). Diagnoza autyzmu była u nich opóźniona w stosunku do białych chłopców (Wilkins, 2025). Problem jest widoczny również w społecznościach latynoskich w USA, gdzie na opóźnienie diagnozy wpływa nie tylko utrudniony dostęp do opieki medycznej, ale również bariera językowa (Zuckerman, Mattox, Donelan i inni, 2013) (Montilla i Sanderson, 2025).

– Unikanie diagnozy (wstyd, stygmatyzacja) lub celowo błędna diagnoza

Trudności diagnostyczne w grupach mniejszościowych pogłębiają uwarunkowania kulturowe. W wielu kulturach zaburzenia psychiczne, niepełnosprawności, odmienność od ogółu są tematem tabu (zob. m.in. relacja jedyne (!) samorzecznika autystycznego w Pakistanie – Qazi Fazli Azeem’a (Attwood, Evans i Lesko, *My daliśmy radę, tobie też się uda!*, 2020, s. 287-288) i problemy autystów w krajach latynoskich (Chmielowicz, 2025)). Na problem stereotypizacji, niezrozumienia i odrzucenia wskazuje również powszechna wśród już zdiagnozowanych osób dyskusja czy ujawniać swoją diagnozę, czy nie. Wielu autystów opowiada się przeciwko, z uwagi właśnie na późniejszą stygmatyzację czy wykluczenie społeczne (zob. np. (Attwood, Evans i Lesko, *My daliśmy radę, tobie też się uda!*, 2020, s. 283-303).

Nawet w bardziej otwartych społeczeństwach, mamy do czynienia ze stygmatyzacją osób korzystających z usług psychiatry czy psychologa. Wzbranianie się przed diagnostyką psychiatryczną jest widoczne po obu stronach: wielu rodziców unika potwierdzenia autyzmu u dzieci, bo – w ich opinii – wstydem jest, że ich dziecko jest „nienormalne”, a diagnoza „naznaczy” je na całe życie; a niektórzy lekarze diagnozują łagodniejsze zaburzenia, by nie etykietować dziecka już na początku życia (Miller, 2025). Takie podejście spotykane jest również w przypadku osób dorosłych (Price, 2023, loc. 934).

– Koszty i dostępność diagnozy

Dużym problemem dla wielu osób jest dostępność diagnozy. Z jednej strony brakuje specjalistów zajmujących się spektrum autyzmu i ADHD u dorosłych / u kobiet; z drugiej – barierą jest czas oczekiwania na diagnozę i jej koszty.

Prywatna diagnostyka w Polsce to koszt od 1800 PLN wzwyż⁴¹, w zależności od liczby godzin spotkań, zakresu przeprowadzanych testów, konsultacji oraz wydawanych dokumentów (przynajmniej dwa spotkania z psychologiem, spotkanie z psychiatrą, konsultacja psychologa z osobą bliską diagnozowanego + spotkanie na wykonanie dodatkowych testów, np. MMPI-2). Niekiedy konieczne jest dostarczenie wyników badań krwi i dokumentacji medycznej,

⁴¹ Zob. np. (Luxmed, 2025).

co ma wykluczyć zaburzenia somatyczne, np. endokrynologiczne - to kolejne koszty (Sensusmed, 2025). Opłata za badania w innych krajach może być jeszcze wyższa⁴².

Diagnoza w ramach NFZ jest możliwa⁴³, ale dostęp do niej jest utrudniony w wielu województwach⁴⁴ i często jest możliwa jedynie w największych ośrodkach miejskich⁴⁵. Barię, bez względu na odpłatność diagnozy, jest także czas oczekiwania na badania. Prywatnie jest to zazwyczaj miesiąc- kilka miesięcy.

2.4. Diagnoza funkcjonalna – zarys problemów

W ocenie spektrum autyzmu (uważanego przez wielu za niepełnosprawność społeczną) warto przyrzeć się również funkcjonowaniu autystów w społeczeństwie⁴⁶. To właśnie na styku wymagań, zasad, reguł i stereotypów społecznych pojawia się najwięcej problemów.

– Dzieciństwo i rozwój

Trudności w funkcjonowaniu społecznym (według zasad ustalonych przez osoby neurotypowe) przejawiają się od najmłodszych lat życia.

W szkole wielu autystów spotyka się z prześladowaniami – są „inni”, inaczej się zachowują i interesują się innymi rzeczami (Grandin i Barron, Niepisane reguły relacji międzyludzkich, 2018, s. 97-98). Nie rozumieją intuicyjnych reguł relacji międzyludzkich, a ich naiwność i łatwowierność często jest wykorzystywana przez kolegów. Konkretnie zainteresowania sprawiają, że poziom nauki bywa niedopasowany do ich wiedzy. Nieprzystosowanie placówek do wymogów sensorycznych (jasne światła, hałas, dzwonek szkolny) powodują, że szkoła powoduje przebodźcowanie i załamania (meltdowny, shutdown,

⁴² W USA wiele programów ubezpieczeń nie obejmuje tego typu diagnozy, więc trzeba za nią zapłacić. Koszt: 1200-5000 \$ (Price, 2023, loc. 921).

⁴³ Autorka zapytała o terminy i możliwość diagnozy w ramach NFZ dla osoby dorosłej w jednym z wymienionych na liście NFZ ośrodków w Krakowie i otrzymała informację, że osoby dorosłe są diagnozowane tylko ramach usług odpłatnych (e-mail z 26.11.2025).

⁴⁴ W siedmiu województwach są tylko 2-3 jednostki, które w 2025 r. miały podpisaną umowę z NFZ na diagnostykę w kierunku spektrum, w woj. śląskim i opolskim nie ma żadnej (!), w kujawsko-pomorskim i zachodniopomorskim jest jedna. Dane na podstawie informatora NFZ o zawartych umowach (NFZ, 2025).

⁴⁵ Przykładowo – w Małopolsce: Kraków (teoretycznie tak, praktycznie – nie) i Tarnów, w woj. świętokrzyskim – jedynie Kielce, w woj. pomorskim – Gdańsk i Słupsk (NFZ, 2025). Cieszy, że w niektórych województwach jest to bardziej zrównoważone.

⁴⁶ Autorka zdaje sobie sprawę, że diagnozę funkcjonalną powinno się przygotowywać dla konkretnej osoby, w oparciu o wywiad, obserwację i testy psychologiczne i że w przypadku tak zróżnicowanej grupy jak autyści jest ona trudna. Niniejszy rozdział jest próbą nakreślenia problemów, z którymi autyści zmagają się na co dzień; które sprawiają, że autyzm pokazuje wszystkie swoje słabe strony. Jest to niezbędne do holistycznego spojrzenia na problemy autystów w społeczeństwie, jak również przydatne do trafnego przekładu testu GQ-ASC (Adult Women Scale). Opisane w analizie cechy, problemy, wyzwania mogą występować z różnym natężeniem u różnych osób, jednak podziela je duża część autystów, również tych wysokofunkcjonujących, którzy wydają się „radzić sobie” z codziennymi obowiązkami.

burnout) (Hendrickx, 2018, s. 126) (Grandin i Barron, Niepisane reguły relacji międzyludzkich, 2018, s. 49). Zachowania te są uznawane za niepożądane, a dzieci często są określane jako niewychowane, niegrzeczne lub aroganckie⁴⁷. Wielu nauczycieli nie ma wystarczającej wiedzy o funkcjonowaniu osób w spektrum, co pogłębia izolację autystów już od najmłodszych lat i negatywnie wpływa na ich stan emocjonalny. Otrzymywana pomoc również może nie być adekwatna do potrzeb. Jak zauważa Joanna Ławicka⁴⁸: „*Dziecko z autyzmem jest bezradne, ponieważ w dużej mierze jest kształtowane przez społeczeństwo po to, żeby jak najmniej od niego odstawało. (...) jeżeli zdarza mu się tupnąć [nogą], to ląduje u terapeuty z hasłem: 'zachowania trudne'* (Szubrycht, Autyzm. Bliski daleki świat, 2022, s. 176)”.

Osoby autystyczne są również grupą szczególnie narażoną na przemoc rówieśniczą⁴⁹. W Ogólnopolskim Spisie Autyzmu z 2016 roku wskazano, że nękania w szkole doświadczą 90 % (!) autystów, w większości osoby wysokofunkcjonujące (Chimicz, Podatność wiktymizacyjna osób z autyzmem, 2020), a multiofiarą⁵⁰ jest od 1,8 % - 23,1 % (Chimicz, Multiwiktymizacja w doświadczeniu osób z autyzmem - charakterystyka zjawiska, jego formy i skutki, 2020, s. 303). Niezrozumienie i odrzucenie odbijają się na samoocenie, która u autystów jest silnie obniżona (Cruisen i Boyer, 2020). To nie tylko efekt szkolnych doświadczeń przemocowych, ale również problemów z nawiązywaniem bliskich relacji, stygmatyzacji, stereotypów, krytyki, niezrozumienia i codziennych wyzwań związanych z funkcjonowaniem psychicznym i sensorycznym (ASERT, 2025) (Lorne, 2025, s. 31). Nieneurotypowi, już od najmłodszych lat, uciekają w swoje zainteresowania, świat fantastyczny (gry komputerowe, książki), unikając kontaktów społecznych, co jeszcze bardziej pogłębia ich izolację.

Tym, na co wskazuje wielu autystów, jest wszechobecny lęk, odczuwany właściwie już od wczesnego dzieciństwa, przez całe życie. Sean Barron wspomina: „*Urodziłem się z poczuciem uporczywego lęku, który nigdy nie słabł. Większość czasu w dzieciństwie poświęcałem na wymyślanie sposobów zmniejszenia nieustającego przerażenia, skoro nie dało się go całkowicie pozbyć*” (Grandin i Barron, Niepisane reguły relacji międzyludzkich, 2018,

⁴⁷ Zob. np. wstrząsająca książka Jacka Hołuba „Niegrzeczne” (Hołub, 2020).

⁴⁸ Dr nauk społecznych, współtwórczyni Fundacji Prodeste.

⁴⁹ Opisy bullyingu, jakiego doświadczały w młodości osoby w spektrum można znaleźć m.in. we wspomnieniach: Moniki Szubrycht (Szubrycht, Autyzm. Bliski daleki świat, 2022); Dawn Prince-Hughes (Prince-Hughes, 2019), Rudy Simone (Simone, 2021), Cynthii Kim (Kim, Nieśmiali, skryci i społecznie niedopasowani, 2018), Jen Elcheson (Cook i Michelle, Spectrum women, 2018), Temple Grandin (Grandin i Barron, Niepisane reguły relacji międzyludzkich, 2018) i wielu innych. Niektóre wspomnienia są szokujące, jak zawieszanie na szyi obraźliwych tabliczek, czy splukiwanie głowy w toalecie.

⁵⁰ Ofiarami multiwiktymizacji, czyli doświadczania wielu form krzywdzenia jednocześnie.

s. 97)”. Lęk ten wynika ze sposobu, w jaki osoby autystyczne doświadczają świata (Lorne, 2025, str. 24) i uwarunkowań biologicznych (nawet w stanie zrelaksowania poziom kortyzolu i adrenaliny jest u autystów wyższy niż u osób neurotypowych (Nason, 2020, s. 89)).

Funkcjonowanie w tak nieprzyjaznym autystom świecie jest niesamowicie obciążające, co znajduje odbicie w statystykach suicydalnych. 36,2% (!) dzieci z ASD w wieku 8 lat lub mniej chce umrzeć, a 18,1% zaczęło planować samobójstwo (Kennedy Krieger Institute, 2024).

– Dorosłość

O ile w czasie dzieciństwa i dojrzewania autystyczne dzieci mogą liczyć na wsparcie (m.in. nauczyciela wspomagającego, TUS-y, pomoc psychologiczną i psychoterapeutyczną, szkoły specjalne, opiekę dorosłych), o tyle - po wejściu w dorosłość - osoby w spektrum są pozostawione same sobie. A przecież problemy autystyczne z dzieciństwa nie mijają w dorosłości – z autyzmu się nie wyrasta.

W dorosłości pojawiają się zwykłe wyzwania związane z dojrzałym życiem, które w autyzmie często urastają do rangi poważnych trudności. Mowa m.in. o tworzeniu związków i wchodzeniu w romantyczne relacje, wychowywaniu dzieci, poszukiwaniu i utrzymaniu pracy, utrzymaniu się, zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. Wielu dorosłych autystów (wg. badań z 2012 roku nawet 70 %) wymaga wsparcia w codziennym życiu (Pawlik, 2020, s. 359), jednak niewielu otrzymuje taką pomoc, jakiej potrzebuje.

W toku życia duża część dorosłych w spektrum rozwija wysokie kompetencje społeczne i komunikacyjne. Dzięki doświadczeniu, obserwacji, maskowaniu i naśladowaniu innych funkcjonują w społeczeństwie, narzucając sobie wysokie standardy. *„Przyzwyczailam się do braku taryfy ulgowej wobec siebie. Tresowałam się, kontrolowałam, zrzucałam winę na zły charakter i osobowość. Podejrzewałam się o chorobę psychiczną (Szubrycht, Autyzm. Bliski daleki świat, 2022, s. 155)”* – pisze Agnieszka, która otrzymała diagnozę po 30. r.ż. Narzucone sobie wymagania pozwalają jakoś działać na co dzień, ale stres, lęk, zaprzeczanie sobie i ciągłe przekraczanie granic szybko przekłada się na problemy emocjonalne. Warto też pamiętać,

że autyści niosą ze sobą bagaż traum z czasów dzieciństwa⁵¹ oraz choroby współistniejące, co dodatkowo obciąża ich zdrowie psychiczne i somatyczne.

Dorośli autyści są znacznie bardziej narażeni na uzależnienia, chociaż przyczyny sięgania po substancje psychoaktywne / uzależnień behawioralnych mogą być inne niż u neurotypowych: to m.in. brak odpowiedniego wsparcia, regulacja emocji, „leczenie” lęków, ucieczka przed neurotypowym światem (National Autistic Society, Addiction, 2025) (Autism Awareness Australia, 2024) (Attwood i Garnett, Autism and Substance Addiction, 2024). Są także grupą z wysokim poziomem zagrożenia samobójstwem: 66 % ma myśli samobójcze, a 35 % usiłowało się zabić (Szubrycht, Autyzm. Bliski daleki świat, 2022, s. 138).

Autystyczne postrzeganie świata i łatwowierność sprawiają, że dorosłe osoby w spektrum stale są narażone na różne formy przemocy i wykorzystywania. W dorosłości dochodzi do tego przemoc seksualna, zwłaszcza wobec autystycznych kobiet, które są jej ofiarami nawet 2-3 razy częściej niż kobiety neurotypowe (Cazalis, Reyes, Leduc i Gourion, 2022). Niebinarna tożsamość⁵² i przynależność do środowisk LGBTQ+ zwiększają prawdopodobieństwo doświadczania przemocy i stresu mniejszościowego.

Osoby dorosłe w spektrum autyzmu to jedna z najbardziej zaniedbanych grup diagnostycznych i terapeutycznych, co sprawia, że wiele z nich nie dostaje szansy na zrozumienie skąd biorą się ich trudności, otrzymując błędne diagnozy lub nie otrzymując ich wcale⁵³. Właściwie uniemożliwia to dotarcie do przyczyn trudności, uniemożliwiając tym samym dostosowanie swojego życia do rzeczywistych potrzeb i uwarunkowań neurobiologicznych.

– Zdrowie psychiczne

Do zaburzeń najczęściej współistniejących ze spektrum zaburzeń zaliczają się:

- Zaburzenia lękowe: nawet do 84 % (Hinze, Attwood i Garnett, 2024); w badaniach autorki (dorośle kobiety ze spektrum) - 69 %⁵⁴
- Zaburzenia depresyjne: między ok. 40 % (Pezzimenti, Han, Vasa i Gotham, 2019), a 76 % (Evans i Attwood, 2020, str. 26); w badaniach autorki – 79 %

⁵¹ Jak zauważa R. E. Lorne, traumy mogą powstać nie tylko w skutek jednego, spektakularnego wydarzenia, ale także wielu powtarzalnych, mniejszych krzywd wyrządzanych ciągle (Lorne, 2025, s. 32).

⁵² Badania pokazują, że wśród autystów jest nawet 3-6 razy więcej osób niebinarnych niż w neurotypowej populacji (Warrier, Greenberg, Weir i Buckingham, 2020).

⁵³ Zob. więcej w podrozdziale Najważniejsze problemy diagnozy nozologicznej.

⁵⁴ Szczegółowe informacje o grupie badawczej i analizie w rozdziale IV.

- ADHD: różne badania: 39 % (Rong, Yang, Jin i Wang, 2021); 30-80 % (Fundacja Synapsis, AuDHD, brak daty); 50-70 % (Hours, Recasens i Baleyte, 2022); w badaniach autorki – 70 %
- Zaburzenia osobowości: 48-62 % (Rader i Brett, 2025); w badaniach autorki 10 %
- Zaburzenia snu: różne badania: 32 – 71 % (Deliens, Leproult, Schmitz, Destrebecqz i Peigneux, 2015), 50- 80 % (Harvard Medical School, Sleep Problems, 2023)
- Zaburzenia odżywiania: 4 – 23 % (National Autistic Society, Eating disorders, 2025); w badaniach autorki 14 %.

Zaburzenia lękowe wykształcają się często w zderzeniu z neurotypową, niezrozumiałą rzeczywistością, w której autysta jest zmuszony funkcjonować. Na ich rozwój mogą wpływać również trudności z otrzymaniem wsparcia społecznego (pomocy), przebudźcowanie, presja, niezrozumienie reguł interakcji, stres, konieczność przekraczania swoich granic i różne formy odrzucenia (Purkis, Goodall i Nugent, 2016, s. 44-45).

Depresja (lub tzw. podwójna depresja⁵⁵) jest efektem konieczności życia w świecie pełnym drażniących bodźców, nielogicznym i zaskakującym, co może prowadzić do uczucia zagubienia i utraty motywacji do działania. Brak akceptacji, brak kontaktów społecznych, poczucie odrzucenia, braku zrozumienia przez innych, a niekiedy doświadczenia przemocy ze strony osób neurotypowych często powoduje wszechogarniające poczucie samotności i smutku (Ee i inni, 2019).

ADHD i ASD mają wspólną podstawę – neuroróżnorodność – i stosunkowo często współwystępują⁵⁶, jednak ADHD u autystów bywa niezdiagnozowane⁵⁷. Luka diagnostyczna wynika m.in. z nakładania się objawów, stereotypów, stygmatyzacji, maskowania, różnic płciowych, etnicznych, kulturowych i dostępności do diagnozy (WaitingWell, 2025) (Neff, Is it ADHD or Autism? (Or Both), 2022). ADHD w połączeniu z autyzmem jest dodatkowym utrudnieniem. Do cech autystycznych dochodzi poszukiwanie nowych bodźców, gonitwa myśli, problemy z koncentracją, pamięcią i funkcjami wykonawczymi. Powszechny

⁵⁵ Dystymia z epizodami depresji.

⁵⁶ Nazywane są *siostrzanymi zaburzeniami* (Price, 2023, loc. 1520). Podwójna diagnoza potocznie określana jest jako AuDHD. W dyskursie pojawiają się zarówno twierdzenia, że AuDHD powinno być odrębną jednostką diagnostyczną, jak i przypisywanie objawów obu diagnoz do szerokiego spektrum neuroróżnorodności (Sadiq, 2025, s. 159-164).

⁵⁷ Co warte zauważania, DSM IV wykluczało możliwość postawienia diagnozy ADHD w przypadku diagnozowania autyzmu (Malwane, Nguyen, Trejo, Kim i Cucalón-Calderón, 2022).

w autyzmie stres wpływa negatywnie na objawy ADHD - nasila je, a nasilone objawy ADHD powodują wzrost trudności w autystycznym funkcjonowaniu (Józwiak i Tarnowska-Ciosek, 2024, str. 95).

Zaburzenia osobowości. Na bazie autystycznych cech i trudności mogą się wykształcić zaburzenia osobowości. Do najczęściej spotykanych należą zaburzenia z wiązki B: osobowość borderline⁵⁸ (jako efekt nadużyć, przemocy i traumy w dzieciństwie), narcystyczna (jako sposób radzenia sobie z odrzuceniem) lub z wiązki C: osobowość unikająca lub obsesyjno – kompulsyjna (Morison, 2016, s. 601 i nast). Niekiedy zaburzenia osobowości są naddiagnostowane, bez uwzględnienia diagnostyki różnicowej ze spektrum autyzmu (Durham University, 2022).

Zaburzenia snu. Najczęściej spotykanymi problemami związanymi ze snem są problemy z zaśnięciem, wybudzenia w trakcie snu, zespół niespokojnych nóg, niespokojny sen i zaburzenia rytmu dobowego (Summer, 2025). Na jakość snu mogą nakładać się problemy związane z innymi zaburzeniami (np. lękami, depresją, padaczką) oraz trudności związane z adaptacją do zmian i problemami sensorycznymi (Harvard Medical School, Sleep Problems, 2023).

Wybiórczość pokarmowa, nadwrażliwość sensoryczna, przyzwyczajenie do rutyny i schematów odżywiania, wysoki poziom stresu społecznego, odmienna mikrobiota jelitowa mogą wpływać na wykształcenie się zaburzeń odżywiania m.in. anoreksji, bulimii, ARFID⁵⁹ (Teclaw, 2024) (Emich-Widera, Palicka, Przybyła i Kazeł, 2025, s. 417-418) (Evans i Attwood, 2020, s. 118). Autyści częściej niż osoby neurotypowe cierpią na problemy gastryczne (np. zaparcia, biegunki, refluks), alergie pokarmowe oraz bóle brzucha (Harvard Medical School, Common Conditions, 2025). W literaturze pojawiają się również sugestie, że anoreksja jest jednym ze sposobów manifestowania się autyzmu u kobiet (szacuje się, że nawet 23% osób cierpiących na anoreksję ma również ASD) (Szalavitz, 2016).

W autyzmie mogą pojawiać się inne zaburzenia współwystępujące, m.in. neurorozwojowe (np. Zespół Downa), schizofrenia, choroba dwubiegunowa

⁵⁸ W literaturze bywa również kwestionowane stosowanie niektórych diagnoz (borderline), jako nieadekwatnych, stygmatyzujących i niewłaściwie stosowanych (Józwiak, Rozpoznanie zaburzenia osobowości typu borderline nie powinno już być stosowane w medycynie, 2023). Pojawiają się również sugestie wiążące ADHD z borderline: jako zaburzenia o wspólnych podstawach genetycznych / środowiskowych lub etap rozwoju zaburzenia (ADHD jako wczesny etap borderline) (Storebø i Simonsen, 2014).

⁵⁹ Unikanie/restrykcyjne zaburzenie przyjmowania jedzenia.

oraz zaburzenia przetwarzania słuchowego, migreny i padaczka (AutismSpeaks, 2025) (Harvard Medical School, Common Conditions, 2025).

– Funkcjonowanie poznawcze

Ze względu na szerokie spektrum zaburzeń autystycznych trudno jednoznacznie opisać funkcjonowanie poznawcze autystów. Pakiet umiejętności kognitywnych różni się w zależności od osoby, a umiejętności mogą być rozłożone na całym spektrum w dowolny sposób.

Badania wskazują, że autyści mogą mieć bardzo dobrą pamięć, wręcz encyklopedyczną, w dziedzinie, która ich interesuje (Baron-Cohen, Poszukiwacze wzorów, 2021, loc. 2210-2238) (Tammet, Słowa są jak ptaki, które uczymy śpiewać, 2017, s. 17-18). Aleksytymia, braki w rozumieniu i odczytywaniu emocji sprawiają, że częściej bazują na racjonalnej analizie sytuacji, co może skutkować podejmowaniem właściwych decyzji w sytuacjach kryzysowych. Wielu autystów kieruje się logiką w swoim postępowaniu, co z jednej strony stwarza trudności (świat nie jest logiczny, relacje międzyludzkie tym bardziej), ale z drugiej zapewnia racjonalizm, kreatywność i umiejętność myślenia poza neurotypowym nurtem (*outside the box*). Badania wskazują również, że dzięki umiejętności niestandardowego myślenia o 40 % szybciej rozwiązują problemy niż osoby allistyczne (Embrace Autism, Autism Strengths, 2025). Jednocześnie może ich cechować sztywne myślenie, powielanie sprawdzonych już schematów i niechęć do szukania nowych rozwiązań.

Autyści mają również umiejętność silnej koncentracji uwagi na wybranych zadaniu lub dziedzinie (tzw. hiperfokus⁶⁰), ale jednocześnie umyka im obraz całości. Może to powodować trudności z przerzutnością uwagi i jej dzieleniem. Wielu nieneurotypowych ludzi postrzega świat obrazami (tzw. myślenie wizualne), co ułatwia im łączenie elementów, znajdowanie zależności, podobieństw i wzorców (Grandin, Piękne umysły, 2023, s. 16-17).

Wśród osób autystycznych częściej można spotkać sawantów niż w populacji ogólnej – szacuje się, że co dziesiąta osoba w spektrum ma umiejętności sawanta⁶¹ (Rudziński, Pożarowska, Brzuszkiewicz i Soroka, 2024, s. 682).

⁶⁰ Zob. też Teoria monotropizmu w rozdz. I tej pracy.

⁶¹ Niezwykłe umiejętności w wąskiej dziedzinie, przy niskich umiejętnościach w pozostałych. Najczęściej występuje w dziedzinie w sztuki, obliczeń kalendarzowych, muzyki, matematyki lub umiejętności wizualno-przestrzennych/mechanicznych. (Rudziński, Pożarowska, Brzuszkiewicz i Soroka, 2024, s. 682).

Wiele z tych umiejętności nie jest jednak wykorzystywanych, z uwagi na trudności społeczne i aleksytymię poznawczą (Silvertant, 2024). Problemy z odczytywaniem i rozumieniem emocji, przeciążenie pracą w grupie, niezrozumienie reguł funkcjonowania społecznego i prozopagnozja powodują, że autystom trudno znaleźć i utrzymać pracę, w której mogliby wykorzystywać swoje zdolności (Baron-Cohen, Poszukiwacze wzorów, 2021, loc. 2238-2271).

– Przetwarzanie sensoryczne

Autyzm często (u 83 % respondentów (Evans i Attwood, 2020, s. 26)) wiąże się również z ograniczeniami sensorycznymi, które dopełniają trudności życia codziennego. Nadwrażliwość na światło, ciepło, zapachy, rodzaje lub głośność dźwięku sprawia, że hałaśliwy, szybki, jasny i atakujący bodźcami z każdej strony świat neurotypowy staje się nie do zniesienia – zob. np. (Grandin i Panek, Mózg autystyczny, 2016, rozdz. 4). Czasami wystarcza jeden dźwięk, by doprowadzić do załamania – meltdownu (Motyl-Adamczyk, Nadwrażliwość sensoryczna - słuch, 2024). Wrażliwość sensoryczna może przejawiać się w odmowie noszenia określonego rodzaju ubrań, spożywania określonych pokarmów (lub łączenia różnych konsystencji pokarmu ze sobą), unikania zatłoczonych i głośnych miejsc, a także w unikaniu ludzi. Wrażliwość sensoryczna ma również drugie oblicze – niedowrażliwość. Wielu autystów poszukuje mocniejszych doznań, bo ma zaburzenia czucia głębokiego⁶² (Emich-Widera, Palicka, Przybyła i Kazek, 2025, s. 414).

Warto zwrócić uwagę, że o ile autysta może zastosować strategie kompensacyjne w wielu dziedzinach, które są dla niego trudne (np. nauczyć się wchodzić w stereotypowe role społeczne lub komunikować się w sposób zbliżony do neurotypowego, patrząc rozmówcy w oczy), o tyle problemów natury sensorycznej nie da się w żaden sposób skompensować. Można próbować ich unikać, jednak nie zawsze jest to możliwe.

Nadwrażliwość sensoryczna może być również mocną stroną. Autyści dostrzegają więcej szczegółów, z łatwością wyszukują wzorce, lepiej widzą nasycenie kolorów oraz wyłapują elementy nie pasujące do reszty (Engelbrecht, Heightened sensory perceptions, 2018) (Embrace Autism, Autism & tunnel vision, 2018). Mają także bardziej wyostrzoną percepcję słuchową na wysokie dźwięki, a niekiedy charakteryzują się słuchem absolutnym

⁶² Temple Grandin wymyśliła maszynę do przytulania, która zapewniała jej odpowiedni nacisk (zob. film biograficzny „Temple Grandin” z 2010 r.). Stosuje się również inne sposoby na zwiększenie docisku, m.in. koce i kamizelki obciążeniowe.

i umiejętnością rozróżniania częstotliwości dźwięków (Embrace Autism, Autism Strengths, 2025). Prawie trzy razy częściej niż neurotypowi (18,9 % wobec 7,22 %) są synestetami (Baron-Cohen, Johnson i Asher, Is synaesthesia more common in autism?, 2013) (Tammet, Urodziłem się pewnego błękitnego dnia, 2022).

– Emocje

Autyści mogą mieć problem z rozumieniem emocji innych ludzi, jak również z wglądem we własne stany emocjonalne. Trudnością jest dla nich nie tylko rozpoznawanie emocji, ale również ich kontrolowanie i wyrażanie (Attwood, Evans i Lesko, My daliśmy radę, tobie też się uda!, 2020, s. 238-240). Wiele emocji jest wyrażanych inaczej niż jest to przyjęte w neurotypowym świecie, stąd też krzywdzące oceny o braku empatii i uczuć. Problemy z regulacją emocjonalną mogą skutkować załamaniem, wybuchami, wycofaniem, agresją (również autoagresją) oraz narastającym lękiem i złością (Mazefsky, Herrington, Siegel i inni, 2013) (Restoy, Oriol-Escudé i Alonzo-Castillo, 2024).

Autyści regulują emocje m.in. przez powtarzalne zachowania (tzw. stimowanie⁶³), agresję, samookaleczenia, płacz, złość. Wszystkie te sposoby są nieakceptowane społecznie, co powoduje, że wielu autystów tłumi emocje w miejscach publicznych, by później uwolnić je w samotności. „*My odkładamy nasze emocje*” – pisze Debbie Denenburg – „*A potem, gdy skumulują się do nieznośnego poziomu, cierpimy w wyniku kryzysów*” (Attwood, Evans i Lesko, My daliśmy radę, tobie też się uda!, 2020, s. 229). Efektem takich działań są pogłębiające się problemy w funkcjonowaniu społecznym, narastające zaburzenia psychiczne, stres oraz niskie poczucie własnej wartości.

– Maskowanie

By uniknąć poczucia odmienności, odrzucenia i wszechobecných stereotypów autyści decydują się maskować – ukrywać swoje cechy autystyczne i dostosowywać się do społeczeństwa. Zachowują się w oczekiwany sposób, powtarzają wychwycone w filmach czy wcześniejszych rozmowach wzorce zachowań i schematy komunikacyjne. Tego typu działania przynoszą chwilowe korzyści, jednak długofalowo są znacznym obciążeniem dla autystycznego systemu nerwowego.

⁶³ Nie każde zachowanie – zwłaszcza u dorosłych – jest akceptowane społecznie, dlatego wielu autystów poszukuje akceptowalnych „zamienników”, takich jak np. bawienie się bransoletką, pierścieniem, włosami lub przedmiotami trzymanymi w rękach.

Z jednej strony, osoby autystyczne nie mogą być sobą – tracą swoją prawdziwą tożsamość, wcielając się w coraz to nowe, oczekiwane społecznie, role. Brak akceptacji dla prawdziwego ja, konieczność udawania kogoś innego, hamowania nieakceptowanych zachowań powodują poczucie odrzucenia, braku przynależności, niepokój i niskie poczucie własnej wartości. Wiele osób po uzyskaniu diagnozy zastanawia się nad swoją prawdziwą tożsamością, nie potrafiąc odróżnić co jest udawaniem, a co prawdą⁶⁴.

Z drugiej strony, ciągle udawanie kogoś innego pochłania olbrzymią część dostępnych zasobów poznawczych, co sprawia, że nie wystarcza ich na pozostałe dziedziny funkcjonowania. Odgrywanie oczekiwanej roli jest stresogenne i dyskomfortowe. Narastające napięcie, zmęczenie, przebodźcowanie prowadzą w końcu krótkofalowo do wypalenia – autystycznego załamania (meltdown), odcięcia się od świata rzeczywistego (shutdown) lub wypalenia autystycznego (burnout), a długofalowo do dalszych problemów psychicznych (m.in. depresji, lęków czy zaburzeń osobowości) i somatycznych.

– Meltdown, shutdown, burnout

Meltdown jest definiowany jako ekstremalna odpowiedź behawioralna i emocjonalna na stres i przebodźcowanie (Lipsky i Richards, 2009, s. 20). „*To tak, jakby naciągnąć gumę do momentu aż pęknie*” opisuje go C. Kim (Nieśmiali, skryci i społecznie niedopasowani, 2018, s. 197). Meltdown ma dwie manifestacje (Motyl-Adamczyk, Dwa rodzaje meltdownu – wewnętrzny i zewnętrzny, 2023) (James, 2017, s. 100).

1. Wewnętrzna przypomina nieco dysocjację lub katatonię. Osoba w meltdownie może nie reagować na bodźce, nie rozumieć co się do niej mówi i nie komunikować się (mutyzm wybiórczy). Sprawia wrażenie „zawieszona”, zamkniętej w sobie, wycofanej. Pojawiają się problemy poznawcze (uwaga, pamięć), z funkcjami wykonawczymi (decydowanie), trudności w podejmowaniu aktywności i realizacji obowiązków. Często towarzyszy mu poczucie zwiększonej wrażliwości sensorycznej (znacznie powyżej poziomu już nadwrażliwego układu) (Lipsky i Richards, 2009, s. 21-22) (Nason, 2020, s. 169-176).
2. Zewnętrzny meltdown jest wyrzuceniem emocji na zewnątrz. Autysta może krzyczeć, płakać, być agresywny, poruszać się gwałtownie, próbować uciekać, nie zwracać uwagi na otoczenie. Często nie reaguje na komunikaty, nie można nawiązać z nim kontaktu. Niekiedy pojawia się autoagresja – zamierzona lub przypadkowa (Lipsky

⁶⁴ Szerzej o maskowaniu w rozdz. III tej pracy.

i Richards, 2009, s. 25-26). Reakcja emocjonalna może mieć również odbicie w somatyce (dreszcze, ból, napięcie mięśni, uczucie paraliżu w gardle) (Kim, Nieśmiali, skryci i społecznie niedopasowani, 2018, s. 201).

Shutdown jest nieco „łagodniejszy” – to rodzaj odmowy utrzymywania kontaktu ze światem społecznym / zewnętrznym, ale bez mechanizmów dysocjacyjnych (Motyl-Adamczyk, Shutdown, 2022). Bardziej widoczny jest tu brak motywacji do podejmowania relacji społecznych, zobojętnienie, wycofanie z neurotypowego życia i jego obowiązków, zajęcie się swoimi pasjami lub senność i poczucie zmęczenia (Kim, Nieśmiali, skryci i społecznie niedopasowani, 2018, s. 194) (James, 2017, s. 164).

Burnout jest poczuciem wypalenia, braku nadziei i wydrenowania sił. *„Wypalenie autystyczne to stan fizycznego i psychicznego zmęczenia, zwiększonego stresu i zmniejszonej zdolności do radzenia sobie z umiejętnościami żywymi, bodźcami sensorycznymi i/lub interakcjami społecznymi, (...)”* (Raymaker, 2022). Mocno wpływa na codzienne funkcjonowanie: z jednej strony jest to wyczerpanie fizyczne i psychiczne, z drugiej problemy kognitywne, utrudniające działanie. Z zewnątrz często niezauważalny (osoba funkcjonuje automatycznie, rutynowo), ale wewnątrz często prowadzi do dysocjacji, niechęci do kontaktów ze światem zewnętrznym, poczucia braku nadziei, że cokolwiek może się zmienić. Może wyglądać jak depresja, jednak brak w nim utraty zainteresowania rzeczami oraz stałego uczucia smutku (Jones, 2025, s. 40-41) (Motyl-Adamczyk, Burnout, 2025).

Te stany mogą się pojawiać w następstwie nadmiaru bodźców / informacji, stresu, uczestnictwa w sytuacjach społecznych, nagłych zmian, frustracji, zmuszenia autysty do robienia rzeczy, których nie chce robić, próby spełniania wymagań społecznych (Nason, 2020, s. 180-186) (Jones, 2025, s. 41). Są także sposobem regulacji autystycznych emocji (Attwood, Evans i Lesko, My daliśmy radę, tobie też się uda!, 2020, s. 103-104). Warto zauważyć, że są one powszechne i ogromnie wyczerpujące dla i tak obciążonego systemu nerwowego, a dochodzenie do równowagi może trwać nawet wiele dni.

– Stres, przytłoczenie, ból, wyczerpanie

Problemem w codziennym funkcjonowaniu wielu autystów jest radzenie sobie ze stresem. Osoby nieneurotypowe doświadczają go w kontaktach społecznych (presja społeczna, maskowanie), przy konieczności opuszczenia bezpiecznego, autystycznego świata, naruszeniu rutyny, schematów lub przy nadmiarze bodźców sensorycznych (Reframing Autism, 2025). Stres z czasem przeradza się w stres przewlekły, wpływając na jakość życia,

stan zdrowia i sposoby radzenia sobie. Może pogłębiać istniejące problemy somatyczne i psychologiczne (np. nasilać lęk, indukować ataki paniki, zaostrzać problemy gastryczne i powodować kłopoty ze snem) (Herszen, 2016, s. 288). Autyści mogą doświadczać również stresu mniejszościowego, zwłaszcza w przypadku autystycznych osób niebinarnych (Botha i Frost, 2018).

Nieprzewidywalność świata, wysoki poziom stresu i bodźców, chaotyczność relacji międzyludzkich i zaskakujące zmiany poważnie utrudniają codzienne funkcjonowanie (Autism Central, 2025). Do tego stopnia, że autyści mogą mieć problemy z zajmowaniem się podstawowymi czynnościami dnia codziennego, doświadczać problemów poznawczych (z uwagą, koncentracją, decyzyjnością) i jeszcze bardziej zwiększonej wrażliwości na bodźce zewnętrzne. Zbyt długie życie w napięciu lub zmęczeniu prowadzi od przebodźcowania, a to często kończy się załamaniem lub – długofalowo – autystycznym wypaleniem.

Funkcjonowanie w nadmiarze bodźców, nieprzewidywalnym świecie i emocjonalnym chaosie wpływają na permanentne poczucie wyczerpania (Quadt, Csecs, Bond i inni, 2024). Chociaż bywa ono mylone ze „zwykłym” zmęczeniem, różni się od niego natężeniem i długością czasu potrzebnego na regenerację. *„Zmęczenie autystyczne to głęboka, uporczywa forma wyczerpania, która znacznie wykracza poza typowe zmęczenie”* (Lorne, 2025, s. 30). Nie są jasne przyczyny takiego stanu, jednakże jest on powszechny - szacuje się, że doświadcza go nawet 80% autystów (Dawes, 2023). Najczęściej przypisuje się go przebodźcowaniu (i wydłużonemu czasowi dochodzenia do równowagi), nadmiernemu stresowi, maskowaniu cech autystycznych, wstydowi, brakowi wsparcia, zwiększonej wrażliwości na ból, fibromialgii lub hipermobilności stawów (Meyer, 2025) (Raymaker, Teo, Steckler i Lentz, 2020) (Nichols, brak daty). Poczucie wyczerpania utrudnia, a momentami nawet uniemożliwia, funkcjonowanie w społeczeństwie i zadbanie o siebie.

2.5. Narzędzia diagnostyczne – testy

Używane powszechnie w diagnostyce testy bywają krytykowane za brak trafności, mają również wiele krytycznych zarzutów psychometrycznych i metodologicznych. Wraz ze zmianą kryteriów diagnostycznych, wiele z nich straciło swoje kliniczne walory psychometryczne

(National Autistic Society, Criteria and tools used in an autism assessment, 2025).
Dla niektórych narzędzi wykonano ewaluację dla kryteriów DSM V⁶⁵.

– Przegląd testów przesiewowych do diagnostyki autyzmu u dorosłych

Autism Quotient (AQ)

Najbardziej popularnym i najczęściej stosowanym w Polsce testem jest ogólnodostępny test przesiewowy Autism Quotient (AQ)⁶⁶. Wersja klasyczna ma 50 pytań (polską adaptację wykonała Agnieszka Rynkiewicz), a skrócona 10 (nie ma polskiej wersji) (Allison, Auyeung i Baron-Cohen, 2012).

Test przeznaczony jest do diagnozowania Zespołu Aspergera i wysokofunkcjonującego autyzmu (Baron-Cohen, Wheelwright, Skinner, Martin i Clubley, 2001). Utracił swoje właściwości psychometryczne wraz z usunięciem z DSM V i ICD 11 jednostki diagnostycznej jaką jest Zespół Aspergera, zmiany rozumienia spektrum autyzmu oraz odrzucenia teorii skrajnie męskiego mózgu, na której jest oparty. Mimo to, wciąż jest stosowany jako złoty standard diagnozowania osób dorosłych (!). Zarzuca się mu również brak podstaw naukowych przy tworzeniu (Ridley, 2019) oraz brak neutralności płciowej (nie uwzględnia kobiecego fenotypu autyzmu) (Woodbury-Smith, Robinson, Wheelwright i Baron-Cohen, 2005).

⁶⁵ Autorka dołożyła wszelkich starań, by odszukać walidacje testów dla kryteriów DSM-V i aktualnego rozumienia autyzmu jako spektrum, analizując bazy artykułów naukowych z zakresu psychologii i informacje od fundacji i stowarzyszeń, działających na rzecz autyzmu. Jeżeli w pracy znajduje się informacja, że takiej walidacji nie ma, oznacza to, że autorce nie udało się do takich dotrzeć. Podobna uwaga dotyczy polskich wersji testów: informacja, że test nie ma polskojęzycznej wersji i adaptacji oznacza, że autorka nie znalazła informacji o tym, by takie wersje istniały lub by toczyły się prace nad ich przekładem.

⁶⁶ Dostępny w wielu wersjach językowych na stronie Autism Research Centre University of Cambridge: <https://www.autismresearchcentre.com/tests/autism-spectrum-quotient-aq-adult/> (25.11.2025).

Adult Asperger Assessment (AAA)

Adult Asperger Assessment (AAA)⁶⁷ jest kompilacją 3 testów Cambridge Autism Research Centre:

1. AQ - Autism Spectrum Quotient Sheet – 50 pytań
2. EQ - Empathy Quotient Sheet – 60 pytań
3. RQ - Relatives Questionnaire (CAST) – 37 pytań

Wersja anglojęzyczna jest dostępna w Excelu na stronie badaczy; polskiej wersji nie ma. Podobnie jak poprzedni test, nie powinien być już stosowany: jest oparty na nieaktualnych kryteriach diagnostycznych z DSM IV (Attwood, Zespół Aspergera - kompletny przewodnik, 2021, s. 60). Wszystkie trzy testy wchodzące w jego skład mają wiele zarzutów metodologicznych i psychometrycznych.

EQ bazuje na (mylnym!) przekonaniu, że autyści nie mają empatii (Cusson, Meilleur, Bernhardt, Soulières i Mottron, 2025) (Cohen-Rottenberg, On the Matter of Empathy, 2011) i jest pisany z perspektywy osoby neurotypowej. Rachel Cohen-Rottenberg zauważa: *„Jeśli chodzi o pomiar empatii, to uprzedzenie jest wyjątkowo niepokojące – nie tylko dla osób z autyzmem, ale dla osób z niepełnosprawnościami w ogóle. Stwierdzenia te nie wynikają z perspektywy doświadczeń osób autystycznych/ z niepełnosprawnością, nie mierzą zdolności respondenta do odczytywania niewerbalnej ekspresji osób autystycznych/ z niepełnosprawnością, nie biorą pod uwagę pozycji społecznej osób autystycznych/ z niepełnosprawnością w konwencjonalnych sytuacjach społecznych ani nie biorą pod uwagę żadnych sytuacji, w których osoby autystyczne/ z niepełnosprawnością stanowią większość.”* (A critique of the Empathy Quotient Test: introduction and part 1, 2011). Krytykuje się go również za niejasną definicję empatii, co sprawia, że nie wiadomo, co właściwie bada i czy test jest trafny. *„(...) Doszłam do wniosku, że mierzy on nasze różnice społeczne i komunikacyjne, a nie naszą empatię, i rzeczywiście badania to potwierdzają”* – komentuje dr Natalie Engelbrecht z Embrace Autism (The Empathy Quotient, 2020). Na wagę tego problemu wskazują różnice w wynikach: badania przeprowadzone z wykorzystaniem Toronto Empathy Questionnaire dają zupełnie inne wyniki niż EQ (Engelbrecht, The Empathy Quotient, 2020).

RQ - Relatives Questionnaire – jest testem przeznaczonym głównie dla opiekunów osób dorosłych z podejrzeniem autyzmu, dotyczącym rozwoju w wieku 4-10 lat (Autism Research

⁶⁷ Dostępny na <https://www.autismresearchcentre.com/tests/adult-asperger-assessment-aaa/> (25.11.2025).

Centre, 2024). Krytyczne uwagi dotyczą tych samych zagadnień, co w poprzednich dwóch testach. Dyskusyjne jest również stosowanie go do osób dorosłych. Zarzuca się mu m.in. niejasne pytania, oparcie na retrospektywnym spojrzeniu (które może być zafałszowane lub niedokładne) oraz brak walidacji (Jones, Rogers, Sullivan i Viljoen, 2023).

MQ – Monotropism Questionnaire

Test oparty na teorii monotropizmu (sposobu skupienia uwagi), rozróżniającą osoby neurotypowe od nieneurotypowych (zob. rozdział I). MQ jest kwestionariuszem samoopisowym, składającym się z 47 pytań, dostępnym online (Monotropism Questionnaire, 2023). Nie diagnozuje autyzmu, nie odnosi się stricte do kryteriów DSM IV/V⁶⁸, ale bazuje na innym definiowaniu neuroatypowości – przez pryzmat sposobu skupienia uwagi (mono- lub politropiczny). Wysokie wyniki osiągają osoby autystyczne i z ADHD (Garau, Woods, Chown, Hallett i inni, 2023, s. 10). Autorzy zauważają jednak, że w prowadzonych badaniach wzięły udział głównie osoby białe z wyższym wykształceniem, co rodzi pytanie o uniwersalność kwestionariusza (Garau, Woods, Chown, Hallett i inni, 2023, str. 11).

W diagnostyce osób dorosłych można wykorzystać również test RAADS oraz Aspie-Quiz. Z uwagi na to, że testy te są neutralne płciowo, szerszy opis znajduje się w następnym podrozdziale poświęconym diagnozowaniu kobiet.

Do badania przetwarzania sensorycznego służy test SPQ – Sensory Perception Quotient w wersji pełnej (92 pytania) lub skróconej (10 pytań) (Tavassoli, Hoekstra i Baron-Cohen, 2014). Test ten nie ma polskiej wersji⁶⁹.

– Przegląd testów przesiewowych do diagnostyki autyzmu u dorosłych kobiet

Większość narzędzi diagnostycznych opracowano w oparciu o męski fenotyp autyzmu, nie uwzględniający różnic kulturowych i płciowych (Price, 2023, loc. 934-939). W Polsce nie jest dostępny żaden (!) test o walorach psychometrycznych do diagnozowania dorosłych kobiet⁷⁰. Trwają prace walidacyjne nad skróconą wersją testu Camouflaging Autistic Traits

⁶⁸ Aczkolwiek zaproponowane podskale odpowiadają ogólnie uznawanym cechom autyzmu (Garau, Woods, Chown, Hallett i al., 2023, s. 10-11).

⁶⁹ Z uwagi na ograniczony zakres diagnostyczny i zakres tej pracy ten test nie zostanie szerzej omówiony.

⁷⁰ Według wiedzy autorki.

Questionnaire (CAT-Q SF) w ramach Uniwersytetu SWPS⁷¹, jednakże warto zauważyć, że nie jest to test kliniczny / diagnostyczny / przesiewowy dla ASD/ZA, lecz kwestionariusz do badania stopnia maskowania autyzmu.

GQ-ASC - Girls Questionnaire for Autism Spectrum Condition Scale for Adult Women

Test GQ-ASC (Scale for Adult Women) jest testem przesiewowym, dostosowanym do wieku i płci dorosłych kobiet w spektrum autyzmu (Brown, Attwood, Garnett i Stokes, 2020). Składa się z 21 pytań, jego skuteczność to ok. 80 % (Attwood i Michelle, GQ-ASC Scale for Adult Women, 2025). Autorami są Tony Attwood i Michelle Garnett. Ma również wersję dla dziewczynek. Wersja anglojęzyczna jest dostępna online, wersja polska powstaje w ramach tej pracy mgr⁷².

RAADS-R Ritvo Autism Asperger Diagnostic Scale– Revised

Ritvo Autism Asperger Diagnostic Scale– Revised (Ritvo i inni, 2011) jest testem klinicznym, samoopisowym, przeznaczonym dla wysokofunkcjonujących⁷³ dorosłych osób o subklinicznym obrazie objawów spektrum autyzmu. Z czterech skal, trzy są skorelowane z DSM -V (Ritvo i inni, 2011, str. 1082). Składa się z 80 pytań (wersja zrewidowana), dostępna jest wersja anglojęzyczna i szwedzkojęzyczna (Andersen i inni, 2011); nie ma wersji polskiej. Problemem jest status testu – w 2022 został on usunięty online („tests have been taken down”) (Engelbrecht i Silvertant, RAADS–R, 2020) i nie jest aktualizowany.

RAADS-14 jest skróconą wersją RAADS-R; bazuje na 14 pytaniach RAADS-R i dodatkowych pytaniach metryczkowych (płeć, wiek, choroby psychiatryczne). W badaniach uwzględniono płeć, wskazując na różnice w wynikach uzyskanych przez badanych autystów i autystki. Badania były prowadzone z uwzględnieniem kryteriów DSM IV TR, jednakże

⁷¹ Tytuł projektu: Walidacja polskiej wersji skali CATQ-SF (Camouflaging Autistic Traits Questionnaire - Short Form) oraz psychologiczne korelaty maskowania autyzmu w kontekście wczesnej i późnej diagnozy, Koordynator projektu: Kinga Ferenc. https://psychodpt.fra1.qualtrics.com/jfe/form/SV_2uDrVkm7gsS2Kai?fbclid=IwY2xjawNAmNxleHRuA2FlbQIxMAABHqzfyyC9wfl3U2Qg_MVO-0dnNPhC-7gYvpnduRJalrBGx3G1Jd130xeVkV_O_aem_c1HbCkVW_UPTXTIRtn8y8Q (26.11.2025).

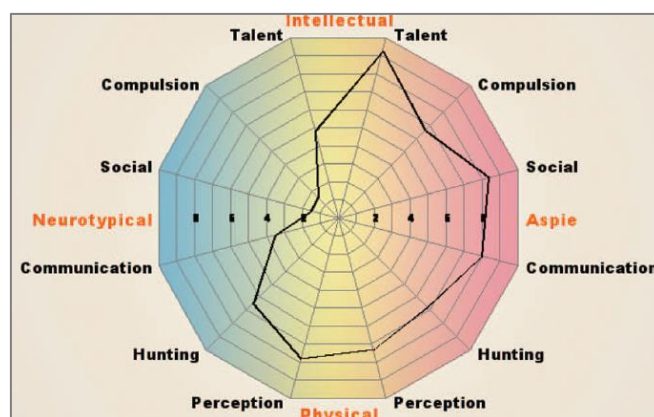
⁷² Autorka otrzymała zgodę Autorów na adaptację 28.03.2025.

⁷³ IQ średnie (80) lub powyżej.

autorzy wskazują na ich zgodność z DSM V (Eriksson, Andersen i Bejerot, 2013). Nie ma polskiej wersji.

ASPIE-QUIZ 5

Aspie-Quiz⁷⁴ jest przesiewowym testem samoopisowym, mierzącym cechy autystyczne (neuroatypowość), składającym się ze 119 pytań, podzielonych na 5 kategorii. Wyniki są prezentowane w formie diagramu pająka, pokazując natężenie cech w każdej z kategorii.



Rysunek 1. Przykładowy wynik osoby autystycznej w badaniu Aspie-Quiz.

Źródło: (Ekblad, Autism, Personality, and Human Diversity, 2013, s. 8).

Przeznaczony jest dla wysokofunkcjonujących dorosłych ze spektrum autyzmu ($IQ \geq 80$) (Engelbrecht i Silvertant, The Aspie Quiz, 2020). W polskim tłumaczeniu⁷⁵ dostępna jest wersja 4 testu (Ekblad, Aspie-Quiz, 2021). Walidacja wersji i analizy psychometryczne są dostępne online (Aspie-Quiz evaluation, 2025).

Aspie-quiz bazuje na postrzeganiu neuroróżnorodności, jako naturalnej cechy gatunku ludzkiego – cechy nie są oceniane (jak w innych badaniach) pod kątem niepełnosprawności (Ekblad, Autism, Personality, and Human Diversity, 2013, s. 2). Nie jest testem diagnostycznym, klinicznym; nie odnosi się do kryteriów DSM, nie bada występowania / niewystępowania Zespołu Aspergera. Jego głównym celem jest poszukiwanie cech

⁷⁴ Termin Aspie nie odnosi się w tym przypadku do Zespołu Aspergera, ale do neuroróżnorodności, zdefiniowanej przez autora w trakcie tworzenia testu, w oparciu o uzyskiwane wyniki w poszczególnych fazach badania (Ekblad, Autism, Personality, and Human Diversity, 2013, s. 2, 12).

⁷⁵ Tłumaczką jest Katja Schrödinger. Autorka pracy nie znalazła informacji odnośnie walidacji Aspie-Quiz w warunkach polskich.

neuroatypowości, a nie potwierdzanie diagnozy ASD. Jest neutralny kulturowo i płciowo (Ekblad, Autism, Personality, and Human Diversity, 2013, s. 13).

CAT-Q test - Camouflaging Autistic Traits Questionnaire

Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q) (Hull, Mandy, Lai, Baron-Cohen i inni, 2019) jest przesiewowym kwestionariuszem samooceny, mierzącym stopień maskowania się dorosłych osób w spektrum. Składa się z 25 pytań i może być pomocniczo stosowany u osób, które prezentują subkliniczny obraz objawów autystycznych (u dorosłych często wynika to ze strategii kompensacyjnych) (Engelbrecht, The CAT-Q, 2020). Wersja anglojęzyczna jest dostępna online, polskiej wersji nie ma.

CAT-Q-SF jest kwestionariuszem skróconym (zawiera 10 pytań) (Hull, Mandy, Belcher i Petrides, 2024), trwają prace nad jego adaptacją na język polski⁷⁶.

RBQ-2A - The Adult Repetitive Behaviours Questionnaire-2

RBQ-2A (Barrett, Uljarević, Jones i Leekam, 2018) jest testem przesiewowym, badającym powtarzalne i rutynowe zachowania w autyzmie. Przeznaczony jest dla dorosłych, o średnim lub wyższym poziomie IQ. Zawiera 20 pytań, jest kwestionariuszem samoopisowym. Test ten koncentruje się na jednym z kryteriów spektrum – powtarzalnych zachowaniach, jednak nie jest testem diagnostycznym dla spektrum. Wysoki wynik mogą uzyskać również osoby z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi, Zespołem Tourette’a i chorobą Parkinsona (Engelbrecht i Silvertant, RBQ-2A, 2020).

– Wywiady diagnostyczne standaryzowane

W diagnozowaniu autyzmu wykorzystuje się również wywiady standaryzowane⁷⁷:

1. ADOS-2 - Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition, Protokół obserwacji do diagnozowania zaburzeń ze spektrum autyzmu, druga edycja (PTP, ADOS-2, brak daty)
 - Dla dzieci i dorosłych

⁷⁶ Por. przypis 71.

⁷⁷ Autorka nie opisuje szerzej wywiadów z uwagi na tematykę pracy i brak dostępu. Do wykorzystywania większości z nich wymagany jest stopień mgr psychologii, szkolenie, a niekiedy doświadczenie lub dodatkowe uprawnienia.

- Standaryzowany protokół obserwacji zachowań
 - Wymagany mgr + szkolenie
 - Polska adaptacja – 2017 r.
2. ADI-R – Autism Diagnostic Interview – Revised - Wywiad do Diagnozy Autyzmu – Wersja zrewidowana (PTP, ADI-R, brak daty)
- Dla dzieci i dorosłych
 - Standaryzowany, poszerzony wywiad kliniczny
 - Wymagany mgr + szkolenie
 - Polska adaptacja – 2021 r.
3. ACIA - Autism Clinical Interview Adults Training (Wywiad diagnostyczny dla dorosłych w spektrum) (Newcastle University, brak daty) (Wigham i inni, 202)
- Dla dorosłych
 - Wywiad – część ustrukturyzowania + nie
 - Wymagany mgr + szkolenie + uprawnienia do ADOS-2, ADI-R,
 - Polską adaptację opracowuje (opracowała?) Fundacja JiM⁷⁸.
4. 3Di-Adult – The Dutch Developmental, Dimensional and Diagnostic Interview – Adult Version - Holenderski wywiad rozwojowy, wymiarowy i diagnostyczny – wersja dla dorosłych (Krijnen i inni, 2023).
- Dla dorosłych
 - Oparty na kryteriach z DSM V
 - Brak informacji o wymogach
 - Brak polskiej adaptacji
 - Dostępna wersja skrócona (Slappendel i inni, 2016)
5. ASDI - Asperger Syndrome Diagnostic Interview (Gillberg, Gillberg, Råstam i Wentz, 2001)
- Dla dzieci i dorosłych
 - Służy diagnozowaniu Zespołu Aspergera
 - Oparty o badania H. Aspergera, nie spełnia kryteriów diagnostycznych DSM / ICD
 - Autorka nie znalazła polskiej wersji
6. DISCO - Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders (NAS, 2025)
- Dla dzieci i osób dorosłych,

⁷⁸ Autorka uczestniczyła w webinarze z prof. Jeremy Parr'em omawiającym ACIA, „Diagnoza spektrum autyzmu i dorosłych” 28.11.2024, gdzie pojawiła się informacja o trwającym procesie adaptacji testu na język polski.

- Nie jest testem przesiewowym dla spektrum autyzmu, bada zaburzenia w komunikacji i funkcjonowaniu społecznym
- Wymagane 3 lata doświadczenia klinicznego w pracy z osobami w spektrum + szkolenie
- Autorka nie znalazła polskiej wersji

W Polsce w diagnostyce korzysta się najczęściej z wywiadów ADOS-2 i ADI-R, jednakże trwają również prace nad tłumaczeniem ACIA.

2.6. Wzrost liczby diagnoz

Nie prowadzi się statystyk dotyczących autyzmu, dlatego też trudno jednoznacznie określić rozpowszechnienie go w populacji. Do szacowania wykorzystywane są badania przesiewowe, jednak i one mają swoje wady (m.in. niedostosowanie testów przesiewowych do kobiecego fenotypu autyzmu, mogące powodować zafałszowanie wyników).

Najczęściej podaje się, że ok. 1 % populacji światowej (62 miliony ludzi; 1 na 127 osób) to osoby autystyczne (WHO, WHO statement on autism-related issues, 2025). Jednakże również i te liczby mogą nie być prawidłowe, co potwierdza samo WHO odwołując się do badań wskazujących na wyższe wartości i brak danych z niektórych krajów (WHO, ASD Fact Sheet, 2025).

Liczba diagnoz spektrum rośnie. Jak podaje amerykańskie Centers for Disease Control and Prevention, w 2000 roku autyzm występował u 1 dziecka na 150; a w 2022 roku u 1 dziecka na 31 (CDC, 2025). Wzrost potwierdza wiele źródeł - zmiany można prześledzić na poniższym wykresie (dane dla Stanów Zjednoczonych)⁷⁹:

⁷⁹ Korzystam z amerykańskich danych, ponieważ od 2006 roku w USA wprowadzono obowiązkowe testy przesiewowe na autyzm u dzieci w wieku 18-36 miesięcy, co pozwala przypuszczać, że te wyniki najbardziej oddają rzeczywisty procent autystów w społeczeństwie (bez uwzględnienia osób już dorosłych, które trafiły w lukę diagnostyczną).



Rysunek 2. Wzrost liczby diagnoz w USA w latach 2000-2022.

Źródło: <https://www.cdc.gov/autism/data-research/autism-data-visualization-tool.html>
(5.10.2025).

Na wzrost liczby diagnoz przekładają się następujące czynniki⁸⁰:

1. Wzrost świadomości autyzmu. O autyzmie coraz więcej się mówi publicznie, co przekłada się na większą świadomość tego czym jest spektrum i jak się manifestuje. Z jednej strony są to działania instytucjonalne (różnego rodzaju fundacje i stowarzyszenia na rzecz osób z autyzmem), z drugiej działania samorzeczników i edukatorów, którzy opisują swoje doświadczenia. Dostępność informacji i ich obecność w przestrzeni publicznej sprawia, że rodzice i osoby dorosłe coraz częściej są w stanie dokonać autodiagnozy. Daje im to możliwość poszukiwania właściwej diagnozy nozologicznej.
2. Zmiana kryteriów diagnostycznych (spektrum). Kryteria diagnostyczne na przełomie lat uległy rozszerzeniu, zamieniając jednostkę chorobową o określonych objawach w spektrum zachowań o różnym natężeniu. Pozwala to klasyfikować osoby o różnym poziomie objawów w ramach tej samej jednostki diagnostycznej.
3. Dostrzeżenie różnic płciowych w manifestowaniu się autyzmu. Autyzm od swoich początków był uważany za domenę męską, chociaż również dziewczynki były badane

przez Leo Kanner⁸¹. Jednak diagnostyka i opis objawów skoncentrowała się na męskim fenotypie ASD. W efekcie wiele dziewcząt, u których autyzm prezentuje się nieco inaczej⁸² wpadło w lukę diagnostyczną lub otrzymało błędną diagnozę nozologiczną (np. zaburzenia z pogranicza, depresji, zaburzeń lękowych). Wiele autystycznych kobiet wybiera strategię masowania swoich autystycznych cech, co dodatkowo utrudnia diagnostykę. Coraz szersza wiedza na ten temat pozwala dotrzeć do prawdziwych powodów trudności i postawić właściwą diagnozę.

4. Dostrzeżenie osób dorosłych w diagnostyce. Na wzrost liczby diagnoz ma również wpływ opóźniona diagnostyka wśród osób dorosłych, zwłaszcza kobiet. To autyści, którzy „wymknęli się” systemowi diagnostycznemu z wielu powodów, m.in.:
 - W czasach, gdy oni byli dziećmi, nie diagnozowano jeszcze Zespołu Aspergera, a byli „zbyt wysokofunkcjonujący”, by zdiagnozować u nich autyzm lub inne upośledzenie rozwojowe,
 - Były to dziewczynki, a więc „nie mogły być autystyczne” (patrz pkt. 3),
 - Uważano, że autyzm musi się manifestować już w dzieciństwie i jest to kryterium konieczne do diagnozy (DSM V wskazuje, że pierwsze objawy mogą wystąpić później, np. w okresie adolescencji, gdy autysta styka się z większymi wymaganiami, dodatkowymi obowiązkami i odpowiedzialnością).
 - Nie prowadzono badań przesiewowych w kierunku autyzmu, ponieważ uważano go za zjawisko marginalne.
 - Otrzymali diagnozę innego zaburzenia psychicznego (np. zaburzeń osobowości) i byli leczeni zgodnie z tą diagnozą.
 - Nie byli świadomi, że ich trudności mogą wynikać z neuroróżnorodności i nie szukali pomocy psychoterapeutycznej.
5. Znajomość zagadnienia u profesjonalistów / dostęp do specjalistów. Jeszcze kilkanaście lat temu dostęp do specjalistów z zakresu neuroróżnorodności był utrudniony. Obecnie można znaleźć instytucje specjalizujące się w zagadnieniach neuroatypowości w wybranej grupie wiekowej / płciowej (np. Fundacja Dziewczyny w Spektrum), oferujące szkolenia, kursy, grupy wsparcia, a nawet studia podyplomowe z tego zakresu (SWPS). Szerszy jest dostęp do profesjonalnej diagnozy, oferowanej przez wyspecjalizowane zespoły diagnostyczne, chociaż barierą wciąż pozostaje jej koszt⁸³ i czas oczekiwania.

⁸¹ Barbara K. (case 5), Virginia S. (case 6), Elaine C. (case 11) (Kanner, 2023, s. 45-52; 75-81).

⁸² Więcej na temat manifestacji autyzmu u dziewcząt i kobiet w rozdz. III niniejszej pracy.

⁸³ Zob. więcej – rozdział II, *Koszty i dostępność diagnozy*.

6. Trafne testy psychologiczne. Stosowane testy przesiewowe do diagnozy autyzmu coraz częściej są badane pod kątem kobiecego fenotypu spektrum, jak również maskowania cech autystycznych przez kobiety w spektrum, przez co więcej osób ma szansę na właściwą diagnozę.
7. Zmiany ewolucyjne w genomie człowieka (Starr i Fraser, 2025).

ROZDZIAŁ III „Kobiety” autyzm

Cechy kobiecego autyzmu – Female Phenotype Theory

Wzrastająca liczba diagnoz u dorosłych kobiet i dziewczynek oraz często pojawiający się u nich subkliniczny poziom objawów autystycznych sprawiły, że badacze zaczęli się zastanawiać nad przyczynami takiego stanu. Upatrywano ich m.in. w poszerzeniu definicji autyzmu (autyzm = spektrum), która miała podkreślić, że autyzm nie jest jednolitym, stałym zestawem cech o identycznym nasileniu. Zmianie uległy również przekonania o płciowym zdeterminowaniu autyzmu („męska choroba”).

Jednocześnie kryteria diagnostyczne DSM V pozostały nadal takie same. Obowiązująca od lat prezentacja objawów, jak również stworzone na ich bazie testy i kwestionariusze wciąż odwołują się do fenotypu zbudowanego w oparciu o badania białych chłopców (Hull, Petrides i Allison, "Putting on My Best Normal", 2017). Sprawia to, że diagnostyczny obraz spektrum jest niekompletny – brakuje uwzględnienia w nim różnic płciowych, kulturowych czy rasowych⁸⁴, a testy często nie są trafne i rzetelne w ocenianiu autyzmu w innych grupach niż męska (zob. np. (Belcher, Uglik-Marucha, Vitoratou, Ford i Morein-Zamir, 2023) (Rippon, 2024) (Stephenson, Norris i Butter, 2023) (Cruz, Zubizarreta, Costa i inni, 2025, s. 154, 160, 165 i nast.)).

Lukę diagnostyczną kobiet poszerza również stereotypowe postrzeganie płci i ról społecznych w wielu kulturach. Dziewczynki mogą być nieśmiałe, bawić się same, organizować sobie samodzielnie czas i cicho mówić – jest to społecznie akceptowane; nie jest uznawane za „odchylenie od normy”. Tymczasem pod tą grzeczną fasadą nierzadko kryje się lęk i przebodźcowanie sensoryczne, charakterystyczne dla autyzmu (Misheva, 2024, s. 23-26). Co więcej, jeżeli w dzieciństwie nie ujawnią się cechy niskofunkcjonującego autyzmu (np. brak mowy, opóźnienie w rozwoju) wiele kobiet nawet nie jest podejrzewanych o zaburzenia ze spektrum. Wystarczy, że dobrze się uczą, wypełniają polecenia nauczyciela, umieją dostosowywać się do sytuacji społecznych i zachowują się grzecznie, a szansa na diagnozę autyzmu radykalnie maleje (Misheva, 2024, s. 27) (Bargiela, Steward i Mandy, 2016, s. 3286).

⁸⁴ Zob. też rozdział II, podrozdział: *Brak uniwersalnych kryteriów diagnostycznych oraz Luka diagnostyczna.*

Wprowadzenie spektrum do diagnostyki i dostrzeżenie różnic w prezentowaniu autystycznych cech sprawiło, że zaczęto poszukiwać cech wyróżniających dla innych fenotypów autyzmu, mieszczących się w pojęciu spektrum. Jest to o tyle trudne zadanie, że nawet w obrębie jednego fenotypu występują duże różnice, co sprawia, że ciężko wyróżnić atrybuty odróżniające jeden fenotyp od innego; a badacze muszą zmierzyć się z pytaniem, czy to już cecha wyróżniająca, czy tylko jej niskie lub wysokie nasilenie.

W efekcie tych prac powstała teoria kobiecego typu autyzmu (kobiecej manifestacji autyzmu - *Female Phenotype Theory*), która uwzględnia prezentację objawów spektrum u kobiet. Chociaż nie ma jednoznacznego określenia czym jest żeński fenotyp autyzmu, w teorii tej podkreśla się cztery podstawowe kategorie, które mają różnicować go wobec męskich objawów spektrum:

1. Większa łatwość w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji społecznych
2. „Uwewnętrzniony” typ autyzmu
3. Maskowanie i kamuflowanie autystycznych cech
4. Różnice w zakresie zainteresowań i zachowań

Większa łatwość w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji społecznych

Kobiety autystyczne mają bardziej rozwinięte umiejętności społeczne niż autystyczni mężczyźni. Częściej i łatwiej wchodzi w relacje, potrafią się ich uczyć i analizować pod kątem późniejszego odgrywania ról. Tworzą strategie kompensacyjne, dzięki którym udaje im się uczestniczyć w relacjach w sposób zbliżony do neurotypowych rówieśniczek (Lehnhardt, Falter, Gawronsky i inni, 2016, s. 140,149). Mają wyższe kompetencje w zakresie uważności i większą motywację do nawiązywania kontaktów; częściej robią lepsze pierwsze wrażenie, co ułatwia nawiązanie kontaktu (Belcher, Morein-Zamir, Mandy i Ford, 2022, s. 3419-3420). Nierzadko relacje stają się jednym z ich autystycznych zainteresowań: czytają poradniki, książki obyczajowe, oglądają seriale, by stamtąd czerpać wzorce i wiedzę, dotyczące funkcjonowania relacji międzyludzkich. Udaje im się nawiązać przyjaźnie, chociaż zazwyczaj mają niewielką liczbę znajomych, a ich podwaliną często są wspólne zainteresowania. Z wiekiem uczą się rozumieć oczekiwania drugiej strony w kontaktach i są w stanie łatwiej je spełniać (Sedgewick, Crane, Hill i Pellicano, 2019, s. 118).

Lepsze funkcjonowanie społecznie nie oznacza jednak, że kobiety nie mają trudności w budowaniu i utrzymywaniu relacji. Ich adaptacja społeczna często jest jedynie „fasadą”; odgrywaniem ról, które są im przypisywane w określonych sytuacjach. Podobnie jak mężczyźni mogą mieć trudności z rozumieniem społecznych oczekiwań, złożonych ludzkich motywacji i niuansów interakcji (Sedgewick, Crane, Hill i Pellicano, 2019, s. 118), jak również z opanowaniem „kobiecych”, społecznych umiejętności. W badaniach wskazuje się, że ich relacje nie są tak bliskie jak u kobiet neurotypowych (Sedgewick, Crane, Hill i Pellicano, 2019, s. 116). Pierwsze trudności często pojawiają się w okresie dojrzewania, gdy same relacje i świat nastolatki stają się bardziej skomplikowany. Niezrozumiała staje się rywalizacja między neurotypowymi kobietami, zmiana ich zainteresowań (makijaż, wygląd, chłopcy), jak również coraz bardziej skomplikowany sposób komunikacji, wymagający „czytania między wierszami” i rozumienia kontekstu. W sytuacjach konfliktowych dziewczynki mają tendencję do obwiniania siebie za błędy w relacjach i wycofywanie się z nich, bez próby naprawienia czy wyjaśnienia okoliczności konfliktu (Sedgewick, Crane, Hill i Pellicano, 2019, s. 113, 118). Dlatego też wiele autystycznych nastolatek utrzymuje przyjacielskie kontakty z rówieśnikami – komunikacja z chłopcami jest prostsza i bardziej bezpośrednia (Bargiela, Steward i Mandy, 2016, s. 3288-3289). Autystyczne kobiety są również częściej narażone na zachowania agresywne ze strony rówieśników (zarówno agresję słowną, taką jak np. obgadywanie, jak również psychiczną i fizyczną, jak wykluczenie z grupy czy przemoc). Również w dorosłości kobiety autystyczne częściej bywały ofiarami przemocy i wykorzystywania, z uwagi na niezrozumienie intencji drugiej strony (Sedgewick, Crane, Hill i Pellicano, 2019, s. 113, 119). Często jedynym przyjacielem autystycznej kobiety jest jej partner; ma ona również mniej „poważnych” relacji romantycznych niż kobieta neurotypowa (zazwyczaj jedną lub dwie).

Ułatwieniem dla autystycznych kobiet jest stereotypowe postrzeganie ról płciowych, dające jasny schemat: wytyczne co „należy” i „trzeba”. Problematiczna jest sytuacja, gdy rola społeczna nie jest spójna z postrzeganiem siebie i własnym „ja” – będzie to generowało napięcie, poczucie winy, samotności i odrzucenia. Sposobem na lepsze relacje stają się również nowoczesna technologia. Zamiast komunikować się *face-to-face* kobiety korzystają z internetowych komunikatorów i mediów społecznościowych, co ogranicza lęk i ułatwia przyswajanie informacji (z uwagi na brak warstwy niewerbalnej do interpretacji).

Problematiczna w budowaniu relacji może okazać się nadwrażliwość sensoryczna, mogąca wpływać na unikanie kontaktów społecznych i brak satysfakcjonujących relacji

społecznych⁸⁵. Niejednokrotnie bariery autystyczne pozostają niezrozumiane przez społeczeństwo, a uczestnicy relacji postrzegają autystki jako osoby leniwe, celowo nieposłuszne, niesłowne lub dziwne (Bargiela, Steward i Mandy, 2016, s. 3286, 3291). Badania pokazują również, że osoby z ASD postrzegają się jako mniej kompetentne społecznie, a także że otrzymują bardziej negatywny feedback od rozmówców i niższy poziom akceptacji (Ludlow, Roberts i Gutierrez, 2015).

Uwewnętrzniony typ autyzmu

U kobiet częściej dominuje „uwewnętrzniony” typ autyzmu – skupienie na własnych zainteresowaniach, nieśmiałość, cichość, lęk, niepokój, internalizacja pojawiających się problemów. Mężczyźni i chłopcy częściej przejawiają bardziej ekspresywną formę, z agresją, krzykiem, zachowaniami autoagresywnymi i ekspresją emocji. Dlatego też kobiety częściej „nie wyglądają” na autystyczne.

Kobiety częściej skupiają się na odpowiedniej prezentacji społecznej, ukrywając swoje autystyczne cechy, jednakże ponosząc koszty psychiczne takiego zachowania. Częściej doświadczają lęków, są bardziej wrażliwe na brak społecznej akceptacji i silniej przeżywają odrzucenie. Potrafią więc dopasowywać się na wiele sposobów: od utrzymywania kontaktu wzrokowego, poprzez naukę reguł społecznych, aż po tłumienie nadwrażliwości sensorycznej w miejscach publicznych (jej wewnętrzne przeżywanie) (Autistic Girls Network, brak daty). Często maską staje się perfekcjonizm – strategia, by uporządkować zaskakujący świat i być gotowym na wszystko, co może się wydarzyć. Charakteryzuje je również wysoka empatia (hiper-empatia⁸⁶) (Solution Psychology, 2023). Jednakże zachowania te rzadko pojawiają się w kontekstach społecznych – tam najważniejsze jest dostosowanie się do reguł, wymogów i oczekiwań. Kobiety częściej ukrywają się przed światem, zamykają się w sobie, nie dzieląc się pojawiającymi trudnościami i nie prosząc o pomoc. Często jest to wręcz niemożliwe z uwagi na mutyzm wybiórczy (Wassell i Burke, 2022, s. 8). Emocje, wypalenie, zmęczenie czy meltdown ujawniają się dopiero w bezpiecznym otoczeniu, np. w domu (Misheva, 2024, s. 18).

⁸⁵ Przykładowo: nieumiejętność filtrowania dźwięków tła wpływa na niezrozumienie komunikatu i niemożność odpowiedniej relacji; nadwrażliwość na dotyk generuje lęk przed zatłoczonymi miejscami i spotkaniami z drugim człowiekiem, a wybiórczość pokarmowa często uniemożliwia uczestniczenie we wspólnych spotkaniach przy stole.

⁸⁶ Odczuwanie cudzych emocji jak swoich własnych, zob. np. <https://mojprzyjacielhans.com/2022/02/27/empatia/> (19.03.2026).

Ten podział wydaje się wpisywać w teorię różnej prezentacji autystycznych objawów („*externalizing or internalizing autism presentation*”), stworzonej na bazie krytyki płciowego podziału autyzmu⁸⁷.

Maskowanie

Jedną ze strategii pomagających przetrwać kobietom w spektrum jest maskowanie (kamuflowanie)⁸⁸. Autystyczne kobiety maskują się znacznie częściej niż mężczyźni, co utrudnia diagnostykę (zob. np. (Milner, Mandy, Happé i Colvert, 2023) (Cruz, Zubizarreta, Costa i et al., 2025, s. 168 i nast)). Jednakże - jak wskazują badania - nie jest to strategia zarezerwowana wyłącznie dla jednej płci (Belcher, Morein-Zamir, Mandy i Ford, 2022) (Pearson i Rose, 2021)).

Maskowanie definiowane jest jako „*świadome lub nieświadome tłumienie naturalnych reakcji i przyjmowanie alternatyw w wielu dziedzinach, w tym interakcjach społecznych, doświadczeniu sensorycznym, poznawaniu, ruchu i zachowaniu*” (Pearson i Rose, 2021). Polega ono na ukrywaniu autystycznych cech i próbie dopasowania się do tego, co autystę otacza: obowiązujących zasad społecznych, ról, tradycji, sposobów zachowania, komunikowania werbalnego i niewerbalnego oraz oczekiwań społecznych. Wyróżnia się trzy rodzaje tego typu zachowań: maskowanie (polegające na ukrywaniu cech autystycznych), kompensację (podejmowanie prób zachowywania się i wyglądu jak osoba neurotypowa) oraz asymilację (próbę dopasowania) (Belcher, Morein-Zamir i Stagg, 2023, s. 3119) (Cruz, Zubizarreta, Costa i inni, 2025, s. 154). Każdy z tych typów jest obciążający psychicznie - wymaga ciągłej koncentracji, monitorowania swoich zachowań i zachowań innych, co bardzo szybko wyczerpuje zasoby poznawcze i powoduje przebodźcowanie. Warto zauważyć, że od osób neurotypowych odróżnia autystów przyczyna maskowania. Nie jest to strategia przyjmowana świadomie w określonych sytuacjach, ale reakcja na brak akceptacji, odrzucenie czy przemoc wobec autystycznej odmienności. Jak podkreśla Kieran Rose: „*Maskowanie opiera się na traumie i jest reakcją na traumę, a nie trzema typami strategii społecznych*”

⁸⁷ Szerzej o tym wspominam poniżej w podrozdziale: *Kobiety fentoyp czy eksternalizacji i internalizacja objawów?*

⁸⁸ Określenia te używane są zamiennie, jednak niektórzy badacze wprowadzają rozróżnienie. Maskowanie jest ukrywaniem autystycznych cech i tworzeniem różnych person, które pasują do danej roli. Kamuflowanie jest tłumieniem lub kontrolowaniem w inny sposób tych zachowań autystycznych, które w danej sytuacji są uważane za niewłaściwe (np. machanie rękoma, stimowanie, reakcje na nadmiar bodźców) – zob. (Hull, Petrides i Allison, "Putting on My Best Normal", 2017, s. 2525).

opracowanych przez osoby autystyczne, które chcą nie być autystyczne” (One day they will join us in the sun, 2021)⁸⁹.

Maskowanie może się przejawiać na kilka sposobów:

1. Osoba autystyczna może naśladować zachowania kogoś z grupy, kopiując nie tylko gesty czy zachowania w określonych sytuacjach, ale również mimikę czy zainteresowania, sposób ubierania, uczesania itp. (Kendall, 2020, s. 84) (Hull, Petrides i Allison, "Putting on My Best Normal", 2017, s. 2526)
2. Autysta może wykorzystywać poznane / wyuczone skrypty społeczne (kompensować brak ich zrozumienia), których przestrzeganie zapewnia poczucie bezpieczeństwa (znany, stały schemat działania) i pozwala nie wyróżniać się w tłumie (Hull, Petrides i Allison, "Putting on My Best Normal", 2017, s. 2520). Kompensacja obejmuje np. przygotowanie tematów do rozmowy przed spotkaniem i potencjalnych odpowiedzi, wizualizację spotkania lub sposób prezentowania się, a jej zadaniem jest prezentowanie się jak osoba neurotypowa.
3. Niekiedy maskowaniem jest również odgrywanie roli, która pozwala ukryć gafy i nieporozumienia w komunikacji społecznej, np. roli ekscentryka, buntownika czy żartownisia (Price, 2023, loc. 1444).

Wśród przyczyn maskowania wskazuje się m.in.

- Konieczność dopasowania się do neurotypowego świata, asymilacji, „wtopienia w tłum” lub zdobycia pracy i kwalifikacji. Zachowania odbiegające od „normy” nie są akceptowane społeczne – by dostać społeczną akceptację trzeba się zachowywać w sposób podobny do innych. Niewyróżnianie się pozwala łatwiej przejść przez sytuacje społeczne, bez ponoszenia dodatkowych kosztów psychicznych (Cage i Troxell-Whitman, 2019, s. 1905-1906).
- Bezpieczeństwo osobiste – autyści unikający maskowania swoich specyficznych cech narażają się na ostracyzm, ataki werbalne i fizyczne oraz przemoc emocjonalną (Cage i Troxell-Whitman, 2019, s. 1906) (Kendall, 2020, s. 41).
- Budowanie relacji z innymi – trudności z nawiązywaniem relacji można przezwyciężyć, gdy osoba autystyczna się maskuje, szczególnie w pierwszej fazie znajomości. Pozwala to przeskoczyć problem braku umiejętności nawiązywania kontaktów, jak również

⁸⁹ Może to tłumaczyć wysoki odsetek chorób współwystępujących ze spektrum, takich jak PTSD/ C-PTSD, depresja czy lęki (Fyfe, Winell, Dougherty i inni, 2026, s. 8).

uniknąć panicznego lęku, pojawiającego się w sytuacjach społecznych (Hull, Petrides i Allison, "Putting on My Best Normal", 2017, s. 2523).

Maskowaniu sprzyjają również oczekiwania społeczne. Osoba, która od małego słyszy, że jej sposób ekspresji czy postrzegania świata jest „niewłaściwy” i czy „nie może zachowywać się normalnie”, będzie je ukrywała w obawie przed oceną społeczną i brakiem akceptacji. To „wytykanie inności” często trwa przez całe życie, również w sytuacjach wsparcia czy terapii. Badania wskazują, że interwencje psychiatryczne nie zawsze są dostosowane do osób neuroróżnorodnych; niekiedy ich celem jest „dopasowanie do neurotypowości”, co może wtórnie stygmatyzować i traumatyzować osoby szukające wsparcia (Curnow, Rutherford, Maciver i inni, 2023). Nierzadko też stosowane terapie (m.in. stosowana analiza zachowania) mają za zadanie „dopasować” dziecko do wzoru zachowań neurotypowych, wzmacniając mechanizmy kompensacji i maskowania (Garey i Lord, 2025) (Rose, The Autistic Advocate, 2017) (Szubrycht, Autyzm. Bliski daleki świat, 2022, s. 187-190). Mimo edukacji, dla wielu osób nieneurotypowi ciągle wydają się być osobami „owładniętymi” przez autyzm; gdy się ich wyleczy, dostaniemy „zdrowego”, „normalnego” człowieka (Szubrycht, Autyzm. Bliski daleki świat, 2022, s. 177, 190).

Długotrwałe maskowanie bardzo często odbija się na zdrowiu psychicznym i somatycznym. Może być ono jedną z przyczyn różnicy w występowaniu innych zaburzeń psychiatrycznych u kobiet i mężczyzn z ASD: wśród kobiet, maskujących się częściej, odnotowano wyższe wskaźniki m.in. w zakresie autoagresji, zaburzeń lękowych i depresyjnych oraz zaburzeń snu (Martini, Kuja-Halkola, Butwicka i inni, 2022). Jednym z często wymienianych skutków maskowania jest wypalenie – poczucie wydrenowania sił psychicznych, emocjonalnych i fizycznych, dyskomfortu, przemęczenia – a także chwiejny obraz siebie (*nie jestem naprawdę sobą*) oraz poczucia „zdrady” autystycznych ideałów i społeczności (Hull, Petrides i Allison, "Putting on My Best Normal", 2017, s. 2528-2530).

Badania wskazują także na związek między maskowaniem i izolacją społeczną, niską samooceną, wyczerpaniem oraz utratą tożsamości (Bradley, Shaw, Baron-Cohen i Cassidy, 2021). Presja na kamuflowanie się lub nieskuteczność działań maskujących autyzm pogarsza nastrój i samoocenę, a także podnosi poziom stresu (Hull, Petrides i Allison, "Putting on My Best Normal", 2017, s. 2521). Negatywne postrzeganie autyzmu (z którym wielu autystów styka się od najmłodszych lat) koreluje z pogorszeniem dobrostanu jednostki i jednocześnie może negatywnie, długofalowo wpływać na zdrowie psychiczne (Lei, Cooper i Hollocks, 2026). Osoby, które akceptują swoje autystyczne ja (czerpią satysfakcję z bycia autystycznymi)

mają niższy poziom lęku społecznego i wyższy dobrostan psychiczny (Cooper, Russell, Lei i Smith, 2023). Badania wskazują również, że wysoki poziom kamuflowania autystycznych cech koreluje z myślami i zachowaniami samobójczymi (Belcher, Morein-Zamir i Stagg, 2023, s. 3119).

Różnice w zakresie zainteresowań i zachowań

Autystyczne kobiety prezentują mniej powtarzalnych i ograniczonych zainteresowań i zachowań niż autystyczni mężczyźni (Belcher, Morein-Zamir i Stagg, 2023, s. 3118).

Specyficzne zachowania u kobiet (fiksacje, zachowania stereotypowe) są mniej niekonwencjonalne i wybiórcze niż u mężczyzn (Lange, 2015) (Knowles, s. 29-30), a także ewoluują wraz z wiekiem. Dziewczynki mogą np. interesować się zwierzętami, modą, makijażem, filmami Disneya, boysbandami lub zbierać lalki Barbie – zob. więcej np. (What are the signs of autism in girls - is Asperger's in girls overlooked?, 2025, s. 3); (Szalavitz, 2016) (Cook i Michelle, Spectrum women, 2018, s. 23, 281). Co istotne, przy wyborze zainteresowań uwzględniają one również kontekst społeczny, zwracając uwagę na to, co jest akceptowane przez rówieśników / społeczeństwo (PolskiAutyzm.pl, Objawy autyzmu u dziewczynek i u kobiet, 2021). W przypadkach braku akceptacji są w stanie zmodyfikować lub poszerzyć swoje pasje tak, by stały się akceptowalne społecznie. Często jest to więcej niż jedna dziedzina jednocześnie (Cook i Michelle, Spectrum women, 2018, s. 281).

Zainteresowania często stają się tematami konwersacji i dają kontekst do nawiązywania relacji społecznych (Bargiela, Steward i Mandy, 2016, s. 3289-3290), a nierzadko jest to rdzeń, wokół którego budowane jest całe życie. Vera Knowles nazywa je *linami ratunkowymi* – tworzą sens, dają radość i pozwalają uciec od przytłaczającego świata (The hidden side of Autism. Why girls and women are finally being seen, s. 30-31). Claire Jack podkreśla: „Zainteresowania specjalistyczne można postrzegać jako pożywienie dla mózgu. Odmawiając sobie tego, co cię pasjonuje, dosłownie zagłodzisz swój mózg.” (Women with autism, 2021, s. 94)”. Dlatego też kobiety często realizują się w zawodach, w których mogą rozwijać swoje pasje, co pozwala ukrywać trudności funkcjonowania w neurotypowym świecie i daje sens i cel życia.

Powtarzalne zachowania (stimy) u autystycznych kobiet spełniają tę samą funkcję co u autystycznych mężczyzn – regulują emocje, pozwalają uwolnić stres, nawiązać kontakt

z ciałem i pobudzić do działania (Neff, Self-Care for Autistic People, 2024, s. 100) (Wojtkiewicz, 2024, s. 199). Różnica tkwi w ich intensywności i zakresie. Kobiety są mniej ekspresywne niż mężczyźni i częściej biorą pod uwagę kontekst i akceptację społeczną dla swoich zachowań (Cruz, Zubizarreta, Costa i inni., 2025, s. 154). Podobnie jak w przypadku pasji, są w stanie dostosować i zmodyfikować swoje stymy, zastępując je takimi, które nie zwracają ogólnej uwagi i są akceptowalne społecznie⁹⁰.

Funkcjonowanie poznawcze

W funkcjonowaniu poznawczym kobiet i mężczyzn ze spektrum autyzmu nie odnotowano dotychczas znaczących różnic (Lehnhardt, Falter, Gawronsky i inni, 2016, s. 146), aczkolwiek niektóre badania wskazują na subtelne odmienności (Mazzone, Siracusano i Pelphrey, 2024).

1. Język i komunikacja: Autystyczne kobiety mają wyższe umiejętności w zakresie komunikacji, w szczególności w zakresie pragmatyki języka i wzajemności społecznej, jak również płynności werbalnej (Lehnhardt, Falter, Gawronsky i inni, 2016, s. 149). Większa koncentracja na rozmówcy i motywacja do rozwijania kontaktów przekłada się na większą uważność na gesty, mimikę, prozodię oraz przestrzeganie rytmu rozmowy. Kobiety są również bardziej uważne w zakresie narracji (opis detali) oraz częściej używają słów opisujących emocje, ocenę i spostrzeżenia. Nie zaobserwowano różnic w zakresie semantyki. (Mazzone, Siracusano i Pelphrey, 2024, s. 30-31). Mężczyźni lepiej wypadali w zakresie wiedzy ogólnej oraz zapamiętywania i odtwarzania danych (podtest werbalny *Informacje* w WAIS)⁹¹ (Lehnhardt, Falter, Gawronsky i inni, 2016, s. 147).
2. Funkcje motoryczne. Niektóre badania wskazują, że u kobiet zaburzenia są większe w przypadku motoryki dużej (proste zadania), a u mężczyzn w przypadku złożonych funkcji motorycznych (koordynacja). Kobiety są lepsze w zadaniach wymagających motoryki małej (Mazzone, Siracusano i Pelphrey, 2024, s. 29).
3. Funkcje wykonawcze. Nie zaobserwowano znacznych różnic w zakresie elastyczności poznawczej, planowania, pamięci roboczej⁹², a te różnice, które występują,

⁹⁰ Np. zamiast wymachiwania rękami lub kręcenia się w kółko, bawią się włosami, bransoletkami lub piłeczkami antystresowymi, czytają w kółko tę samą książkę lub oglądają ten sam film.

⁹¹ Aczkolwiek 40% kobiet również miało wynik powyżej średniej.

⁹² Niektóre testy wskazują, że kobiety mają lepszą pamięć do dłuższych sekwencji znaków.

są porównywalne z różnicami płciowymi w populacji neurotypowej. Wskazuje się, że kobiety autystyczne mają większą trudność w hamowaniu reakcji, jednakże pojawia się ona jedynie w testach typu stop-go (nie zaobserwowano jej w codziennym życiu, np. w zakresie powstrzymywania się od zachowań rutynowych) (Mazzone, Siracusano i Pelphrey, 2024, s. 27-29). Niektóre badania wskazują również na większą szybkość przetwarzania u kobiet (Lehnhardt, Falter, Gawronsky i inni, 2016, s. 146).

Uzyskane w badaniach funkcji wykonawczych rezultaty tworzą spójną całość kobiecego fenotypu autyzmu. Wnioskuje się, że mniejsze zróżnicowanie rozkładu umiejętności w testach IQ zwiększa łatwość kamuflowania się i wchodzenia w relacje społeczne. Jednocześnie większa szybkość przetwarzania informacji sprawia, że łatwiej jest obserwować na bieżąco i reagować na zachowania i komunikację niewerbalną w trakcie interakcji. Dlatego też autystyczne kobiety lepiej od autystycznych mężczyzn radzą sobie z nowymi sytuacjami społecznymi (Lehnhardt, Falter, Gawronsky i inni, 2016, s. 147-149).

Kobiecy fenotyp czy eksternalizacja i internalizacja objawów?

Niektórzy badacze i samorzecznicy (m.in. Kieran Rose (One day they will join us in the sun, 2021)) traktują podział na kobiecy i męski autyzm jako uproszczenie. Podobnie wypowiada się Devon Price: „'Kobiecy autyzm' nie jest naprawdę podtypem tego zaburzenia; to sposób, w jaki ludzie radzą sobie z tym, że ich neurotypowość nie jest traktowana poważnie” (Price, 2023, loc. 1272). Jako alternatywę proponuje się podział na autyzm charakteryzujący się eksternalizacją i internalizacją objawów („*externalizing or internalizing autism presentation*”).

Autyści eksternalizujący objawy ukazują je „na zewnątrz”: są wybuchowi, głośni, ekspresyjni; mogą być nadpobudliwi i agresywni (także autoagresywni). Nie hamują swoich reakcji, nie przejmują się reakcjami otoczenia i tym „co wypada”. Natychmiast i jasno wyrażają swoje emocje, rzadko kontrolują zachowania. Często wymagają wsparcia w codziennym życiu. Ten typ ekspresji objawów ASD jest łączony z męskim fenotypem autyzmu.

Osoby maskujące swój niepokój, przeżywające go wewnątrz i nie okazujące go innym ludziom to grupa autystów uwewnętrzniająca swoje objawy. Mogą to być osoby doskonale funkcjonujące w warunkach zawodowych i szkolnych (na poziomie neurotypowych rówieśników), które później odreagowują napięcie w domu, np. wybuchami złości

czy krzykiem. Internalizacja stresu może prowadzić do objawów somatycznych i zaburzeń psychicznych. Osoby te są wrażliwe sensorycznie, ale potrafią odroczyć reakcję na zbyt intensywne bodźce. Funkcjonują w określonym kontekście i starają się przestrzegać obowiązujących reguł społecznych, nawet kosztem powstrzymywania swoich naturalnych reakcji (np. stymowania). Maskują swoje autystyczne zachowania, by jak najlepiej wpasować się w grupę (Misheva, 2024, s. 16-22).

Teoria kobiecego fenotypu autyzmu, uzupełniająca drugi kraniec spektrum autyzmu, bywa krytykowana. Uważa się, że uwewnętrzniona prezentacja objawów nie jest zależna od płci, dlatego też nazywanie jej „kobiecą” jest nietrafione.

Warto zauważyć, że tej krytyce nie podlega sam podział na różnorodne prezentacje autyzmu, a jedynie jego powiązanie z kobiecym fenotypem⁹³. Zwrócono uwagę, że teoria kobiecego fenotypu autyzmu może być uważana za dyskryminującą i stygmatyzującą, w odniesieniu do osób niebinarnych. Paradoksalnie może również stygmatyzować kobiety, odbierając im miano „prawdziwie” autystycznych (czyli mających „prawdziwy” – w domyśle: męski - autyzm). W sytuacji, gdy kobietom się nie wierzy i wiele z nich musi wręcz udowadniać swój autyzm (Szubrycht, Za dobrze się maskowałam, 2025, s. 41), może to negatywnie wpływać na społeczne postrzeganie autyzmu u kobiet.

Problem diagnozowania autyzmu u kobiet

Odmierna prezentacja autyzmu, większa umiejętność uczenia się relacji społecznych oraz zasad funkcjonowania społeczeństwa i mniej specyficzne zainteresowania sprawiają, że wiele wysokofunkcjonujących kobiet pozostaje niezdiagnozowanych w dzieciństwie. Szacuje się, że może to być nawet 80% dziewczynek poniżej 18. roku życia, a rzeczywisty stosunek autystycznych mężczyzn do kobiet wynosi 3:4, a nie – jak jest powszechnie przyjmowane – 4:1 (McCrossin, 2022). Wiele badań wskazuje na opóźnienie w diagnozowaniu

⁹³ Wyjątkiem jest tu Uta Frith, która – zaskakująco - kwestionuje występowanie spektrum autyzmu, dzieląc osoby w spektrum na tych zdiagnozowanych w dzieciństwie (jej zdaniem te osoby powinny być określane jako autyści) i grupy wysokofunkcjonujące, diagnozowane w późniejszych latach. Ta druga grupa – w ocenie Frith – charakteryzuje się „ *pewnego rodzaju nadwrażliwością*” i diagnoza autyzmu jest nieuzasadniona. Uważa również, że teoria maskowania się wśród autystów / autystek nie ma podstaw naukowych, bo „*można by powiedzieć, że wszyscy nosimy maski, cały czas, próbując dostosować się do norm społecznych*” (tes magazine, 2026). Zaskakujący jest tu brak rozróżnienia między maskowaniem autystycznym (trauma), a wchodzeniem w rolę czy społeczną prezentacją; jak również kwestionowanie diagnozy autyzmu osób wysokofunkcjonujących (dawny Zespół Aspergera) i brak zauważenia naukowych dowodów na autystyczne maskowanie (choćby walidacja badania do kwestionariusza CAT-Q).

dziewczynek – przywołuje je Laura Hull i inni (The Female Autism Phenotype and Camouflaging: a Narrative Review, 2020, s. 308). Niektóre badania wskazują, że nie ma różnicy międzypłciowej w wieku otrzymania diagnozy, aczkolwiek kobiety dłużej czekają na nozologiczne potwierdzenie pierwszych symptomów (Begeer, Mandell, Wijnker-Holmes i inni, 2013). Niejednokrotnie rodzice słyszą, że ich córka nie może być autystyczna, bo jest dziewczynką, otrzymując inne, losowe diagnozy (Szalavitz, 2016), a kobiety uważane są po prostu za „histeryczne” lub „emocjonalne” (Wassell i Burke, 2022, s. 31).

W literaturze bariery diagnostyczne kobiet dzieli się na dwie grupy (Lockwood Estrin, Milner, Spain, Happé i Colvert, 2021):

1. Problemy diagnostyczne, związane z postrzeganiem autyzmu jako męskiej przypadłości, w tym również brak wiedzy po stronie specjalistów, brak edukacji i przekonania rodziców oraz częstsze maskowanie cech autystycznych przez kobiety.
2. Zachowania i prezentacja symptomów. Autystyczne kobiety mają znacznie wyższe umiejętności w zakresie komunikowania się, budowania relacji i języka, a ich zainteresowanie nie są aż tak specyficzne jak męskie⁹⁴. Jednocześnie na spektrum autyzmu nakłada się wiele dodatkowych diagnoz psychiatrycznych (prawidłowych lub nie).

Oprócz wspomnianych w rozdziale II problemów diagnostycznych, w przypadku kobiet mamy do czynienia z dodatkowymi czynnikami, wpływającymi na otrzymanie niewłaściwej diagnozy lub nieotrzymanie jej wcale.

- Na opóźnioną diagnozę najbardziej są narażone dziewczynki / kobiety wysokofunkcjonujące, bez obniżonego IQ (Lundström, Mårland, Kuja-Halkola i inni, 2019, s. 2), które wykorzystują swoją inteligencję do obserwowania i uczenia się reguł społecznych, jak również do maskowania swoich autystycznych cech (Carpita i inni, 2024). Szacuje się, że – bez względu na płeć - dzieci wysokofunkcjonujące otrzymują diagnozę o kilka lat później niż osoby z większym nasileniem cech autystycznych (11. rok życia wobec ok. 5. roku życia) (Howlin, 1999). Dziewczynki muszą przejawiać znaczne nasilenie objawów (np. niepełnosprawność intelektualną), by otrzymać diagnozę autyzmu w okresie dzieciństwa (Szalavitz, 2016) (Hull, Petrides i Allison, "Putting on My Best Normal", 2017). Późniejszą diagnozę przypisuje się również zwiększeniu komplikacji relacji społecznych w okresie dojrzewania – dopiero wtedy ujawniają się w pełni autystyczne

⁹⁴ Zob. podrozdział: *Różnice w zakresie zainteresowań i zachowań*.

cechy kobiet i problemy w zrozumieniu zasad funkcjonowania społecznego, które wcześniej udało się maskować (Fyfe, Winell, Dougherty i inni, 2026, s. 8).

- Wartości odcięcia w standardowych testach przesiewowych dla spektrum mogą być za wysokie dla dziewcząt i nie wychwytywać specyfiki kobiecego autyzmu⁹⁵ (Lundström, Mårland, Kuja-Halkola i inni, 2019, s. 3), jak również same testy mogą nie być neutralne płciowo (badania pokazują, że w jednym z najpopularniejszych testów przesiewowych – AQ - tylko 2 itemy z całej puli pytań są neutralne płciowo (Belcher, Uglik-Marucha, Vitoratou, Ford i Morein-Zamir, 2023)). Dzieje się tak dlatego, że zarówno narzędzia diagnostyczne, jak również teorie, na bazie których powstały, uwzględniają jedynie męski fenotyp autyzmu i nie są neutralne kulturowo (Price, 2023, loc. 934-939) (Rippon, 2024) (Tillmann, Ashwood, Absoud i inni, 2018)⁹⁶.
- Wśród teorii wyjaśniających lukę diagnostyczną wśród kobiet znajduje się również ta, która mówi, że problemem w otrzymaniu wczesnej diagnozy może być ignorowanie autystycznych cech u dziewcząt przez nauczycieli i opiekunów – zachowania mogące wskazywać na cechy autystyczne są rzadziej zgłaszane (National Autistic Society, Autistic women and girls, brak daty). W okresie dziecięcym dziewczynki z ASD są często uważane za nieśmiałe, lękliwe lub zwyczajnie „zbyt emocjonalne” (Lorne, 2025, s. 78) jak również skupione, zdeterminowane lub zaabsorbowane pasjami (Bullivant, 2018, s. 64). Mieści się to jednak w granicach przyjętego stereotypu i nie skłania rodziców do szukania diagnozy.
- Zaburzenia współwystępujące także wpływają na opóźnienie wieku diagnozy wśród kobiet. Nierzadko są one latami leczone z powodu innej jednostki chorobowej, która opóźnia otrzymanie diagnozy ASD. Współwystępujące schorzenie może być zarówno prawidłowo zdiagnozowane (szacuje się, że 70 % autystów ma przynajmniej jedno dodatkowe zaburzenie psychiczne (Fyfe, Winell, Dougherty i inni, 2026, s. 8)), jak i błędnie. Najczęstszymi błędnymi diagnozami są: zaburzenia odżywiania (m.in. anoreksja⁹⁷), osobowość z pogranicza (borderline; często mylona również z współwystępującym ze spektrum cPTSD), fobia społeczna i zaburzenia somatyczne (SSRD) (Dell’Osso i Carpita, 2023). Równie często autystki dostają diagnozę psychozy, zaburzeń obsesyjno – kompulsyjnych (OCD), zaburzeń opozycyjno- buntowniczych (ODD) oraz zaburzeń

⁹⁵ Może to być szerszy problem trafności kryterialnej. H. Belcher powołuje się na badania, które wskazały, że 64 % autystów punktujących poniżej linii odcięcia w Autism Quotient (AQ) miało fałszywie negatywny wynik – zob. (Belcher, Uglik-Marucha, Vitoratou, Ford i Morein-Zamir, 2023, s. 1).

⁹⁶ Zob. więcej – rozdział II, podrozdział: *Brak uniwersalnych kryteriów diagnostycznych oraz Luka diagnostyczna*.

⁹⁷ Niektórzy badacze traktują anoreksję jako jeden z przejawów autyzmu, obsesyjne skupienie na jedzeniu – zob. np. (Carpita i inni, 2024).

- lękowych (Bullivant, 2018, s. 67). Kobiety częściej niż mężczyźni otrzymują diagnozę innego zaburzenia psychiatrycznego, zanim otrzymają (właściwą) diagnozę ASD (Fyfe, Winell, Dougherty i inni, 2026, s. 8) (Belcher, Morein-Zamir i Stagg, 2023, s. 3128). Przywiązanie klinicystów do pierwszej diagnozy i zaprzestanie dalszych poszukiwań przyczyn pojawiających trudności wpływa na późniejsze rozpoznawanie autyzmu u kobiet.
- Różnicę w liczbie diagnoz stara się wyjaśniać teoria *kobiecego efektu ochronnego* (Female Protective Theory), zakładająca, że kobiety są bardziej „uodpornione” na wystąpienie cech autystycznych i dopiero poważniejsze mutacje genetyczne i wpływ środowiska powodują wystąpienie objawów. „*Dziewczęta autystyczne powinny mieć większy ładunek genetyczny niż chłopcy, aby móc wyrażać ten sam poziom cech*” – zauważają L. Hull, K.V. Petrides i W. Mandy w swoich badaniach (The Female Autism Phenotype and Camouflaging: a Narrative Review, 2020, s. 307). Brakuje jednak badań jednoznacznie potwierdzających tę tezę – zob. np. (Dougherty, Marrus, Maloney i inni, 2022).
 - Dodatkową trudnością jest fakt, że prezentacja symptomów u kobiet może ewoluować, co wymaga uwzględnienia również wieku w opisie żeńskich cech autystycznych. Kobiety łatwiej „uczą się” relacji społecznych, komunikowania intencjonalnego i utrzymywania kontaktu wzrokowego (choć może to być dla nich dyskomfortowe) i - wraz z wiekiem - rozwijają wiele strategii adaptacyjnych i kompensacyjnych, które mają ukrywać ich autystyczne cechy i brak zrozumienia dla zasad społecznego funkcjonowania (Mazzone, Siracusano i Pelphrey, 2024, s. 40). Z upływem lat zmniejsza się również liczba zachowań powtarzalnych – kobiety kontrolują się lepiej w otoczeniu innych ludzi (National Autistic Society, Repeated movements and behaviour (stimming), brak daty) – jak również potrafią powstrzymać gwałtowne reakcje na agresywne bodźce sensoryczne.

4. ROZDZIAŁ IV adaptacja testu GQ-ASC dla dorosłych kobiet

Wybór, uwagi do przekładu

Uwagi do przekładu językowego

Tłumaczenie testu z języka angielskiego na polski zostało wykonane przez autorkę. Przekład nie jest tłumaczeniem dosłownym, lecz trawestacją, w której autorka starała się uwzględnić cel stawianych pytań, by uzyskać równoważność psychometryczną pytań i zachować jak najwyższą trafność treściową testu (Brzeziński, 2023, s. 415). Część pytań została doprecyzowana, by uniknąć wieloznaczności oraz subiektywnej interpretacji badanych (Brzeziński, 2023, s. 370-371). Z uwagi na powyższe zrezygnowano z procedury retranslacji.

Zaproponowane przez autorkę tłumaczenie zostało skonsultowane z dr Joanną Felczak (brak uwag do przekładu), dr n. o zdrowiu Ewelina Sobochą (brak uwag do przekładu) oraz z dr n. med. Magdaleną Sikorą, która wykonała własny przekład i wskazała kilka punktów wymagających doprecyzowania tłumaczenia:

Tabela 1

Tłumaczenie pierwotne i propozycje zmiany jego treści.

Item	Wersja v1 tłumaczenia (autorka)	Propozycja zmiany – dr M. Sikora	Wersja finalna v2
2	Interesuję się literaturą fantastyczną	W tym pytaniu chodzi o literaturę fikcyjną/fikcyjną. Literatura fantastyczna, to fantasy; literatura fikcyjna to przeciwieństwo literatury faktu.	Interesuję się literaturą fikcyjną.
5	Kiedy miałam 5–12 lat, tworzyłam własne złożone „ustawienia” /	W wieku 5-12 lat tworzyłam własne, złożone scenariusze zabaw z użyciem zabawek	Gdy miałam 5-12 lat ustawiałam zabawki według własnych, złożonych wzorów

	„konstrukcje” z zabawek		
7	Uważnie obserwuję inne kobiety podczas spotkań towarzyskich	Uważnie obserwuję jak inne kobiety się ze sobą komunikują	Uważnie obserwuję inne kobiety w sytuacjach towarzyskich, żeby się od nich uczyć zachowań społecznych ⁹⁸ .
8	Interesują mnie kobiety o silnej osobowości, które mówią mi, co mam robić	Pociągają mnie kobiety o silnych osobowościach, które mówią mi, co mam robić.	Fascynują ⁹⁹ mnie kobiety o silnych osobowościach, które mówią mi, co mam robić.
9	Jestem jak aktorka. W różnych sytuacjach mogę odgrywać swoją rolę w zupełnie inny sposób.	Przejmuję / Odgrywam / Wchodzę w różne role w zależności od sytuacji.	Jestem jak aktorka. W różnych sytuacjach odgrywam taką rolę, jakiej się ode mnie oczekuje ¹⁰⁰ .
11	Nie lubiłam zabiegów pielęgnacyjnych (np. broniłam się lub płakałam podczas obcinania paznokci, strzyżenia włosów, czesania) lub gdy ktoś mnie dotykał (np. dotykał moich stóp).	W dzieciństwie lub obecnie odczuwam wyraźny dyskomfort podczas czynności pielęgnacyjnych (np. obcinanie paznokci, strzyżenie, czesanie) albo gdy ktoś mnie dotyka (np. dotyka moich stóp).	W dzieciństwie lub obecnie odczuwam wyraźny dyskomfort podczas czynności pielęgnacyjnych (np. obcinanie paznokci, strzyżenie, czesanie) albo gdy ktoś mnie dotyka (np. dotyka moich stóp).

⁹⁸ Istotny jest tutaj cel obserwowania kobiet. Autorka uważa, że sama obserwacja komunikacji to nie wszystko, ważne są również zachowania. Zaproponowany przez dr. M. Sikorę przekład zawęży również obserwacje do spotkań kobieta – kobieta, czego nie ma w oryginale.

⁹⁹ W oryginale – *pociągają mnie kobiety*. Autorka zdecydowała się na inne słowo, by uniknąć konotacji seksualnej.

¹⁰⁰ Dodano odwołanie do „bycia aktorką”, by pokazać kontekst i podkreślić, że mowa o udawaniu i „odgrywaniu roli”. Pytanie zostało również doprecyzowane, by było wiadomo, że udawanie jest wymuszone przez sytuację społeczną.

12	Niektóre sytuacje społeczne powodują, że milknę	Niektóre sytuacje społeczne sprawiają, że przestaję mówić	Niektóre sytuacje społeczne sprawiają, że przestaję mówić
14	Potrafię przez krótki czas utrzymywać zadowalający kontakt społeczny, ale potem czuję się wyczerpana	Potrafię przez jakiś czas dobrze funkcjonować towarzysko, ale później czuję silne zmęczenie.	Potrafię przez jakiś czas dobrze funkcjonować towarzysko, ale później czuję się wyczerpana ¹⁰¹
16	Odczuwam intensywne emocje	Przeżywam emocje bardzo intensywnie	Przeżywam emocje bardzo intensywnie
17	Zawsze przepraszam, gdy popełnię gafę	Przepraszam, gdy popełnię błąd w sytuacji społecznej	Zawsze przepraszam, gdy popełnię gafę w sytuacji społecznej ¹⁰²
18	W wieku 5–12 lat wolałam się bawić zabawkami dla dziewczyn	W wieku 5–12 lat wolałam zabawki typowo dziewczęce	W wieku 5–12 lat wolałam się bawić zabawkami uważanymi za dziewczęce ¹⁰³
19	W wieku 5–12 lat wolałam się bawić zabawkami dla chłopców	Typowo chłopięce	W wieku 5–12 lat wolałam się bawić zabawkami uważanymi za chłopięce
20	Miałam zainteresowania znacznie wykraczające poza mój wiek (np. opera)	Moje zainteresowania były dojrzałe jak na mój wiek (np. opera). literatura klasyczna, nauka języków obcych, historia sztuki, muzyka poważna, astronomia. Takie inne przykłady przychodzą mi do głowy	W dzieciństwie moje zainteresowania były zbyt dojrzałe jak na mój wiek (np. opera, historia sztuki, literatura, nauki ścisłe, nauki przyrodnicze, muzyka poważna itp.)

¹⁰¹ Autorka zdecydowała się zostawić słowo wyczerpana – to nie jest zwykłe zmęczenie, to burnout (zob. r. II).

¹⁰² Autorka zdecydowała się na użycie słowa gafa, z uwagi na to, że błędy popełniają wszyscy. Gafa ma inny ładunek emocjonalny, jak również często łączy się ze wstydem.

¹⁰³ Zmieniono sformułowanie, by nie powielać stereotypów płciowych.

Skala Likerta	środkowe odpowiedzi na skali Likerta: nie zgadzam się / zgadzam się	środkowe odpowiedzi na skali Likerta – brzmienie „trochę się zgadzam”, „trochę się nie zgadzam”	Pozostawienie wersji nie zgadzam się / zgadzam się ¹⁰⁴
------------------	--	--	---

Finalna wersja testu użytego do badania znajduje się w załączniku nr 1. Chcąc poznać sposób interpretowania i rozumienia testu przez osoby ankietowane, autorka załączyła do badania możliwość dodawania komentarzy, które zostały później przeanalizowane.

Kwestionariusz został przygotowany z wykorzystaniem formularzy Google i opublikowany na portalach i stronach związanych z osobami dorosłymi w spektrum (m.in. Autystowo.pl), jak również w mediach społecznościowych (m.in. grupa Dziewuchy dziewczuchom). Autorka wykorzystała również własne kontakty i blog.

Autorka, świadoma ograniczeń, celowo zdecydowała się na taką formę badania, gdyż umożliwiła ona dotarcie do szerokiej bazy odbiorców autystycznych (ogólnopolskie grupy wspierające, grupy tematyczne). Umożliwiła ona również ograniczenie niektórych czynników mogących wpływać na wynik prawdziwy (stres, badania w obecności drugiej osoby, nieznane miejsce, sytuacja „testowania”). W przypadku osób autystycznych te zmienne mogłyby mocno wpłynąć zarówno na proces wypełniania ankiety, jej wyniki, jak i dobrostan badanych.

Analizy statystyczne zostały wykonane z użyciem programów Excel i Jamovi.

Założenia badawcze i potencjalne problemy metodologiczne

Wyróżniono trzy kryteria różnicujące grupy badawcze: osoby mające diagnozę nozologiczną spektrum / Zespołu Aspergera, mające autodiagnozę oraz grupa kontrolna – osoby bez diagnozy (neurotypowe). Grupa z autodiagnozą spektrum została wprowadzona z uwagi na trudności z otrzymaniem profesjonalnej diagnozy opartej o znajomość prezentacji kobiecego fenotypu autyzmu¹⁰⁵, jak również dlatego, że dla wielu osób autodiagnoza jest wystarczająca i nie szukają jej potwierdzenia w oficjalnym postępowaniu psychologiczno-

¹⁰⁴ Autorka ma wątpliwości czy odpowiedzi *trochę się nie zgadzam* i *trochę się zgadzam* nie oznaczają tego samego i są różnicujące. Odpowiedź *zgadzam się* lub *nie zgadzam się* jaśniej określa stosunek do pytania.

¹⁰⁵ M.in. koszty diagnozy, dostępność do psychologów i psychiatrów diagnozujących dorosłe kobiety, czas oczekiwania, por. rozdział III.

psychiatrycznym. Jako grupę kontrolą wyznaczono osoby niemające psychiatrycznej diagnozy spektrum / Zespołu Aspergera i nie podejrzewające u siebie tego typu zaburzeń (w założeniu – osoby neurotypowe). Rodzi to jednak potencjalne problemy badawcze:

1. Brak wiedzy o spektrum autyzmu, niewłaściwe rozumienie pojęcia przez pryzmat mitów społecznych i stereotypów. Promowany przez wiele lat w mediach wizerunek osób autystycznych może wpływać na postrzeganie i rozumienie czym jest spektrum. Osoby w spektrum są często przedstawiane jako osoby niepełnosprawne, oderwane od świata i życia, geniusze i sawanci (Cook i Michelle, 2018, s. 24-25); „*nienormalni geniusze*” (Walter, 2016, s. 94) w stylu RainMana lub osoby nieróżniące się od innych członków społeczności – zgodnie z założeniem, że każdy jest trochę autystyczny (Walter, 2016, s. 94)). Kobiety fenotyp różni się od męskiego, z uwagi m.in. na wysokie umiejętności kamuflowania odmienności. W efekcie wiele osób nawet nie zdaje sobie sprawy z tego, że mogą być wysokofunkcjonującymi autystami, a swoje trudności przypisują innym cechom i okolicznościom (np. wrażliwości, delikatności, podatności na depresję i lęk). W wynikach grupy kontrolnej mogą się więc znaleźć kobiety, które mają wysokofunkcjonujący autyzm, ale nie zostały nigdy zdiagnozowane (bo takiej diagnozy nie szukały).
2. Luka diagnostyczna wśród kobiet – wiele dorosłych kobiet może nie mieć świadomości, że są autystyczne, ponieważ odmówiono im takiej diagnozy opierając się na poprzednich kryteriach diagnostycznych i poprzednim rozumieniu autyzmu („choroba” wieku dziecięcego, jedynie męski fenotyp). Osoby te mogą statystycznie zostać przypisane do grupy kontrolnej, chociaż faktycznie nie są osobami neurotypowymi.
3. Błędy diagnostyczne. Trudnością w badaniu będzie także współwystępowanie innych zaburzeń psychiatrycznych we wszystkich grupach, które mogą wpływać na funkcjonowanie osoby m.in. w zakresie kontaktów społecznych lub maskowania się. Osoby mające diagnozę np. fobii społecznej lub depresji mogą nie szukać dalszych przyczyn swoich trudności, a co za tym idzie – nie mieć świadomości, że mogą mieć również spektrum autyzmu. Spowodowuje to błędne przypisanie do grupy kontrolnej.
4. Wśród osób autystycznych jest więcej osób o niebinarnych lub transpłciowych tożsamościach płciowych niż w populacji ogólnej¹⁰⁶, co mogło prowadzić do błędnego przypisania płci w kwestionariuszu. By uniknąć tego błędu, oprócz binarnego podziału płci

¹⁰⁶ Badania Cambridge University pokazują, że 3,5 % do 6,5 % dorosłych osób transpłciowych i o zróżnicowanej płci jest w spektrum autyzmu, wobec 0,4-1,3 % w populacji ogólnej (Warrier, Greenberg, Weir i inni., 2020).

w metryczce dodano również opcję „osoba niebinarna”, a także możliwość wpisania identyfikacji płciowej.

5. Ankieta została rozesłana z wykorzystaniem mediów społecznościowych i własnych kontaktów autorki i wypełniona online przez zainteresowane osoby. Zebrane wyniki mogą być obarczone błędem, z uwagi na deklaracyjny charakter odpowiedzi i brak weryfikacji diagnozy (autorka nie sprawdzała czy osoby potwierdzające diagnozę nozologiczną rzeczywiście taką mają). Jednocześnie autorka założyła, że nie ma powodów, by w tej kwestii osoby kłamały – ankieta była anonimowa; bycie autystycznym nie jest już piętnem społecznym, a osoby autystyczne coraz częściej swoją neuroróżnorodność traktują jako powód dumy, a nie wstydu.

Uwaga ogólna do wersji testu

Autorka korzystała z wersji testu udostępnionego przez autorów na stronie Tony’ego Attwooda i Michelle Garnett (GQ-ASC Scale for Adult Women, 2025). W teście tym wszystkie pozycje są kodowane dodatnio (nie ma pozycji odwróconych). Analiza korelacji wykazała jednak, że pozycje nr 3 i 18 korelują ujemnie z sumą i powinny być punktowane odwrotnie. Tej informacji nie ma na udostępnionym kwestionariuszu (jest informacja, że należy zsumować wszystkie pozycje i pozycje odwróconych nie ma). Autorka uważa, że to może być błąd (zarówno na podstawie analizy korelacji, jak i treści pytań – por. pytania 18 i 19, które nie powinny punktować tak samo).

Jednocześnie w artykule poświęconym walidacji testu GQ-ASC dla grupy dorosłych kobiet (Brown, Attwood, Garnett i Stokes, 2020) skala podana w załączniku zawiera sześć punktowanych odwrotnie itemów (całą kategorię dotyczącą wyobraźni i zabawy: od 1 do 5 oraz item 18). Analiza statystyczna wskazuje jednak, że tylko dwa z nich – wspomniane powyżej (3 i 18) korelują ujemnie.

Autorka napisała do autorów testu z prośbą o wyjaśnienie rozbieżności, jednak do chwili złożenia pracy nie otrzymała informacji zwrotnej.

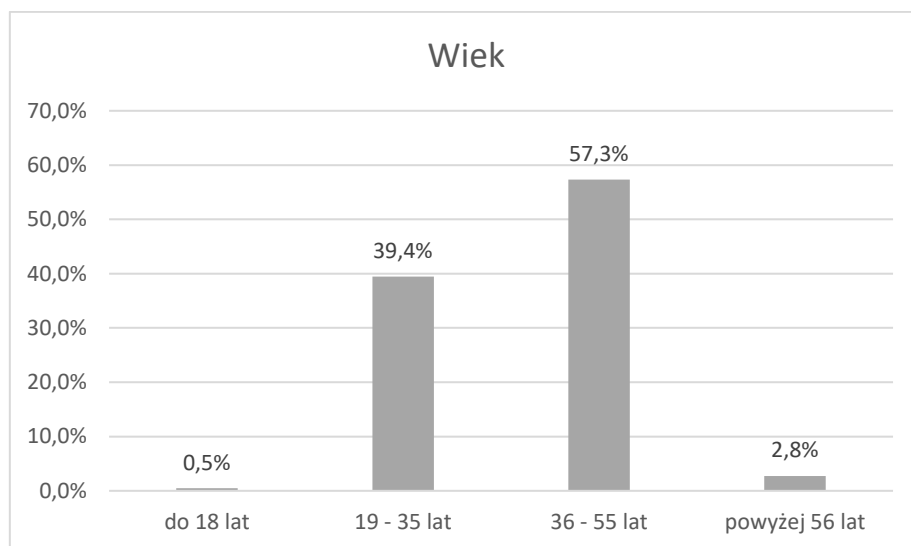
Wobec powyższego Autorka zdecydowała się wprowadzić modyfikację punktacji, by ta odpowiadała wynikom analiz statystycznych. Wydaje się to również uzasadnione z uwagi na teorię autystycznego fenotypu autyzmu i opisanych w niej cech dorosłych kobiet w spektrum¹⁰⁷.

¹⁰⁷ Zob. rozdz. III tej pracy.

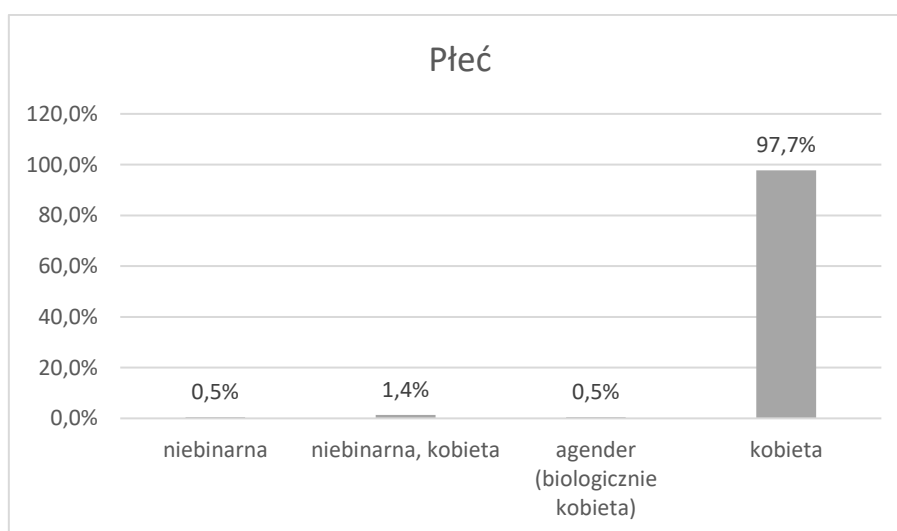
Badanie GQ-ASC-AWS – statystyki opisowe

Badanie przeprowadzono w dniach od 18.12.2025 do 24.04.2026. Otrzymano 219 ankiet. Do dalszej analizy statystycznej (wymóg płci i wieku) zakwalifikowano $N=218^{108}$.

Przeważającą większość ankietowanych to osoby dorosłe, w okresie wczesnej i średniej dorosłości (łącznie ok. 97%). Ankietę wypełniły głównie osoby identyfikujące się jako kobiety.



Rysunek 3. Rozkład wieku ankietowanych.



Rysunek 4. Płeć respondentów.

¹⁰⁸ Odrzucono ankietę nr 124 - brak informacji o płci. Ankietę nr 172 wypełniła osoba w przedziale wieku do 18 lat. Autorka doprecyzowała, że jest to respondentka mająca ukończone 17 lat i zdecydowała się uwzględnić tę ankietę w analizie, z uwagi na bliskość do minimalnej granicy wieku.

Tabela 2

Statystyki opisowe

					Skośność		Kurtoza		Test Shapiro-Wilka	
	N	Średnia	Mediana	SD	Skośność	SE	Kurtoza	SE	W	p
WIZ1	218	2.79	3.00	1.155	-0.3849	0.165	-1.322	0.328	0.821	<.001
WIZ2	218	2.93	3.00	1.136	-0.5495	0.165	-1.171	0.328	0.799	<.001
WIZ3[odwr]	218	2.37	2.00	1.108	0.0945	0.165	-1.348	0.328	0.852	<.001
WIZ4	218	2.34	2.00	1.257	0.2208	0.165	-1.607	0.328	0.794	<.001
WIZ5	218	2.59	3.00	1.161	-0.1358	0.165	-1.439	0.328	0.840	<.001
M6	218	2.69	3.00	1.074	-0.3294	0.165	-1.138	0.328	0.852	<.001
M7	218	2.75	3.00	1.100	-0.4175	0.165	-1.140	0.328	0.837	<.001
M8	218	2.22	2.00	1.159	0.3143	0.165	-1.392	0.328	0.821	<.001
M9	218	2.90	3.00	1.073	-0.5881	0.165	-0.919	0.328	0.824	<.001
WS10	218	2.38	2.00	1.174	0.1288	0.165	-1.476	0.328	0.834	<.001
WS11	218	2.74	3.00	1.183	-0.3494	0.165	-1.394	0.328	0.817	<.001
WS12	218	2.93	3.00	1.101	-0.5863	0.165	-1.020	0.328	0.813	<.001
WS13	218	3.08	4.00	1.141	-0.8206	0.165	-0.865	0.328	0.746	<.001
KS14	218	3.38	4.00	0.914	-1.3401	0.165	0.714	0.328	0.695	<.001
KS15	218	2.98	3.00	1.065	-0.5877	0.165	-0.983	0.328	0.813	<.001
KS16	218	3.48	4.00	0.775	-1.4954	0.165	1.684	0.328	0.684	<.001
KS17	218	2.99	3.00	0.926	-0.4389	0.165	-0.855	0.328	0.841	<.001
Z18[odwr]	218	2.67	3.00	1.062	-0.2066	0.165	-1.182	0.328	0.864	<.001
Z19	218	2.46	2.00	1.061	0.1676	0.165	-1.196	0.328	0.861	<.001
Z20	218	2.69	3.00	1.162	-0.2772	0.165	-1.386	0.328	0.832	<.001
Z21	218	2.72	3.00	1.172	-0.3415	0.165	-1.369	0.328	0.822	<.001

Trafność testu

Autorka nie podziela unitarnej koncepcji trafności Roberta M. Guiona (Brzeziński, 2023, s. 371), dlatego też zbadała osobno trafność teoretyczną, kryterialną i treściową testu.

Trafność teoretyczna

Test GQ-ASC-AWS jest oparty na teorii Kobiecego Fenotypu Autyzmu (zob. r. III). Z uwagi na to, że jest to adaptacja kulturowa testu, autorka oparła się na badaniach wersji oryginalnej (Brown, Attwood, Garnett i Stokes, 2020), jak również na własnej analizie wykonywanej przy transkrypcji itemów¹⁰⁹.

Tabela 3

Trafność teoretyczna GQ-ASC-AWS w odniesieniu to teorii kobiecego fenotypu autyzmu

Cechy wyróżniające Kobiecy Fenotyp Autyzmu	Pytania testowe
„Uwewnętrzniony” typ autyzmu	1-5
Relacje społeczne, maskowanie, kamuflowanie cech autystycznych	6-9; 14-17
Różnice w zakresie zainteresowań i zachowań	18-21
Odmienna wrażliwość sensoryczna	10-13

Trafność kryterialna

Trafność kryterialna testu została zmierzona z wykorzystaniem współczynnika korelacji ρ Spearmana¹¹⁰ oraz w odniesieniu do diagnozy psychiatrycznej (nozologicznej). Autorka zna wątpliwości dotyczące tego sposobu oceniania trafności testu i zgadza się z problemem nie zawsze zadowalającej intersubiektywności takiej diagnozy (Brzeziński, 2023, s. 370) (Morison, 2016, s. 28). Uznała ją jednak za najstabilniejsze kryterium oceny trafności, z uwagi na szereg problemów psychometrycznych związanych z innymi testami przesiewowymi w kierunku autyzmu¹¹¹.

¹⁰⁹ Zob. uwagi do przekładu językowego testu.

¹¹⁰ Z uwagi na rozkład odbiegający od rozkładu normalnego zrezygnowano z analizy z użyciem korelacji Pearsona, wybierając korelację Spearmana.

¹¹¹ Zobacz więcej m.in. rozdz. III problemy diagnostyczne kobiet.

Tabela 4

Korelacja rho Spearmana item – suma

ITEM	<i>rho</i> Spearmana
WIZ1-SUMA	0.333***
WIZ2-SUMA	0.268***
WIZ3-SUMA	-0.449***
WIZ4-SUMA	0.304***
WIZ5-SUMA	0.497***
M6-SUMA	0.591***
M7-SUMA	0.689***
M8-SUMA	0.525***
M9-SUMA	0.581***
WS10-SUMA	0.695***
WS11-SUMA	0.636***
WS12-SUMA	0.596***
WS13-SUMA	0.616***
KS14-SUMA	0.554***
KS15-SUMA	0.723***
KS16-SUMA	0.449***
KS17-SUMA	0.309***
Z18-SUMA	-0.388***
Z19-SUMA	0.357***
Z20-SUMA	0.604***
Z21-SUMA	0.299***

Uwaga. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

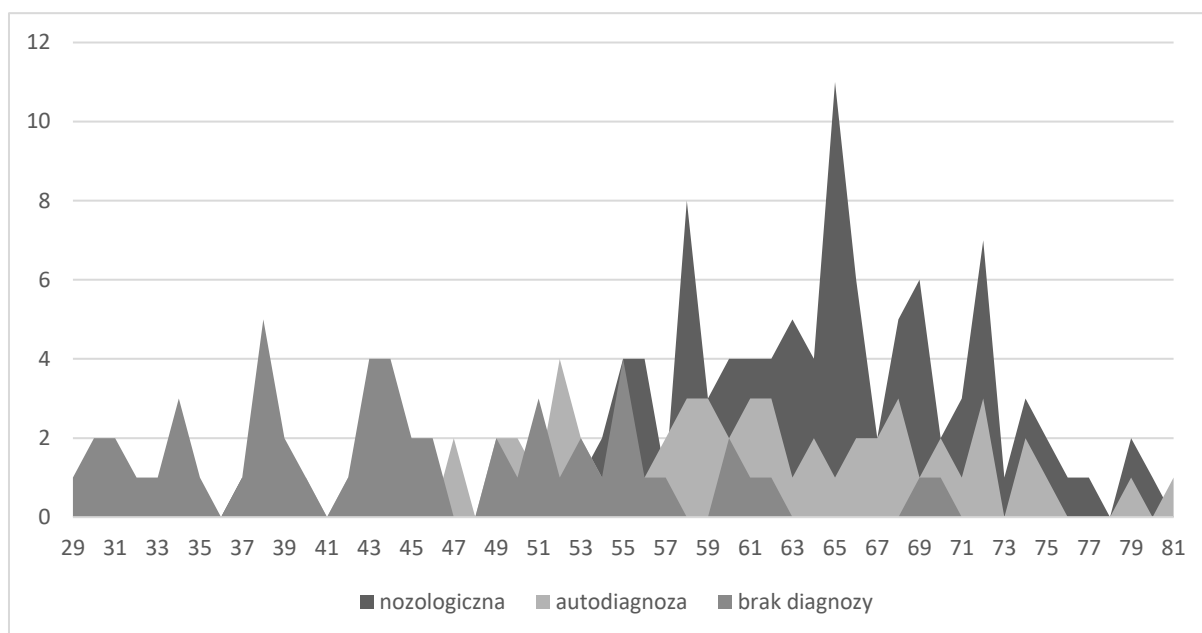
Analiza korelacji wskazuje na istotność statystyczną wyniku we wszystkich itemach ($p < .001$). Itemy WIS3 i Z18 korelują negatywnie z wynikiem i zostały przekodowane (punktacja odwrócona). Itemy 1, 2, 4, 17, 18, 19 i 21 wykazują niską zależność, pozostałe itemy wykazują umiarkowaną i wysoką zależność.

Tabela 5

Korelacje między sumą uzyskanych punktów, a rodzajem diagnozy

Statystyki opisowe										
							Skośność		Kurtoza	
	N	Średnia	Mediana	SD	Min	Max	Skośność	SE	Kurtoza	SE
Diagnoza nozologiczna	105	63.4	65	8.31	34	80	-0.7547	0.236	1.409	0.467
Autodiagnoza	58	60.4	60.5	9.39	40	81	-0.0290	0.314	-0.508	0.618
Bez diagnozy	55	45.4	44	10.17	29	70	0.3682	0.322	-0.472	0.634

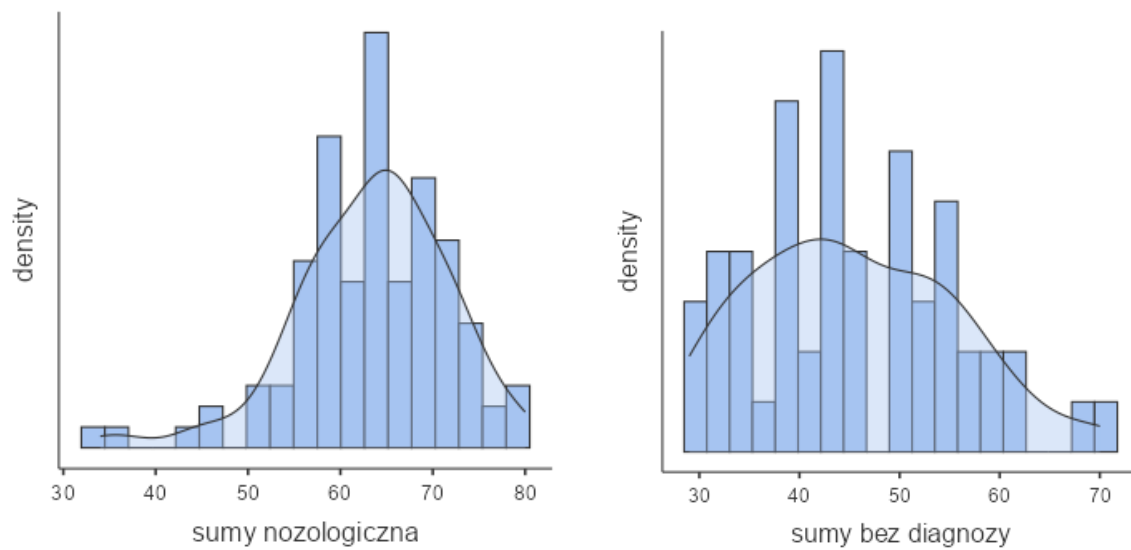
Grupa osób z diagnozą nozologiczną ma wyraźnie wyższą medianę i średnią niż grupa kontrolna (osoby bez diagnozy). Rozkład danych obrazuje różnice w wynikach.



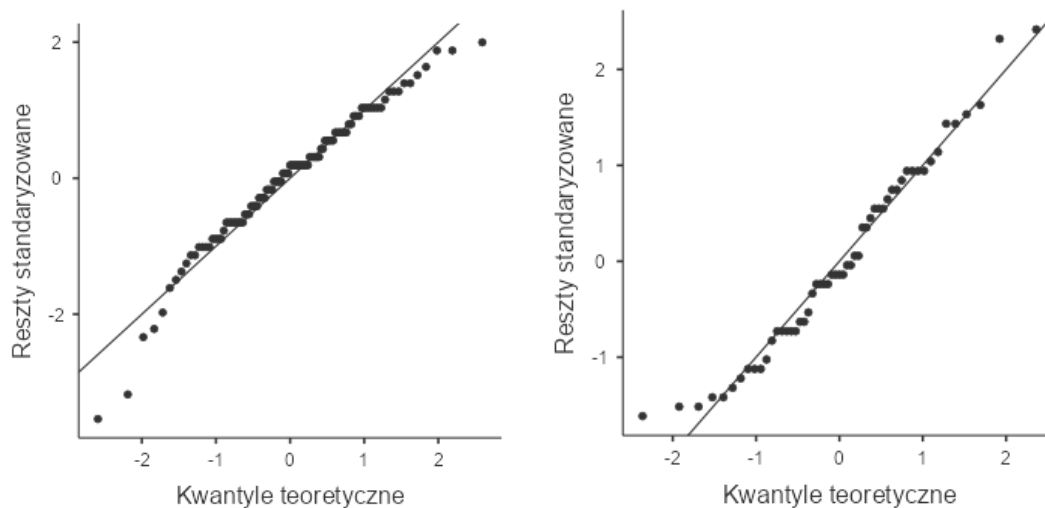
Rysunek 5. Rozkład wyników punktowych w trzech badanych grupach.

Wykres wyników osób z diagnozą nozologiczną jest lewostronnie skośny (-0,76), leptokurtyczny (1,4) – dane w większości skupiają się powyżej średniej. Wykres grupy

kontrolnej (bez diagnozy) jest prawostronnie skośny (0,37) i platykurtyczny (-0,47) – większość danych skupia się poniżej średniej.

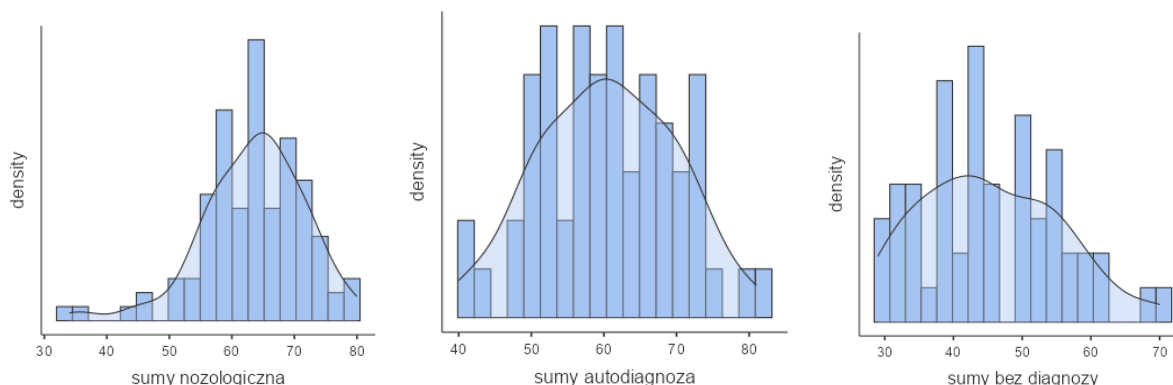


Rysunek 6 i 7. Rozkład wyników testu u osób z diagnozą nozologiczną (po lewej) i bez diagnozy (po prawej).



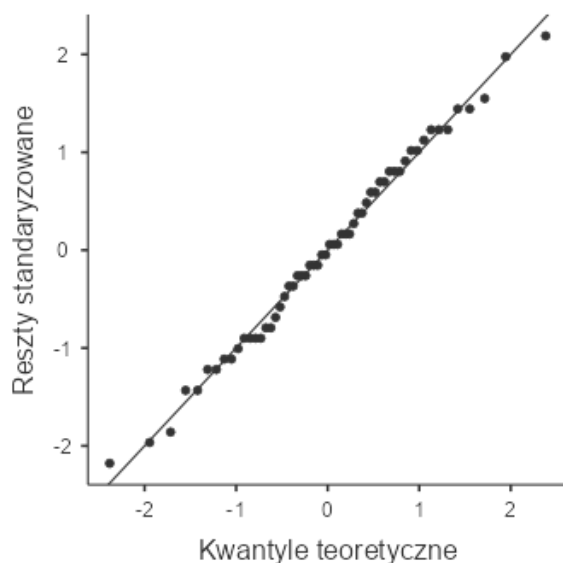
Rysunek 8 i 9. Rozkład wyników testu u osób z diagnozą nozologiczną (po lewej) i bez diagnozy (po prawej) – wykres k-k.

Grupa osób z autodiagnozą w założeniu powinna być najbardziej niejednorodna – znalazły się w niej osoby, które mają spektrum autyzmu (trafna autodiagnoza), jak również te, które go nie mają (błędna autodiagnoza).



Rysunek 10, 11 i 12. Rozkład wyników testu u osób z diagnozą nozologiczną (po lewej), autodiagnozą (w środku) i bez diagnozy (po prawej).

Mediana i średnia są zbliżone do wyników grupy ze spektrum (mediana niższa o 4,5 pkt, średnia o 3 pkt). Rozkład jest w niewielkim stopniu lewostronnie skośny (-0.03) oraz platykurtyczny (-0,5). W grupie tej występuje najwyższa wartość punktowa (81) uzyskana w badaniu (ankieta nr 168). Jest to osoba ze zdiagnozowanym PTSD, co może wpływać na wynik testu.



Rysunek 13. Rozkład wyników testu u osób z autodiagnozą – wykres k-k.

Rzetelność, trafność wewnętrzna (treściowa) testu

Analiza zgodności wewnętrznej testu została zbadana w wykorzystaniem α Cronbacha.

Tabela 6

Klasyczne statystyki rzetelności dla skal z punktacją odwróconą w pytaniach 3 i 18¹¹²

α Cronbacha

skala	0.858
-------	-------

Analiza wskazuje, że skala z 21 itemami (z rekodowaniem pozycji korelujących ujemnie: 3 i 18) ma rzetelność na poziomie 0.86, co jest wynikiem bardzo dobrym (standard dla testów przesiewowych $\alpha > 0,7$).

Tabela 7

Statystyki rzetelności dla pojedynczych itemów

		Po usunięciu danej pozycji
	Korelacja pozycji z wynikiem ogólnym	α Cronbacha
WIZ1	0.257	0.858
WIZ2	0.167	0.861
WIZ3 [odwr]	0.389	0.853
WIZ4	0.223	0.860
WIZ5	0.442	0.851
M6	0.524	0.848
M7	0.645	0.843
M8	0.433	0.851

¹¹² Patrz uwagi do testu.

M9	0.516	0.848
WS10	0.631	0.843
WS11	0.600	0.844
WS12	0.565	0.846
WS13	0.611	0.844
KS14	0.544	0.848
KS15	0.698	0.841
KS16	0.418	0.852
KS17	0.215	0.858
Z18 [odwr]	0.321	0.855
Z19	0.278	0.857
Z20	0.552	0.846
Z21	0.203	0.860

Analiza α Cronbacha w odniesieniu do poszczególnych itemów i ich wpływu na rzetelność testu wskazuje, że żadna z pozycji nie wpływa negatywnie na spójność kwestionariusza. Mimo niskiej korelacji z wynikiem ogólnym w niektórych itemach (brakiem spójności), usunięcie poszczególnych pozycji nie wpływa znacząco na wzrost α Cronbacha; żaden z itemów nie powinien zostać usunięty.

W celu sprawdzenia jednorodności skali ogólnej wykonano analizę czynnikową.

Tabela 8

Ładunki składowych (czynnikiowe)

	Składowa			
	1	2	3	Swoistość
WIZ1			0.880	0.218

WIZ2			0.879	0.223
WIZ3 [odwr]		0.516		0.602
WIZ4			0.392	0.818
WIZ5		0.433		0.710
M6	0.756			0.416
M7	0.791			0.325
M8	0.607			0.622
M9	0.704			0.492
WS10	0.525	0.415		0.518
WS11	0.369	0.636		0.453
WS12	0.495	0.439		0.560
WS13	0.411	0.600		0.461
KS14	0.508	0.336		0.607
KS15	0.709	0.372		0.351
KS16	0.473			0.725
KS17	0.536			0.659
Z18 [odwr]		0.749		0.424
Z19		0.700		0.478
Z20		0.572		0.544
Z21				0.913
Uwaga. Zastosowano rotację 'varimax'				

Analiza czynnikowa wskazuje, że każde z pytań w stopniu zadowalającym lub dobrym ładuje wybrany czynnik ($>0,4$). Pytanie WIZ4 jest blisko tej granicy (0,392), zostało

więc uznane również za spełniające te kryteria. Pytanie Z21 nie łąduje żadnego czynnika. Skalę ogólną można na tej podstawie uznać za jednorodną.

Stabilność testu

Badanie stabilności bezwzględnej testu, czyli stałości (Brzeziński, 2023, s. 354) wykonano w dniach 9.04 – 14.05.2026. Na powtórne badanie wyraziło zgodę 121 osób; finalnie do analizy stabilności zakodowano 56 arkuszy¹¹³. Z uwagi na fakt, że spektrum jest zaburzeniem neurorozwojowym (stałym) zdecydowano się na dłuższy odstęp czasowy między testem i retestem (58-145 dni), by sztucznie nie zwiększać współczynnika rzetelności (Hornowska, 2022, s. 50).

Tabela 9

Korelacja sumy testu 1 do sumy testu 2 – rho Spearmana

		SUMA TESTU 1 (z uwzgl. odwróconej punktacji WIS3 i Z18)
SUMA TESTU 2 (z uwzgl. odwróconej punktacji WIS3 i Z18)	rho Spearmana	0.881***
	df	53
	p	<.001

Między wynikami obu badań istnieje istotny statystycznie związek ($p<.001$). Wyniki korelują ze sobą dodatnio, bardzo silnie (ρ Spearmana = 0,881).

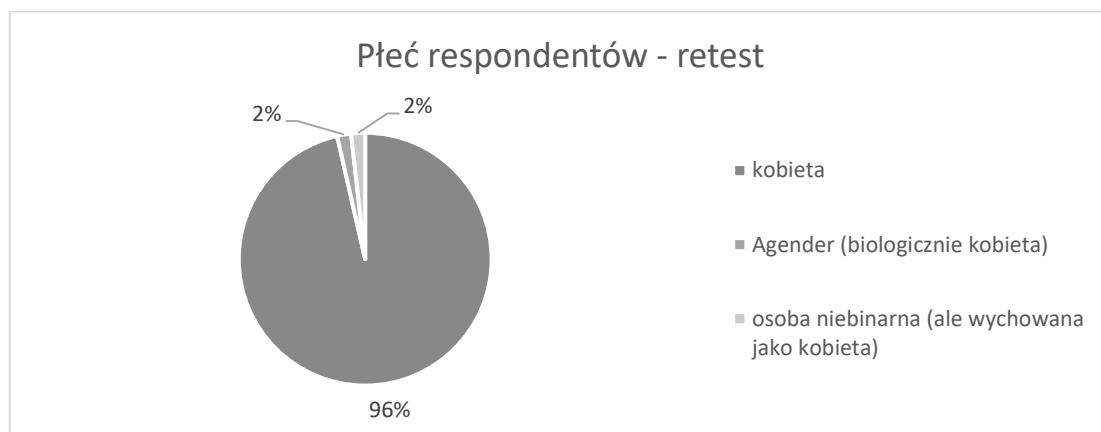
Współczynnik rzetelności otrzymano przeprowadzając test i retest tą samą wersją kwestionariusza na grupie $N=56$ osób¹¹⁴. Odstęp czasowy między pierwszym i drugim badaniem wyniósł między 58 a 145 dni. Badanie powtórne (retest) zostało przeprowadzone online, z wykorzystaniem formularzy Google – ankietowane w trakcie pierwszego badania

¹¹³ Jedna zgoda została wycofana na etapie retestu, jednego maila nie udało się sparować z pierwszym badaniem, jeden kwestionariusz został odrzucony z powodu braku informacji o płci.

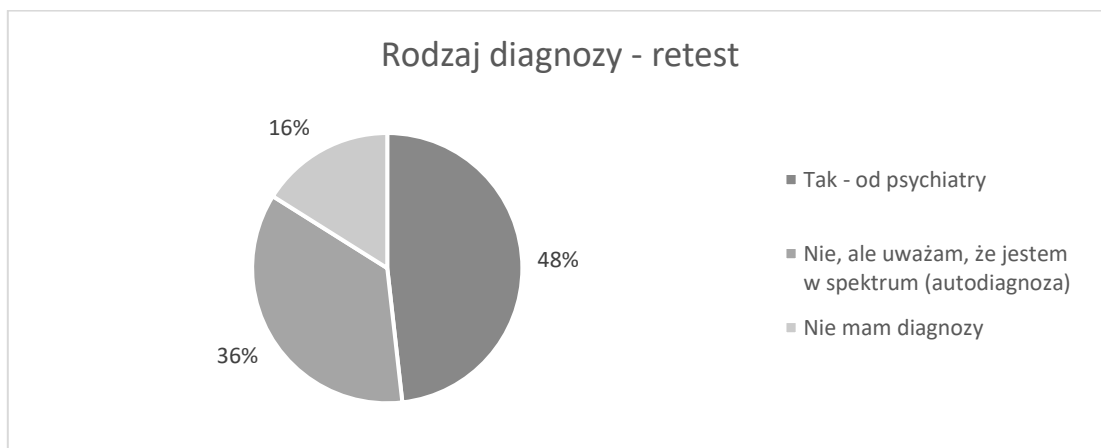
¹¹⁴ Z uwagi na możliwość wystąpienia czynników zakłócających i standardy APA dla badania test-retest podaję statystyki opisowe badanej powtórnie grupy oraz analizę rzetelności retestu (Brzeziński, 2023, s. 351-352).

wyrażały zgodę na powtórne wypełnienie testu. Do analizy danych wykorzystano program Excel i Jamovi.

Skład demograficzny próby stanowiły kobiety: 96% respondentek określiło się jako kobieta; 2% to osoby niebinarne (wychowane jako kobiety), a kolejne 2% - agenderowe (biologicznie kobiety). 48% badanych miało diagnozę spektrum / ZA od psychiatry, 36% uważało się za autystów, a 16% nie miało ani diagnozy, ani autodiagnozy.



Rysunek 14. Płeć respondentów uczestniczących w badaniu powtórnym (retest).



Rysunek 15. Rodzaje diagnozy respondentów uczestniczących w badaniu powtórnym (retest).

Tabela 10

Statystyki rzetelności dla retestu

	α Cronbacha
skala	0.832

Uwaga. Pozycja 'WIS2B' koreluje ujemnie z wynikiem ogólnym i prawdopodobnie powinna zostać rekodowana.

Wskaźnik rzetelności osiągnięty w badaniu powtórным jest zadowalający ($\alpha > 0,7$).

Analiza adaptacji testu – wnioski

Trafność, rzetelność, stabilność

Budowa testu odzwierciedla wszystkie grupy cech wyróżniających kobiet w spektrum, obejmując całe kontinuum kobiecego spektrum, co pozwala potwierdzić trafność teoretyczną testu.

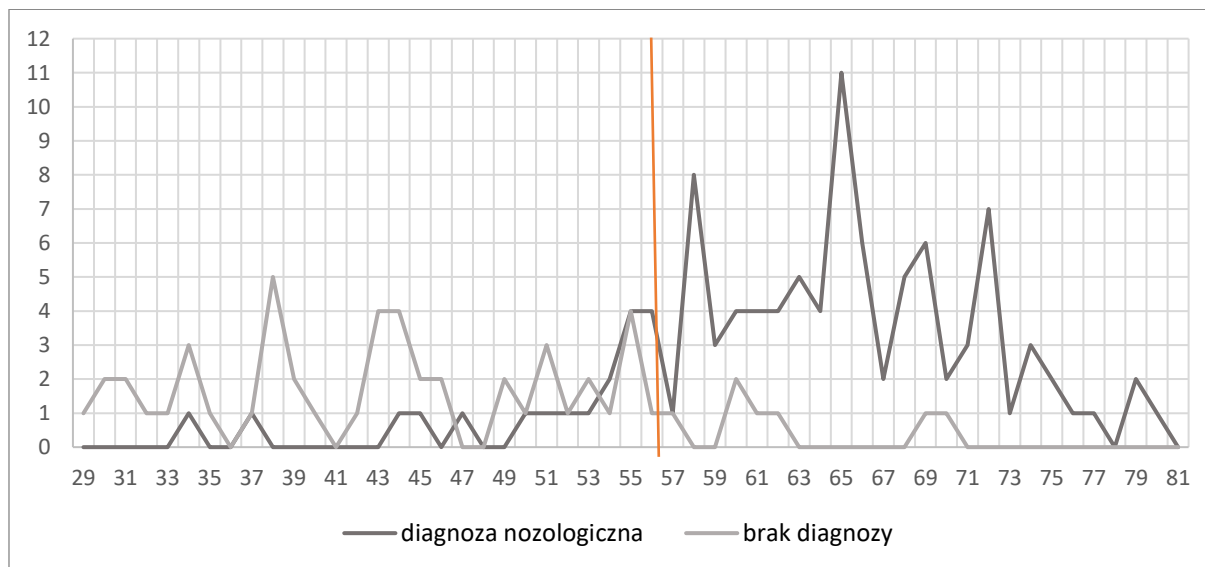
Trafność kryterialną badano w odniesieniu do diagnozy nozologicznej. Punkt odcięcia w wersji anglojęzycznej testu został ustalony na poziomie 56 pkt. Zastosowanie go do otrzymanych wyników daje skuteczność przesiewu w grupie autystycznej na poziomie 85,7 % („odcięte” 15 osób z diagnozą nozologiczną ze 105). Blisko punktu odcięcia (wyniki 50-55 pkt.) znajduje się 10 osób. Widocznie odstają dwa wyniki: 34 pkt. (ankieta nr 93) oraz 37 pkt. (ankieta nr 120). Obie badane mają stwierdzone ADHD, jak również zaburzenia odżywiania i obie otrzymały diagnozę w wieku dorosłym (35 i 40 lat).

Jednocześnie w grupie kontrolnej (brak diagnozy) próg odcięcia przekroczyło 14,5 % (8) osób. Trudno jednoznacznie określić jaka jest tego przyczyna; mogą to być błędne wskazania testu (*false positive*), ale mogą to być również osoby autystyczne, o niskim nasileniu cech spektrum lub takie, które wypracowały już sobie sposoby radzenia z codziennością¹¹⁵. Wszystkie te osoby mają zaburzenia współwystępujące¹¹⁶, które mogą wpływać na wynik w obu kierunkach. Duża część tych wyników mieści się w zakresie blisko progu, przekraczając go o kilka punktów (57-62). Odstają dwa wyniki – 69 pkt. (ankieta nr 148) i 70 pkt. (ankieta nr 181). Pierwsza z ankietowanych jest osobą nieneurotypową (stwierdzone ADHD) – może to wskazywać na niezdiagnozowane spektrum (AuDHD). Druga z badanych zauważyła,

¹¹⁵ Pięć osób w przedziale wiekowym 19-35 lat, trzy w przedziale 36-55.

¹¹⁶ ADHD (2), depresja (4+ podejrzenie depresji), zaburzenia lękowe (3), PTSD (2), zaburzenia odżywiania (1), OCD (1), brak odpowiedzi (1). W czterech przypadkach jest to więcej niż jedno zaburzenie.

że ciężko było odpowiadać precyzyjnie na niektóre pytania używając skali 1-4, co może sugerować, że udzielone odpowiedzi nie do końca oddają rzeczywistą intencję badanej.

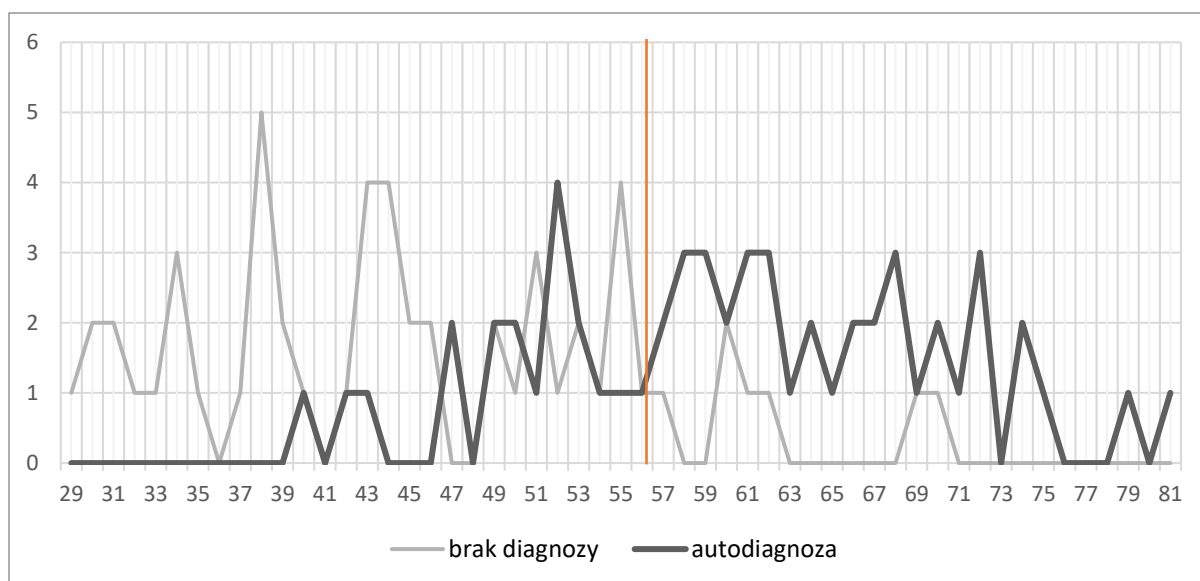


Rysunek 16. Rozkład wyników grupy z diagnozą i bez diagnozy wraz z punktem odcięcia.

W grupie z autodiagnozą trudno o jednoznaczne wnioski. 69 % badanych przekroczyło punkt odcięcia (56 punktów), sugerujący konieczność dalszych badań w kierunku spektrum. Może to sugerować skuteczność testu w wychwytywaniu osób autystycznych również w grupie z autodiagnozą (a więc trafne samodiagnozowanie)¹¹⁷, lecz nie musi.

W tej grupie najniższy uzyskany wynik (40 pkt.) był wyższy niż w grupie zdiagnozowanej psychiatrycznie (34). Tutaj również można interpretować to dwojako: z jednej strony osoby te mogą mieć większe nasilenie autystycznych cech (bez „oficjalnej” diagnozy wiedząc, że są w spektrum). Z drugiej strony taki wynik może wynikać np. z próby potwierdzenia postawionej sobie autodiagnozy i „oszukiwania” testu, by uzyskać wybrany rezultat. Dla osób mających podstawową wiedzę o kobiecym fenotypie autyzmu, przy braku skali kłamstwa, jest to stosunkowo proste.

¹¹⁷ Potwierdzeniem mogłoby być wykonanie diagnozy nozologicznej u badanych z tej grupy i sprawdzenie, w jakim stopniu pokrywa się ona z autodiagnozą.



Rysunek 17. Rozkład wyników grupy z autodiagnozą i brakiem diagnozy wraz z punktem odcięcia.

Autorka uznaje skuteczność wychwytywania przez test cech autystycznych na poziomie ok. 85 % za zadowalającą dla testu przesiewowego.

Analiza *rho* Spearmana we wszystkich itemach wskazuje na istotność statystyczną ($p < .001$). Pozwala to wyciągnąć wniosek, że warunek trafności kryterialnej testu został spełniony.

Korelacja *rho* Spearmana wyników w badaniu test- retest jest statystycznie istotna ($p > .001$) i wysoka (0.881). Powyższe dane wskazują, że stałość testu jest zadowalająca.

Itemy problematyczne

Problematyczne okazały się pytania o zachowania w wieku dziecięcym:

- nr 3 „W wieku 5–12 lat bawiłam się tak samo kreatywnie jak inne dziewczynki”
- nr 18 „W wieku 5–12 lat wolałam się bawić zabawkami uważanymi za dziewczęce”
- nr 19 „W wieku 5–12 lat wolałam się bawić zabawkami uważanymi za chłopięce”

Badane wskazywały na problemy z rozumieniem powyższych pytań. Zauważały, że nie pamiętają, jak bawiły się w tym wieku i jakie zabawki lubiły¹¹⁸. Jednocześnie

¹¹⁸ Zob. np. ankieta 69: „Nie odpowiada mi przedział wiekowy 5-12lat, trudno mi sobie przypomnieć czy akurat w tym wieku miałam dane ‘objawy’”. To zbyt duży przedział czasowy, żeby jednoznacznie odpowiedzieć: ‘tak’/‘nie’ na zadane pytanie.”; ankieta nr 95: „Niektóre pytania były dziwne no czy w wieku 5-12 bawiłam

podkreślały, że to pytanie jest nieadekwatne – zbyt obszernie sformułowane, zbyt ogólne, skierowane do niewłaściwych osób (powinno być skierowane do rodziców, którzy mogą to porównać)¹¹⁹.

Z uwagi na powyższe, pytania te wymagają dalszej weryfikacji.

- Z jednej strony wskazane byłoby potwierdzenie, czy zachowania autystyczne występują już od dzieciństwa, potwierdzając założenie o genetycznym, neurorozwojowym źródle autyzmu. W kontekście pojawiających się coraz częściej głosów o późniejszym ujawnianiu się autyzmu u kobiet (w okresie dojrzewania, kiedy standardy stają się bardziej wymagające) i łatwości dostosowywania się do oczekiwań otoczenia, warto zastanowić się, na ile te pytania są konieczne.
- Z drugiej, wielu autystów nie pamięta swoich pierwszych lat życia, co powoduje losowe wybieranie odpowiedzi i może wpływać na wynik ogólny testu.

Trudnością w tych pytaniach dla ankietowych jest również odniesienie do „normalnych” standardów, których nie znają („*tak samo kreatywnie jak inne dziewczynki*” – czyli jak?) oraz zbyt ogólny poziom pytań (problem, gdy w pewnych zabawach było się kreatywnym, a w innych nie lub nie miało się sprecyzowanego typu zabawek).

Autorka rozważa, czy dla respondentek nie byłoby łatwiejsza odpowiedź na pytanie pomijające konkretne ramy czasowe i zastąpienie ich sformułowaniem ogólnym np. „w dzieciństwie”. Być może warto byłoby się również odwołać do okresu dojrzewania, w którym niejednokrotnie po raz pierwszy uzewnętrzniają się cechy autyzmu u kobiet, a wiele osób pamięta go dobrze (np. „w szkole średniej”, „gdy byłam nastolatką”).

Konieczność doprecyzowania pytań lub instrukcji – czy sytuacja dotyczy tego co teraz czy ogólnie - biegu życia. Wiele kobiet mających diagnozę pracuje nad problemami wiążącymi

sie tak kreatywnie jak inne dziewczynki ? A skąd ja mam to wiedzieć jak bawiłam się w tym wieku zazwyczaj sama tak były to kreatywne zabawy ale porównanie czy były tak samo kreatywne jak typowych dziewczynek trzeba by skierować zapewne do rodziców”; ankietka 114: „Brakuje mi odpowiedzi ""nie wiem"", na przykład nie wiem, czy ustawiałam zabawki we wzory, nie pamiętam. W niektórych przypadkach nie jestem pewna, w jakim wieku coś miałam”. [wszędzie zachowano pisownię oryginalną]

¹¹⁹ Zob. np. ankietka nr 39: „pytania o zabawki dziewczęce i chłopięce są mało wnoszące - lubiłam niektóre zabawki dziewczęce i niektóre zabawki chłopięce jak również tego, które nie były kulturowe przypisane do płci, nie sądzę, żeby któreś przeważały. Jeżeli chodzi o kreatywność - były obszary, gdzie byłam dużo bardziej kreatywna od rówieśniczek (zabawy w teatr, w kabaret, wymyślanie nowych gier i zabawy, zabawy artystyczne - np. kolaże) a w innych tematach byłam zdecydowanie mniej kreatywna niż koleżanki” [zachowano pisownię oryginalną]. Ankietka nr 59: „Doprecyzuj, proszę, pytanie o kreatywne zabawy w wieku dziecięcym. Co konkretnie masz na myśli? O jaki typ kreatywności chodzi?”; ankietka 114: „Co to znaczy, że bawiłam się równie kreatywnie jak inne dziewczynki? Bawiłam się jak chłopcy, ale to nie znaczy, że to nie było kreatywne”.

się z funkcjonowaniem w świecie neurotypowym i dla własnego dobrostanu rezygnuje np. z maskowania w sytuacjach społecznych, zmienia sposób funkcjonowania (praca zdalna) itp. Nasilenie objawów zazwyczaj się wtedy zmniejsza, co może wpływać na wyniki przesiewu.

Problematyczna okazała się również czterostopniowa skala Likerta¹²⁰. Już na wstępnym etapie transkrypcji testu pojawił się problem z adekwatnym przełożeniem odpowiedzi i ich zróżnicowaniem. Badane kobiety wskazywały, że brakuje im piątej opcji – „*ani tak, ani nie*”¹²¹.

Trudnością w badaniach był status grupy kontrolnej. Z założenia powinna ona składać się z kobiet neurotypowych, jednakże problemy z uzyskaniem diagnozy, błędne diagnozy i brak wiedzy o kobiecym fenotypie autyzmu poddają ten status w wątpliwość. Jedną z opcji zweryfikowania grupy byłaby diagnoza w kierunku autyzmu osób, które uzyskały wysoki wynik w teście, jednakże jest to niemożliwe na tym etapie badania. W kolejnych badaniach być może należy przewidzieć taką możliwość i uzyskać wstępną zgodę badanych na pogłębioną diagnostykę w przypadku wysokiego wyniku przesiewu.

Ogromnym problemem interpretacyjnym jest nakładanie się diagnoz. Wiele zaburzeń zdrowia psychicznego może imitować zachowania autystyczne:

- wpływając na funkcjonowanie społeczne chorego i kontakty międzyludzkie (wystarczy wspomnieć chociażby tylko PTSD, depresję, zaburzenia lękowe, fobie, osobowość schizoidalną czy unikającą),
- powodując maskowanie się i kamuflowanie się w towarzystwie (np. wstyd i stygmatyzacja związane z „chorobą psychiczną”),
- imitując uwewnętrzniony typ autyzmu (np. przez ograniczanie obszaru zainteresowań „zewnętrznych”, związanych z kontaktami z ludźmi i wyjściem z domu – depresja, zaburzenia lękowe).

Z uwagi na to, że wiele z tych zaburzeń współwystępuje ze sobą, ogólny obraz funkcjonowania może sugerować spektrum. Autorka proponuje, by w diagnostyce kobiet uzupełniać badania

¹²⁰ Zob. ankieta 111: „Miałam problem z pytaniem ""W wieku 5–12 lat bawiłam się tak samo kreatywnie jak inne dziewczynki"". Jeśli chodzi o odpowiedź, to są 3 możliwości: bawiłam się tak samo kreatywnie, bawiłam się mniej kreatywnie, bawiłam się bardziej kreatywnie. Zastanawiałam się, czy odpowiedź ""nie zgadzam się"" obejmuje zarówno mniejszą jak i większą kreatywność. Być może tak i wszystko jest ok, ale daję znać, że to pytanie wywołało u mnie pewien zamęt myślowy.”; ankieta 181 „Na niektóre pytania trudno było odpowiedzieć precyzyjnie, używając skali 1-4:”).

¹²¹ Np. ankieta 137 „Pewnie jest to celowe, ale brakowało 5-tej, środkowej kropki w skali, która znaczyłaby *ani tak, ani nie*”.

przesiewowe w kierunku spektrum testami w kierunku depresji, zaburzeń lękowych, PTSD i innych zaburzeń, które mogą maskować – lub wręcz przeciwnie – „udawać” spektrum.

Punkt odcięcia

Autorka wykonała również analizy czy zmiana punktu odcięcia może wpłynąć na zwiększoną skuteczność przesiewu, bez podniesienia poziomu fałszywych alarmów (*false positive*).

Oryginalna wersja testu ustala punkt odcięcia na poziomie 56 punktów. Obniżenie progu do 55 pkt. zwiększa skuteczność przesiewu w grupie z diagnozą nozologiczną do 89,5 % („odcięte” 11 osób z diagnozą nozologiczną), ale jednocześnie zwiększa poziom błędnych wyników pozytywnych w grupie neurotypowej z 14,5 % (8 osób) do 21,8 % (12 osób). Niejasne jest, czy cztery osoby neurotypowe punktujące na poziomie 55 pkt. to osoby faktycznie neurotypowe¹²², czy osoby z brakiem diagnozy autyzmu lub innymi diagnozami, które mogą autyzm „symulować”¹²³. W grupie osób z autodiagnozą zmiana progu powoduje niewielką różnicę: z 69 % skuteczności przy 56 pkt., na 70,7 % skuteczności przy 55 pkt.

Proponuje się pozostawić próg odcięcia na 56 pkt., jednak nie traktować go zerojedynkowo (autyzm / brak autyzmu). Wyniki znajdujące się w bliskości tego progu (54 - 55 pkt.) powinny zostać dodatkowo zweryfikowane, bo również mogą wskazywać na konieczność dalszej diagnostyki w kierunku spektrum.

Rekomendacje – dalsze badania

Rekomendacje są odpowiedzią na problematyczne zagadnienia, które pojawiły się na etapie przekładu testu, badania i jego analizy statystycznej i psychometrycznej. Autorka proponuje:

1. Prowadzenie dalszych badań mających potwierdzić rzetelność i trafność walidowanej, polskiej wersji GQ-ASC-AWS.

¹²² Rodzi się pytanie na ile jest to faktycznie błędne przypisanie (osoba faktycznie neurotypowa), a na ile problem z brakiem diagnozy (osoba w spektrum, nie mająca świadomości swojej diagnozy). Zobacz więcej m.in. rozdz. III problemy diagnostyczne kobiet, rozdz. IV problemy badawcze.

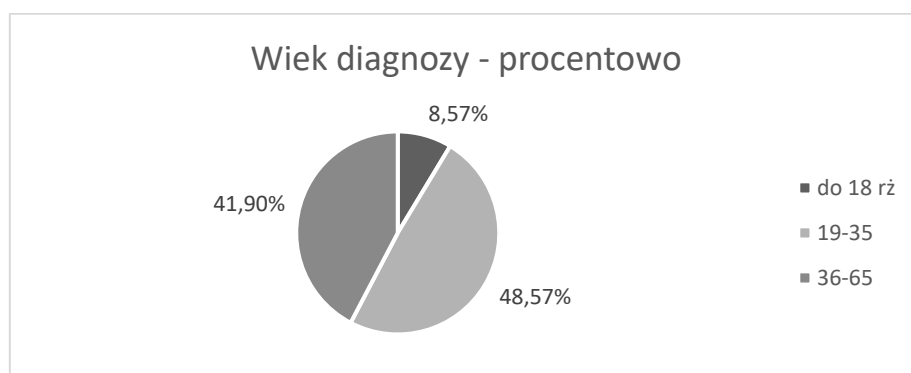
¹²³ Jedna osoba zadeklarowała ADHD, jedna depresję, jedna PTSD i jedna odmówiła odpowiedzi na pytanie o zaburzenia współistniejące.

2. Dopracowanie instrukcji – doprecyzowanie, czy chodzi o sytuację z całego życia, czy o ostatnie miesiące / lata¹²⁴. Mogłoby to zwiększyć skuteczność przesiewu. Potwierdzenie tej hipotezy wymaga dalszych badań.
3. Rozbudowę skali Likerta o piątą opcję – „*ani tak, ani nie*” i ewentualnie zmianę brzmienia pozostałych odpowiedzi (np. na *raczej się zgadzam / raczej się nie zgadzam*) – konieczne są dalsze badania, czy nie wpłynie to negatywnie na skuteczność przesiewu i dobroć psychometryczną testu.
4. Doprecyzowanie pytań, które sprawiają respondentom trudności m.in. tych dotyczących funkcjonowania w dzieciństwie.

Wyniki badań własnych

Wraz z adaptacją testu GQ-ASC autorka prowadziła badania własne, oparte o autorski kwestionariusz, stworzony na potrzeby tego badania. Dotyczył on funkcjonowania kobiet w spektrum w społeczności i zagadnień związanych z diagnozą. Była to ta sama grupa badawcza, przy udziale której walidowano test GQ-ASC-AWS¹²⁵.

Wyniki wskazują, że wiek nozologicznej diagnozy u kobiet jest znacznie opóźniony. Jedynie 8,5 % kobiet otrzymało diagnozę do 19. roku życia. Znaczna większość została zdiagnozowana w późniejszych latach: w okresie wczesnej dorosłości (do 35. r.ż.) prawie 50 %; w okresie średniej dorosłości (do 65. r.ż.) – ponad 42 %. Pokazuje to jak trudno uzyskać kobietom diagnozę w wieku dziecięcym i szkolnym.

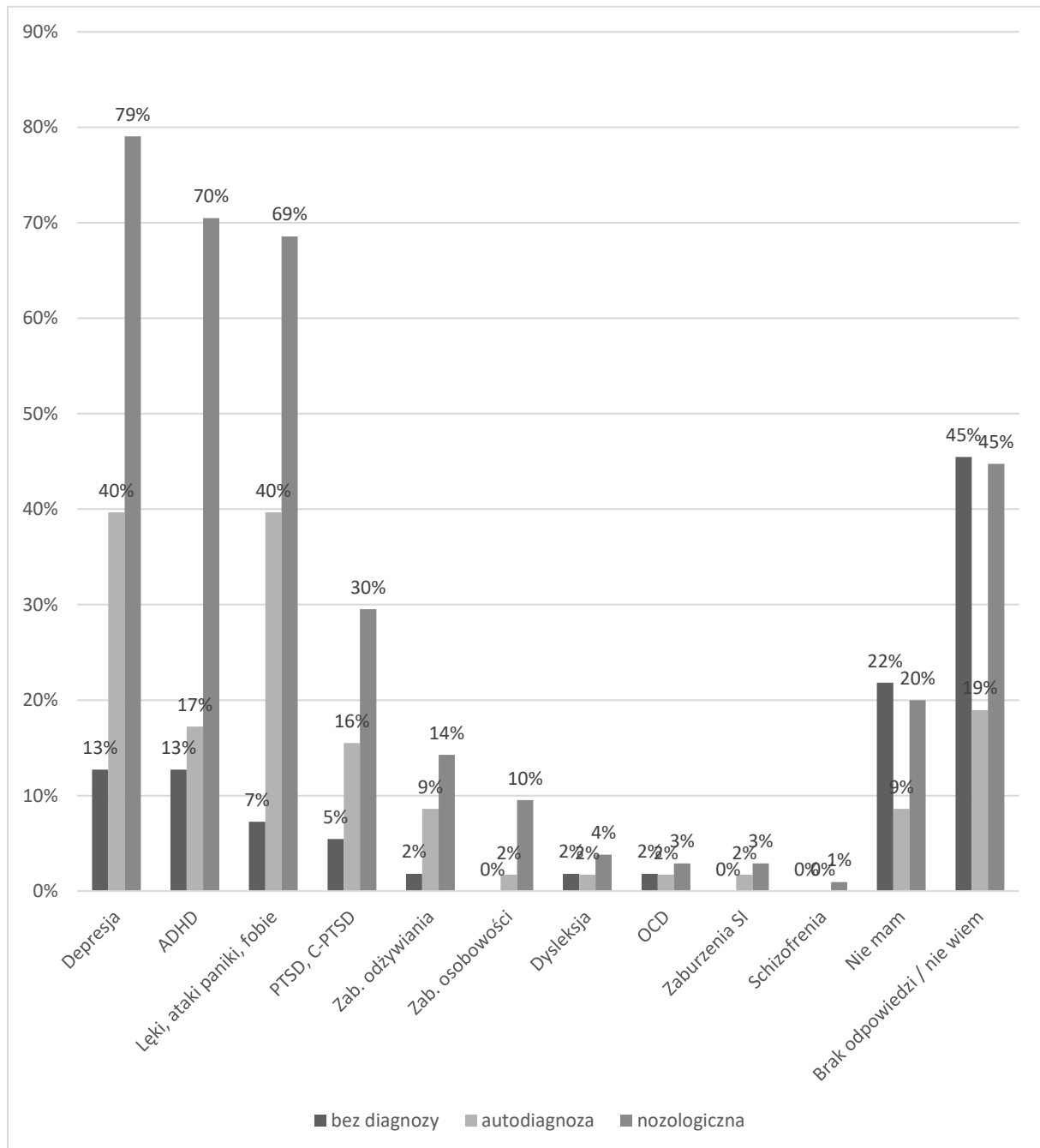


Rysunek 18. Wiek otrzymania diagnozy – przedziały.

¹²⁴ W komentarzach pojawiło się zaznaczenie, że „Lubiłam fantasy bardzo, a teraz już nie – co w takiej sytuacji zaznaczyć?” (ankieta nr 115).

¹²⁵ Zob. statystyki opisowe - r. IV.

Autorka badała również zaburzenia współistniejące, które mogą wpływać na błędną diagnozę, jej brak lub opóźnienie.



Rysunek 19. Zaburzenia zdrowia psychicznego we wszystkich badanych grupach.

W grupie osób autystycznych wiele respondentek ma kilka zaburzeń współwystępujących¹²⁶. Prawie 80 % z nich cierpi na depresję. Ponad 70 % ma zdiagnozowane ADHD (AuDHD), co może wskazywać na wspólny neurotyp obu tych zaburzeń. Bardzo dużo

¹²⁶ 71 % kobiet autystycznych, które mają jakieś zaburzenie współistniejące z ASD, ma więcej niż jedno takie zaburzenie (nie wliczono odpowiedzi nie mam i nie wiem).

osób (69 %) zmagają się z lękiem w różnych odmianach (GAD, fobie, lęk paniczny, zakwalifikowano tu również „nerwicę”), a prawie 30 % cierpi na PTSD lub C-PTSD.

Na uwagę zasługują również zaburzenia odżywiania (czasami utożsamiane również z neuroatypowością (Szalavitz, 2016)) – ma je 14 % ankietowanych. Pojedyncze osoby (3-4 %) mają współwystępującą dysleksję, OCD lub problemy z integracją sensoryczną (zakwalifikowano tu również odpowiedzi określające konkretne nadwrażliwości np. mizofonię).

Zaburzenia osobowości stwierdzono jedynie co u dziesiątej badanej, a schizofrenię u co setnej. 20 % nie boryka się z żadnymi innymi problemami ze zdrowiem psychicznym. Pojedyncze odpowiedzi dotyczyły również ChAD typu II, dystymii, psychozy urojeniowej.

W grupie kontrolnej (osoby bez diagnozy ASD) zazwyczaj występuje tylko jedno zaburzenie¹²⁷. Najczęściej pojawia się depresja (13 % ankietowanych) oraz ADHD (również 13 %). Zaburzenia lękowe ma zdiagnozowane 7 % badanych neurotypowych, a kolejne 5 % dostało diagnozę PTSD lub C-PTSD. Pojedyncze osoby wskazały na zaburzenia odżywiania, OCD czy dysleksję.

W obu tych grupach podobna liczba ankietowanych określiła, że nie ma żadnych diagnoz psychiatrycznych (20 % autyści, 22 % neuronormatywni), a także, że o nich nie wie lub odmawia odpowiedzi (odpowiednio 44 % i 45 %).

Porównanie obu grup jest uderzające; wskazuje na znaczne nasilenie napięcia w życiu kobiet autystycznych i trudności związane z zaakceptowaniem / dostosowaniem się do warunków świata neurotypowego. Kobiety autystyczne, oprócz zmagania się z problemami związanymi z funkcjonowaniem w neurotypowym świecie, borykają się również z wieloma zaburzeniami, które im to funkcjonowanie dodatkowo utrudniają. Autorka uważa, że wiele z tych zaburzeń (m.in. depresja czy PTSD) są wtórne wobec autyzmu – tworzą się na bazie ciągłego zmagania się z codziennością, odrzucenia, braku tolerancji, doświadczanej przemocy, konieczności maskowania i dopasowywania się do innych (Motyl-Adamczyk, Depresja i melt, 2022). Jednocześnie współwystępowanie wielu problemów psychicznych utrudnia zarówno diagnostykę, jak i terapię.

¹²⁷ W porównaniu do grupy autystycznej proporcje są tu odwrócone: 24 % osób ma więcej niż jedno zaburzenie (często są to zaburzenia powiązane np. depresja i zaburzenia lękowe), 77 % ma tylko jedno zaburzenie.

Wyniki w grupie osób z autodiagnozą ASD wskazują, że współwystępowanie zaburzeń zdrowia psychicznego jest częstsze niż w grupie kontrolnej, ale niższe niż w grupie badanej ze spektrum. Po 40 % respondentek wskazało na depresję i zaburzenia lękowe; 17 % na ADHD, a 16 % na PTSD i C-PTSD. 9 % boryka się z zaburzeniami odżywiania. Częściej niż w przypadku osób neurotypowych wymieniano dwa lub więcej zaburzeń jednocześnie, jednak nie tak często jak w grupie ze spektrum¹²⁸. Jedynie 9 % stwierdziło, że nie ma żadnych zaburzeń (o połowę mniej niż w pozostałych dwóch grupach), a 19 % nie ma wiedzy na ten temat bądź odmawia odpowiedzi.

Otrzymane wyniki wpisują się w podnoszone w dyskursie naukowym problemy dorosłych kobiet w spektrum autyzmu i ich funkcjonowania w przestrzeni społecznej.

Znaczące opóźnienie wieku otrzymania diagnozy u kobiet (Bartelt i Trinkl, 2025) sprawia, że dziewczynki na wczesnym etapie życia nie otrzymują adekwatnej pomocy, mogącej kształtować ich rozwój. Wpływa to na dalsze etapy życia (Sharma, Verma i Mehan, 2026, s. 588). Wykształcone w latach dzieciństwa mechanizmy obronne lub kompensacyjne sprawiają, że o diagnostykę w dorosłości jest jeszcze trudniej, ponieważ wiele objawów jest maskowanych, a te, które są widoczne, nie są zgodne ze stereotypowym postrzeganiem autyzmu. W efekcie kobiety ze spektrum nie mają możliwości rozwijania się w sposób zgodny ze swoimi potrzebami, próbując się dopasowywać do oczekiwanych wzorców i funkcjonujących stereotypów. Cierpi na tym ich zdrowie psychiczne, obniża się poczucie własnej wartości i sprawczości, co odbija się również na zdrowiu somatycznym (Larkin, Ralston, Dinsdale i inni, 2023), dodatkowo utrudniając codzienne funkcjonowanie.

Tym bardziej, że w wielu dziedzinach mających na celu wsparcie osób autystycznych sytuacja również jest daleka od zadowalającej. W zakresie opieki zdrowotnej autyści częściej doświadczają gorszych standardów, a kontakty z instytucjami są często przyczyną nasilenia zaburzeń psychicznych (m.in. lęków) (Weir, Allison i Baron-Cohen, 2022). Narażeni są także na wiele barier (m.in. sensorycznych, komunikacyjnych, proceduralnych), które pozwoliłyby im tą opiekę uzyskać (Doherty, Neilson, O'Sullivan i inni, 2022). Problem dotyczy zarówno zdrowia somatycznego, jak psychicznego.

Problemy z funkcjonowaniem społecznym przekładają się również na sytuację materialną. Autyści niejednokrotnie pracują poniżej swoich możliwości, z uwagi na nadmiar bodźców sensorycznych i problemy komunikacyjne lub nie są w stanie znaleźć i utrzymać

¹²⁸ 58 % - wiele, 42 % jedno.

pracy¹²⁹. Raport Fundacji JiM pokazuje, że aż 77 % osób neurotypowych czuje się wykluczonych zawodowo (Neuroatypowi na rynku pracy, 2025)). Nie wykorzystują swoich autystycznych umiejętności, bo nie mają do tego stworzonych warunków. A czasami wystarczą drobne zmiany (organizacyjne i proceduralne) by wyeliminować dystraktory oraz wsparcie w zakresie rekrutacji, by zwiększyć szanse na zatrudnienie¹³⁰.

Autorka ma nadzieję, że łatwiejszy dostęp do szybkiego, prostego testu przesiewowego w języku polskim stanie się dla wielu niezdiagnozowanych kobiet możliwością, która otworzy im szansę na zmianę swojego życia i zrozumienie jego złożoności.

¹²⁹ Przykładowy opis funkcjonowania autystki na rynku pracy zob. np. tekst Doroty Kotas, jednej z polskich samorzeczniczek w: (Kotas, Spektrum pracy, 2021).

¹³⁰ Zob. np. program Neurodiversity Center Of Excellence firmy Ernst & Young - https://www.ey.com/pl_pl/corporate-responsibility/neurodiversity-center-of-excellence-w-ey-polska (3.06.2026); kampania *Wspieramy zawodowo kobiety w spektrum autyzmu* Fundacji Dziewczyny w spektrum –więcej: (Gajos i Furgał, 2024), <https://dziewczynywspektrum.pl/nasze-dzialania/wspieramy-zawodowo/> (3.06.2026).

6. PODSUMOWANIE

Polska wersja testu GQ-ASC-AWS może być stosowana do badań przesiewowych dorosłych kobiet, które podejrzewają u siebie spektrum. Badania wskazują na skuteczność przesiewu (na poziomie >80 %). Test został uznany przez autorkę za trafny kryterialnie i treściowo; jest także rzetelny. Warto pamiętać, że jest to test przesiewowy, nie diagnostyczny; a więc pierwszy krok do pogłębionej diagnozy. Jego wynik nie decyduje o postawieniu lub odrzuceniu diagnozy, ale wskazuje ewentualny, dalszy kierunek diagnostyki. Dlatego też wskazania powyżej progu odcięcia lub w jego bliskości wymagają dalszych testów, wywiadu diagnostycznego i psychiatrycznego.

W związku z powyższym autorka uważa, że polska wersja GQ-ASC-AWS spełnia warunki dobroci psychometrycznej stawiane testom psychologicznym i może być stosowana w badaniach przesiewowych dorosłych kobiet w kierunku cech spektrum.

7. Bibliografia

- 8 ways our beliefs we can about challenge autism. (2025, June). *Psychologist*, str. 72. Pobrano z: <https://research.ebsco.com/c/gwlctt/viewer/html/mec7bdho25> (26.10.2025).
- AAHR. (2024, Jan). *Adult Autism Health Resources*. Pobrano z: <https://www.adult-autism.health.harvard.edu/resources/getting-an-autism-diagnosis-as-an-adult/> (9.03.2025).
- AAPC. (2025). *Codify by AAPC*. Pobrano z: American Academy of Professional Coders: <https://www.aapc.com/codes/icd9-codes/299.00> (3.11.2025).
- Abdelli, L. S., Samsam, A. i Naser, S. A. (2019, June 19). Propionic Acid Induces Gliosis and Neuro-inflammation through Modulation of PTEN/AKT Pathway in Autism Spectrum Disorder. *Scientific Reports*, 9(8824). DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-019-45348-z> (11.10.2025).
- Allison, C., Auyeung, B. i Baron-Cohen, S. (2012, Feb). Toward Brief “Red Flags” for Autism Screening: The Short Autism Spectrum Quotient and the Short Quantitative Checklist in 1,000 Cases and 3,000 Controls. *Journal of the American Acad. of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(2), 202-212.e7. Pobrano z: https://docs.autismresearchcentre.com/papers/2012_Allisonetal_JAACAP_RedFlags.pdf (25.11.2025).
- Ames, J. L., Ladd-Acosta, C., Fallin, M. D., Qian, Y., Schieve, L. A., et.al. (2021, August 15). Maternal Psychiatric Conditions, Treatment With Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, and Neurodevelopmental Disorders. *Biological Psychiatry*, 90(4), 253-262. Pobrano z: [https://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223\(21\)01218-X/fulltext](https://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223(21)01218-X/fulltext) (17.10.2025).
- Andersen, L. M., Näswall, K., Manouilenko, I., Nylander, L., Edgar, J., Ritvo, R. A., Bejerot, S. (2011). The Swedish Version of the Ritvo Autism and Asperger Diagnostic Scale: Revised (RAADS-R). A Validation Study of a Rating Scale for Adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 1635–1645. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1191-3> (27.11.2025).

- APA. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual. Mental Disorders*. Washington: American Psychiatric Association Mental Hospital Service.
- APA. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatric Association.
- APA. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III*. American Psychiatric Association. Pobrano z:
<https://aditpsiquiatriaypsicologia.es/images/CLASIFICACION%20DE%20ENFERMEDADES/DSM-III.pdf> (3.11.2025).
- APA. (2023, 11 15). *autism spectrum disorder (ASD)*. Pobrano z:
<https://dictionary.apa.org/autism-spectrum-disorder> (21.10.2025).
- ARC. (2024). *Autism Research Centre*. Pobrano z:
<https://www.autismresearchcentre.com/about-us/what-is-autism/> (9.03.2025).
- Armstrong, T. (2011). *The power of Neurodiversity. Unleashing the advantages of your differently wired brain*. Nowy Jork: Hachette Books.
- Arora, M., Reichenberg, A., Willfors, C., Austin, C., Gennings, C., Berggren, S., Bölte, S. (2017, June 1). Fetal and postnatal metal dysregulation in autism. *Nature Communications*, 8(15493). DOI: <https://doi.org/10.1038/ncomms15493> (12.10.2025).
- ASERT. (2025). *Understanding Low Self-Esteem in Autistic Individuals (From a Clinician's Perspective)*. Pobrano z: <https://paautism.org/resource/understanding-low-self-esteem/> (22.11.2025).
- Aspie-Quiz evaluation*. (2025). Pobrano z: <https://rdos.net/>: <https://rdos.net/aspeval/> (27.11.2025).
- Attwood, T. (2021). *Zespół Aspergera - kompletny przewodnik*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Attwood, T. i Garnett, M. (2024, 02 2). *Autism and Substance Addiction*. Pobrano z: <https://www.attwoodandgarnettevents.com/blogs/news/autism-and-substance-addiction> (22.11.2025).

- Attwood, T. i Michelle, G. (2025). *GQ-ASC Scale for Adult Women*. Pobrano z:
<https://tonyattwood.com.au/: https://tonyattwood.com.au/wp-content/uploads/2023/08/GQ-ASC-Modified-for-adult-females-LATEST-calibri.pdf>
(8.11.2025).
- Attwood, T., Evans, C. R. i Lesko, A. (2020). *My daliśmy radę, tobie też się uda! Przewodnik po życiu na świecie dla osób z Zespołem Aspergera*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Atypowa Dziewczyna. (2024, 10 18). Pobrano z:
<https://www.facebook.com/100091139079189/posts/osoby-autystyczne-nie-rozumiej%C4%85-sarkazmu-i-nie-maj%C4%85-umiej%C4%99tno%C5%9Bci-k%C5%82amania-to-by%C5%82/473028569078442/> (7.10.2025).
- Autism Awareness Australia. (2024). *Autism and addiction*. Pobrano z:
<https://www.autismawareness.com.au/navigating-autism/autism-and-addiction>
(22.11.2025).
- Autism Central. (2025). *Stress and anxiety*. Pobrano z:
<https://www.autismcentral.org.uk/guidance/stress-and-anxiety> (21.11.2025).
- Autism Research Centre. (2024). *Relatives Questionnaire (RQ)*. Pobrano z:
<https://www.autismresearchcentre.com/tests/relatives-questionnaire-rq/> (25.11.2025).
- Autism Speaks. (2024, Nov). *Autism Speaks*. Pobrano z:
<https://www.autismspeaks.org/news/autism-diagnosis-rise-according-trends-study>
(9.03.2025).
- AutismSpeaks. (2025). *Medical conditions associated with autism*. Pobrano z:
<https://www.autismspeaks.org/medical-conditions-associated-autism> (19.11.2025).
- AutismSpeaks. (brak daty). *What is autism?* Pobrano z: <https://www.autismspeaks.org/what-autism> (21.10.2025).
- Autistic Girls Network. (brak daty). *Internal Presentation of Autism*. Pobrano z:
<https://autisticgirlsnetwork.org/wp-content/uploads/2023/06/Internal-Presentation.pdf>
(19.03.2026).
- Bargiela, S., Steward, R. i Mandy, W. (2016). *The Experiences of Late-diagnosed Women with Autism Spectrum Conditions: An Investigation of the Female Autism Phenotype*.

- J Autism Dev Disord*(46), 3281–3294. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2872-8> (23.02.2026).
- Baron-Cohen, S. (1999). The extreme-male-brain theory of autism. W H. (Tager-Flusberg, *Neurodevelopmental Disorders*. MIT Press. Pobrano z: https://autismtruths.org/pdf/SimonBaronCohen_The%20extreme-male-brain%20theory%20of%20autism.pdf (6.10.2025).
- Baron-Cohen, S. (2021). *Poszukiwacze wzorów. Autyzm a ludzka wynalazczość*. (e-book), Sopot: Smak Słowa.
- Baron-Cohen, S. (2023). *Ślepotą umysłu. Autyzm a teoria umysłu*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Baron-Cohen, S., Johnson, D. i Asher, J. E. (2013). Is synaesthesia more common in autism? *Molecular Autism volume, 4*(40). DOI: <https://doi.org/10.1186/2040-2392-4-40> (24.11.2025).
- Baron-Cohen, S., Tsompanidis, A., Auyeung, B., Nørgaard-Pedersen, B., Hougaard, D. M., Abdallah, M., Pohl, A. (2020, November). Foetal oestrogens and autism. *Molecular Psychiatry, 25*, 2970–2978. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0454-9> (13.10.2025).
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J., i Clubley, E. (2001). The Autism-Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger Syndrome/High-Functioning Autism, Males and Females, Scientists and Mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 31*(1), 5-17. Pobrano z: https://docs.autismresearchcentre.com/papers/2001_BCetal_AQ.pdf (20.03.2025).
- Barrett, S. L., Uljarević, M., Jones, C. R. i Leekam, S. (2018). Assessing subtypes of restricted and repetitive behaviour using the Adult Repetitive Behaviour Questionnaire-2 in autistic adults. *Molecular Autism, 9*(58). DOI: <https://doi.org/10.1186/s13229-018-0242-4> (27.11.2025).
- Bartelt, K. i Trinkl, J. (2025, 08 12). *Diagnosis of Autism Occurring Earlier in Children, Though Still Late for Many; Initial Diagnosis in Adulthood Increasing in Women*. Pobrano z: <https://www.epicresearch.org/articles/diagnosis-of-autism-occurring-earlier-in-children-though-still-late-for-many-initial-diagnosis-in-adulthood-increasing-in-women> (3.06.2026).

- Baumer, N. i Fruch, J. (2021, 10 23). *What is neurodiversity?* Pobrano z:
<https://www.health.harvard.edu/blog/what-is-neurodiversity-202111232645>
(3.10.2025).
- Beardon, L. (2021). *Autism in Adults*. London: Sheldon Press.
- Beardon, L. (2021). *Avoiding anxiety in autistic adults. A guide for autistic wellbeing*.
London: Sheldon Press.
- Begeer, S., Mandell, D., Wijnker-Holmes, B. i et al. (2013). Sex Differences in the Timing
of Identification Among Children and Adults with Autism Spectrum Disorders.
J Autism Dev Disord, 43, 1151–1156. DOI: [https://doi.org/10.1007/s10803-012-1656-](https://doi.org/10.1007/s10803-012-1656-z)
z (12.11.2025).
- Belcher, H. L., Morein-Zamir, S. i Stagg, S. D. (2023). Shining a Light on a Hidden
Population: Social Functioning and Mental Health in Women Reporting Autistic
Traits But Lacking Diagnosis. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 53(8),
3118–3132. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05583-2> (12.03.2026).
- Belcher, H. L., Morein-Zamir, S., Mandy, W. i Ford, R. M. (2022, Aug). Camouflaging
Intent, First Impressions, and Age of ASC Diagnosis in Autistic Men and Women.
Journal of Autism & Developmental Disorders, 52(8), 3413–3426. DOI:
<https://doi.org/10.1007/s10803-021-05221-3> (23.02.2026).
- Belcher, H. L., Uglik-Marucha, N., Vitoratou, S., Ford, R. M. i Morein-Zamir, S. (2023).
Gender bias in autism screening: measurement invariance of different model
frameworks of the Autism Spectrum Quotient. *BJPsych Open*, 9(5), 1-11. DOI:
<https://doi.org/10.1192/bjo.2023.562> (17.03.2026).
- Berko, E. R., Suzuki, M., Beren, F., Lemetre, C., Alaimo, C. M., Calder, R. B. i et.al. (2014,
05 29). Mosaic Epigenetic Dysregulation of Ectodermal Cells in Autism Spectrum
Disorder. *PLOS Genetics*, 10(5). DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pgen.1004402>
(17.10.2025).
- Bogdashina, O. (2019). *Trudności w percepcji sensorycznej w autyzmie i Zespole Aspergera. Inne doświadczenia sensoryczne - inne światy percepcyjne*. Gdańska: Harmonia
Universalis.

- Botha, M. i Frost, D. M. (2018, October). Extending the Minority Stress Model to Understand Mental Health Problems Experienced by the Autistic Population. *Society and Mental Health*. DOI: 10.1177/2156869318804297 (21.11.2025).
- Botha, M., Chapman, R., Morénike, G. O., Kapp, S., Ashley, A. i Walker, N. (2024, June). The neurodiversity concept was developed collectively: An overdue correction on the origins of neurodiversity theory. *Autism*, 28(6), 1591-1594. DOI: 10.1177/13623613241237871 (6.06.2026).
- Bottema-Beutel, K., Kapp, S. K., Sasson, N., Gernsbacher, M. A., Natri, H. i Botha, M. (2023). Anti-ableism and scientific accuracy in autism research: a false dichotomy. *Front. Psychiatry*, 14(244451). DOI: 10.3389/fpsyt.2023.1244451 (23.10.2025).
- Bradley, L., Shaw, R., Baron-Cohen, S. i Cassidy, S. (2021). Autistic Adults' Experiences of Camouflaging and Its Perceived Impact on Mental Health. *Autism in Adulthood*, 3(4), 320-329. DOI: 10.1089/aut.2020.0071 (19.02.2026).
- Brewer, N., Lucas, C. A., Georgopoulos, M. A. i Young, R. L. (2022, June 23). Facing up to others' emotions: No evidence of autism-related deficits in metacognitive awareness of emotion recognition. *Autism Research*, 15(8), 1508–1521. DOI: <https://doi.org/10.1002/aur.2781> (8.10.2025).
- Brown, C. M., Attwood, T., Garnett, M. i Stokes, M. A. (2020). 'Am I Autistic? Utility of the Girls Questionnaire for Autism Spectrum Condition as an Autism Assessment in Adult Women. *Autism In Adulthood*, 2(3), 216-226. DOI: <http://doi.org/10.1089/aut.2019.0054> (27.11.2025).
- Brzeziński, J. M. (2023). *Metodologia badań psychologicznych. Wydanie nowe*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Bullivant, F. F. (2018). *Working with Girls and Young Women with Autistic Spectrum Condition. A practical Guide for Clinicians*. London; Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Caetano, R. (2011, May). There is potential for cultural and social bias in DSM-V. *Addiction*, 106(5), 885-887. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03308.x> (11.11.2025).

- Cage, E. i Troxell-Whitman, Z. (2019). Understanding the Reasons, Contexts and Costs of Camouflaging for Autistic Adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(5), 1899–1911. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-018-03878-x> (17.03.2026).
- Carley, M. J. (2008). *Asperger's from the inside out. A supprotive and practical giude for anyone with Asperger's Syndrome*. New York: A Preigee Book.
- Carpita, B., Nardi, B., Pronestì, C., Parri, F., Giovannoni, F. i Cremone, I. M., Pini, S., Dell'Osso, L. (2024, Jan). May Female Autism Spectrum Be Masked by Eating Disorders, Borderline Personality Disorder, or Complex PTSD Symptoms? A Case Series. *Brain Sciences*, 14(37). Pobrano z: <https://www.mdpi.com/2076-3425/14/1/37> (23.02.2026).
- Cazalis, F., Reyes, E., Leduc, S. i Gourion, D. (2022, April). Evidence That Nine Autistic Women Out of Ten Have Been Victims of Sexual Violence. *Front Behav Neurosci.*, 26(16). DOI: 10.3389/fnbeh.2022.852203 (22.11.2025).
- CDC. (2024, 12 30). *Autism and Vaccines*. Pobrano z: https://www.cdc.gov/vaccine-safety/about/autism.html?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/vaccinesafety/concerns/autism.html#toc (17.10.2025).
- CDC. (2025, 05 27). *Data and Statistics on Autism Spectrum Disorder*. Pobrano z: https://www.cdc.gov/autism/data-research/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html (5.10.2025).
- Cheang R. TS., Skjevling. M., Blakemore, A. IF, Kumari, V., Puzzo, I. (2025, September). Do you feel me? Autism, empathic accuracy and the double empathy problem. *Autism*, 29(9), 2315-2327. DOI: 10.1177/13623613241252320
- Cherskov, A., Pohl, A., Allison, C., Zhang, H., Payne, R. A. i Baron-Cohen, S. (2018, 08 1). Polycystic ovary syndrome and autism: A test of the prenatal sex steroid theory. *Translational Psychiatry*, 8(136). DOI: <https://doi.org/10.1038/s41398-018-0186-7> (13.10.2025).
- Chimicz, D. (2020). Multiwiktymizacja w doświadczeniu osób z autyzmem - charakterystyka zjawiska, jego formy i skutki. W: A. Prokopiuk (red.) *Osoby ze spektrum autyzmu w biegu życia* (301-319). Lublin: UMCS.

- Chimicz, D. (2020). Podatność wiktyimizacyjna osób z autyzmem. W: A. Prokopiuk (red.), *Osoby ze spektrum autyzmu w biegu życia* (275-299). Lublin: UMCS.
- Chmielowicz, M. (2025, July 9). *Navigating autism and stigma in the Hispanic community*. Pobrano z: <https://www.autismspeaks.org/blog/navigating-autism-and-stigma-hispanic-community> (12.11.2025).
- Cleveland Clinic. (2023, 04 28). *Does Autism Run in Families?* Pobrano z: <https://health.clevelandclinic.org/are-siblings-at-greater-risk-of-autism> (17.10.2025).
- Cleveland Clinic. (2025, 07 15). *Autism*. Pobrano z: <https://my.clevelandclinic.org/health/articles/autism> (12.10.2025).
- Cohen-Rottenberg, R. (2011). *A critique of the Empathy Quotient Test: introduction and part 1*. Pobrano z: <https://autismandempathyblog.wordpress.com/a-critique-of-the-empathy-quotient-eq-test-introduction-and-part-1/> (26.11.2026).
- Cohen-Rottenberg, R. (2011). *On the Matter of Empathy*. Pobrano z: <https://autismandempathyblog.wordpress.com/on-the-matter-of-empathy/> (30.11.2025).
- Cook, B. i Michelle, G. (red.) (2018). *Spectrum women. Walking to the beat of autism*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Cook, B. i Purkis, Y. (2022). *The autism and neurodiversity self-advocacy handbook*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Cooper, K., Russell, A. J., Lei, J. i Smith, L. G. (2023). The impact of a positive autism identity and autistic community solidarity on social anxiety and mental health in autistic young people. *Autism: the international journal of research and practice*, 27(3), 848–857. DOI: <https://doi.org/10.1177/13623613221118351> (24.02.2026).
- Crujisen, R. van der i Boyer, B. E. (2020, October 15). Explicit and implicit self-esteem in youth with autism spectrum disorders. *Autism*, 349-360. DOI: [10.1177/1362361320961006](https://doi.org/10.1177/1362361320961006) (22.11.2025).
- Cruz, S., Zubizarreta, S. C.-P., Costa, A. D., Araújo, R., Martinho, J., Tubío-Fungueiriño, M., Sampaio, A., Cruz, R., Carracedo, A., Fernández-Prieto, M. (2025). Is There a Bias Towards Males in the Diagnosis of Autism? A Systematic Review and Meta-Analysis.

Neuropsychol Rev(35), 153–176. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11065-023-09630-2> (24.03.2026).

Curnow, E., Rutherford, M., Maciver, D., et al. (2023). Mental health in autistic adults:

A rapid review of prevalence of psychiatric disorders and umbrella review of the effectiveness of interventions within a neurodiversity informed perspective. *PloS One*, 18(7). DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288275> (24.02.2026).

Cusson, N. M., Meilleur, A. J., Bernhardt, B. C., Soulières, I. i Mottron, L. (2025, August).

A systematic review and meta-analysis of empathy in autism: The influence of measures. *Clinical Psychology Review*(120). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2025.102623> (30.11.2025).

Dawes, V. (2023, February). *Written evidence submitted by Viv Dawes (PHS0029): Autistic burnout*. Pobrano z:

<https://committees.parliament.uk/writtenevidence/117253/pdf/#:~:text=It%20is%20thought%20that%20as,sensory%20overload%20and%20losing%20skills> (30.11.2025).

Deliens, G., Leproult, R., Schmitz, R., Destrebecqz, A. i Peigneux, P. (2015, December).

Sleep Disturbances in Autism Spectrum Disorders. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*(2), 343–356. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40489-015-0057-6> (13.11.2025).

Dell’Osso, L. i Carpita, B. (2023, Jan). What misdiagnoses do women with autism spectrum disorder receive in the DSM-5? *CNS Spectrums*, 28(3), 269–270. DOI:

<https://doi.org/10.1017/S1092852922000037> (23.02.2026).

Doherty, M., Neilson, S. D., O’Sullivan, J. D., Carravallah, L., Johnson, M., Cullen, W.,

Gallagher, L. (2022). Barriers to healthcare for autistic adults: Consequences & policy implications. A cross-sectional study. *BMJ Open*(12:e056904). DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.04.01.20050336> (3.06.2026).

Donvan, J. i Zucker, C. (2016). *Według innego klucza. Opowieść o autyzmie*. Kraków:

Wydawnictwo UJ.

Dougherty, J. D., Marrus, N., Maloney, S. E., Yip, B., Sandin, S., Turner, T. N., Selmanovic, D., Kroll, K. L., Gutmann, D. H., Constantino, J. N., Weiss, L. A.. (2022).

Can the "female protective effect" liability threshold model explain sex differences

in autism spectrum disorder? *Neuron*, 110(20), 3243-3262. DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.neuron.2022.06.020> (4.03.2026).

Durham University. (2022, April 22). *Why many women with autism and ADHD aren't diagnosed until adulthood – and what to do if you think you're one of them*. Pobrano z: <https://www.durham.ac.uk/research/current/thought-leadership/women-with-autism-adhd-arent-diagnosed-until-adulthood/#:~:text=Other%20conditions%20common%20in%20people%20with%20autism,further%20lead%20to%20misdiagnosis%20or%20delayed%20diagnosis> (18.11.2025).

Ee, D., Hwang, Y. I., Reppermund, S., Srasuebkul, P., Trollor, J. N., Foley, K.-R., Arnold, S. R. C. (2019, Sept 1). Loneliness in Adults on the Autism Spectrum. *Autism Adulthood*, 1(3), 182-193. DOI: 10.1089/aut.2018.0038 (18.11.2025).

Ekblad, L. (2013). Autism, Personality, and Human Diversity: Defining Neurodiversity in an Iterative Process Using Aspie Quiz. *Sage Open*, 3(3). DOI: <https://doi.org/10.1177/2158244013497722> (27.11.2025).

Ekblad, L. (2021). *Aspie-Quiz*. Pobrano z: <https://rdos.net>: <https://rdos.net/pl/> (27.11.2025).

Embrace Autism. (2018, 06 13). *Autism & tunnel vision*. Pobrano z: <https://embrace-autism.com/autism-and-tunnel-vision/> (24.11.2025).

Embrace Autism. (2025). *Autism Strengths*. Pobrano z: <https://embrace-autism.com/autism-strengths-and-challenges/> (24.11.2025).

Emich-Widera, E., Palicka, I., Przybyła, O. i Kazek, B. (red.). (2025). *Integracja sensoryczna a przetwarzanie sensoryczne*. Warszawa: PZWL.

Engelbrecht, N. (2018, 05 27). *Heightened sensory perceptions*. Pobrano z: <https://embrace-autism.com/heightened-sensory-perceptions/> (24.11.2025).

Engelbrecht, N. (2020, 04 21). *The CAT-Q*. Pobrano z: <https://embrace-autism.com/cat-q/> (27.11.2025).

Engelbrecht, N. (2020, 04 11). *The Empathy Quotient*. Pobrano z: <https://embrace-autism.com/empathy-quotient/#Discussion> (25.11.2025).

- Engelbrecht, N. i Silvertant, E. (2020, 04 4). *RAADS-R*. Pobrano z: <https://embrace-autism.com/raads-r/> (27.11.2025).
- Engelbrecht, N. i Silvertant, E. (2020, 04 12). *RBQ-2A*. Pobrano z: <https://embrace-autism.com/rbq-2a/#test> (27.11.2025).
- Engelbrecht, N. i Silvertant, E. (2020, 04 11). *The Aspie Quiz*. Pobrano z: https://embrace-autism.com/aspie-quiz/#Who_the_test_is_designed_for (27.11.2025).
- Eriksson, J. M., Andersen, L. M. i Bejerot, S. (2013, Dec 9). RAADS-14 Screen: validity of a screening tool for autism spectrum disorder in an adult psychiatric population. *Molecular Autism*, 4(1). DOI: 10.1186/2040-2392-4-49 (27.11.2025).
- Evans, C. R. i Attwood, T. (2020). *Doktor Tony odpowiada*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- First, M. B. (2018). *DSM-5. Diagnostyka różnicowa*. Wrocław: Edra Urban&Partner.
- Frith, U. (2023). *Autyzm. Krótkie wprowadzenie*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Fundacja JiM. (2025, 10 5). *Fundacja JiM*. Pobrano z: <https://jim.org/> (5.10.2025)
- Fundacja JiM. (2025). *Neuroatypowi na rynku pracy*. Pobrano z: <https://jim.org/neuroatypowi-na-ryнку-pracy/> (2.06.2026).
- Fundacja Pomoc Autyzm. (2023). *Co to jest autyzm?* Pobrano z: <https://pomocautyzm.org/co-to-jest-autyzm/> (21.10.2025).
- Fundacja Synapsis. (2024). *Definicja*. Pobrano z: <https://synapsis.org.pl/autyzm/czym-jest-autyzm/definicja-autyzmu/> (21.10.2025).
- Fundacja Synapsis. (2025, 10 5). *Fundacja Synapsis*. Pobrano z: <https://synapsis.org.pl/> (5.10.2025)
- Fundacja Synapsis. (brak daty). *AuDHD – współwystępowanie spektrum autyzmu i ADHD*. Pobrano z: <https://synapsis.org.pl/audhd-współwystępowanie-spektrum-autyzmu-i-adhd/> (13.11.2025).
- Furgał, E. (2022). *Dziewczyna w spektrum*. Warszawa: Biała Plama.
- Furgał, E. (2023). *Autentyczna w spektrum. Jak odnaleźć siebie w spektrum autyzmu*. Warszawa: Grupa Wydawnicza Foksal.

- Furgał, E. (2025, 10 5). *Dziewczyna w spektrum*. Pobrano z:
<https://dziewczynawspektrum.wordpress.com/about/> (5.10.2025).
- Fyfe, C., Winell, H., Dougherty, J., Gutmann, D. H., Schnuck, D. O., Klevzon, A., Marrus, N., Tedroff, K., Turner, T. N., Weiss, L. A., Yip, B. H. K., Yin, W., Sandin, S. (2026, 02 4). Time trends in the male to female ratio for autism incidence: population based, prospectively collected, birth cohort study. *BMJ*(392). DOI:
<https://doi.org/10.1136/bmj-2025-084164> (4.03.2026).
- Gajos, A. i Furgał, E. (2024). Kobiety w spektrum na rynku pracy. *Człowiek i relacje*, 4(1), 24-32. Pobrano z: <https://wspieranieretacji.pl/wp-content/uploads/2024/10/24-Kobiety-w-spektrum-na-ryнку-pracy.pdf> (3.06.2026).
- Gallin, Z., Klevzon, A. M., Reichenberg, A., Hankerson, S. H., Klevzon, A. (2025, September). Racial Differences in the Prevalence of Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *J Autism Dev Disord*(55), 3364–3377. DOI:
<https://doi.org/10.1007/s10803-024-06403-5> (11.11.2025).
- Gałecki, P. (red.) (2022). *Badanie stanu psychicznego. Rozpoznanie wg ICD-11*. Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Gao, Y., Sheng, C., Xie, R.-h., Sun, W., Asztalos, E., Moddemann, D., Zwaigenbaum, L., Walker, M., Wu Wen, S. (2016). New Perspective on Impact of Folic Acid Supplementation during Pregnancy on Neurodevelopment/Autism in the Offspring Children – A Systematic Review. *PLoS ONE*, 11(11), 1-16. DOI:
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165626> (21.10.2025).
- Garau, V., Woods, R., Chown, N., Hallett, S., Murray, F., Wood, R., Murray, A. L., Fletcher-Watson, S. (2023, July 25). Development and Validation of a Novel Self-Report Measure of Monotropism in Autistic and Non-Autistic People: The Monotropism Questionnaire. *Open Science Framework (preprint)*. Pobrano z:
<https://osf.io/wpx5g/files/g4kc9> (29.11.2025).
- Garb, H. N. (1997, July). Race Bias, Social Class Bias, and Gender Bias in Clinical Judgment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(2), 99-120. DOI: 10.1111/j.1468-2850.1997.tb00104.x (11.11.2025).
- Garcia, E. (2022). *We're not broken. Changing the autism conversation*. New York: HarpersCollins Publishers.

- Garey, J. i Lord, C. (2025, June 20). *The Controversy Around ABA*. Pobrano z:
<https://childmind.org/article/controversy-around-applied-behavior-analysis/>
(19.02.2026).
- Gernsbacher, M. A. (2007, Jan). The Eye of the Beholder. *APS Obs.*, 20(1), 5-44. Pobrano z:
https://gernsbacherlab.org/wp-content/uploads/2025/03/Gernsbacher_NIH_2007.pdf
(24.10.2025).
- Gernsbacher, M. A. (2015, April). Diverse Brains. *The General Psychologist*, 49(2), 29-37.
Pobrano z: https://gernsbacherlab.org/wp-content/uploads/2025/03/Gernsbacher_NIH_2007.pdf (24.10.2025).
- Gernsbacher, M. A. (2025, October). Challenging the Assumption That Autistic People Lack a Theory of Mind. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 10(10), 1001-1002. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2025.08.006> (23.10.2025).
- Gernsbacher, M. A. i Yergeau, M. (2019). Empirical Failures of the Claim That Autistic People Lack a Theory of Mind. *Arch Sci Psychol*, 7(1), 102–118. DOI: 10.1037/arc0000067 (4.11.2025).
- Gillberg, C., Gillberg, C., Råstam, M. i Wentz, E. (2001, March 5). The Asperger Syndrome (and high-functioning autism) Diagnostic Interview (ASDI): a preliminary study of a new structured clinical interview. *Autism*, 5(1), 57-66. DOI: 10.1177/1362361301005001006 (20.03.2025).
- Grandin, T. (2023). *Piękne umysły. Jak ludzie myślący obrazami, wzorami i abstrakcjami postrzegają świat*. Kraków: Copernicus Center Press.
- Grandin, T. i Barron, S. (2018). *Niepisane reguły relacji międzyludzkich. Zawiloci życia w społeczeństwie z perspektywy osoby autystycznej*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Grandin, T. i Panek, R. (2016). *Mózg autystyczny. Podróż w głąb niezwykle umysłów*. Kraków: Copernicus Center Press.
- Greenberg, M., D., Warrier, V., Allison, C. i Baron-Cohen, S. (2018, Nov 12). Testing the Empathizing–Systemizing theory of sex differences and the Extreme Male Brain theory of autism in half a million people. *Psychological and Cognitive Sciences*, 115(48), 12152-12157. DOI: <https://doi.org/10.1073/pnas.1811032115> (30.11.2025).

- Greger, J. R. (2024). *Living with autism and ADHD. A practical guide for women and teens navigating neurodiversity*. Wrocław: Amazon Fulfillment.
- Hadjikhani, N., Johnels, J. Å., Zürcher, N. R. i Lassalle, A. (2017, June 9). Look me in the eyes: constraining gaze in the eye-region provokes abnormally high subcortical activation in autism. *Scientific Reports - Nature.com*, 7. Pobrano z: <https://www.nature.com/articles/s41598-017-03378-5> (7.10.2025).
- Hansen, S. N., Schendel, D. E., Francis, R. W., Windham, G. C., Bresnahan, M., Levine, S. Z. i et.al. (2019, 03 6). Recurrence risk of autism in siblings and cousins: a multi-national, population-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 58(9), 866-875. DOI: 10.1016/j.jaac.2018.11.017 (17.10.2025).
- Harvard Medical School. (2023, July 15). *Sleep Problems*. Pobrano z: <https://www.adult-autism.health.harvard.edu/resources/sleep-problems/> (18.11.2025).
- Harvard Medical School. (2025). *Common Conditions*. Pobrano z: https://www.adult-autism.health.harvard.edu/resource_types/common-conditions/ (23.11.2025).
- Heasman, B., W. G., Charura, D., Hamilton, L. G., Milton, D. i Murray, F. (2024, December). Towards autistic flow theory: A non-pathologising conceptual approach. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 54(4), 469-497. DOI: <https://doi.org/10.1111/jtsb.12427> (26.10.2025).
- Hendrickx, S. (2018). *Kobiety i dziewczyny ze spektrum autyzmu. Od wczesnego dzieciństwa do późnej starości*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Herszen, I. (2016). *Psychologia stresu*. Warszawa: PWN.
- Hinze, E., Attwood, T. i Garnett, M. (2024, 02 7). *Autism: The Impact of Anxiety on Daily Life*. Pobrano z: <https://www.attwoodandgarnettevents.com/blogs/news/autism-the-impact-of-anxiety-on-daily-life> (13.11.2025).
- Holmes, M. (2025, June). Reassessing Gender Bias in Borderline Personality Disorder Diagnoses. *Women & Therapy*, 48(4), 498-520. DOI: 10.1080/02703149.2025.2515014 (11.11.2025).
- Hołub, J. (2020). *Niegrzeczne. Historie dzieci z ADHD, autyzmem i zespołem Aspergera*. Wydawnictwo Czarne.

- Hornowska, E. (2022). *Testy psychologiczne. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Hours, C., Recasens, C. i Baleyte, J.-M. (2022, Feb 22). ASD and ADHD Comorbidity: What Are We Talking About? *Front Psychiatry*, 28(13). DOI: 10.3389/fpsyt.2022.837424 (19.11.2025).
- Howe, Y. J., O'Rourke, J. A., Yatchmink, Y., Viscidi, E. W., Jones, R. N., Morrow, E. M. (2015). Female Autism Phenotypes Investigated at Different Levels of Language and Developmental Abilities. *J Autism Dev Disord*(45), 3537–3549. DOI: 10.1007/s10803-015-2501-y (23.02.2026).
- Howlin, P., Asgharian, A. (1999). The diagnosis of autism and Asperger syndrome: findings from a survey of 770 families. *Developmental medicine and child neurology*, 41(12), 834–839. DOI: <https://doi.org/10.1017/s0012162299001656> (24.02.2026).
- Hoxha, B., Hoxha, M., Domi, E., Gervasoni, J., Persichilli, S., Malaj, V. i Zappacosta, B. (2021, 08 3). Folic Acid and Autism: A Systematic Review of the Current State of Knowledge. *Cells*, 1976. DOI: 10.3390/cells10081976 (13.10.2025).
- Hull, L., Mandy, W., Belcher, H. i Petrides, K. (2024, November). Validation of the camouflaging autistic traits questionnaire short form (CATQ-SF). *Comprehensive Psychiatry*, 135. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2024.152525> (27.11.2025).
- Hull, L., Mandy, W., Lai, M.-C., Baron-Cohen, S. i et.al. (2019). Development and Validation of the Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49, 819–833. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3792-6> (17.03.2025).
- Hull, L., Petrides, K. i Allison, C. e. (2017). "Putting on My Best Normal": Social Camouflaging in Adults with Autism Spectrum Conditions. *J Autism Dev Disord*(47), 2519–2534. DOI: 10.1007/s10803-017-3166-5 (2.03.2026).
- Hull, L., Petrides, K. V. i Mandy, W. (2020). The Female Autism Phenotype and Camouflaging: a Narrative Review. *Rev J Autism Dev Disord*(7), 306-317. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40489-020-00197-9> (2.03.2026).

- Hutchins, T. L. i Brien, A. (2016, June). Conversational topic moderates social attention in autism spectrum disorder: Talking about emotions is like driving in a snowstorm. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 26, 99-110. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2016.03.006> (7.10.2025).
- Jack, C. (2021, 04 28). How Men and Women Experience Autism Differently. *Psychology Today*, <https://www.psychologytoday.com/us/blog/women-autism-spectrum-disorder/202104/how-men-and-women-experience-autism-differently> (9.03.2025).
- Jack, C. (2021). *Women with autism. Accepting and embracing Autism Spectrum Disorder as you move towards the life you deserve*. Glasgow: Casacat Press.
- Jain, A., Marshall, J., Buikema, A., Bancroft, T., Kelly, J. P., Newschaffer, C. J. (2015, 04 21). Autism Occurrence by MMR Vaccine Status Among US Children With Older Siblings With and Without Autism. *JAMA*, 313(15), 1534-1540. DOI: [10.1001/jama.2015.3077](https://doi.org/10.1001/jama.2015.3077) (17.10.2025).
- Jakś, J. i Ławicka, J. O. (2023). *Spektrum autyzmu i Stosowana Analiza Potrzeb*. Wrocław: Fundacja Prodeste.
- James, L. (2017). *Odd girl out. An autistic woman in a neurotypical world*. London: Bluebird.
- Janecka, M., Kodesh, A., Levine, S. Z., Lusskin, S. I., Viktorin, A., Rahnam, R., Buxbaum, J. D., Schlessinger, A., Sandin, S., Reichenberg, A. (2018, December). Association of Autism Spectrum Disorder With Prenatal Exposure to Medication Affecting Neurotransmitter Systems. *JAMA Psychiatry*, 75(12), 1217-1224. DOI: [10.1001/jamapsychiatry.2018.2728](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.2728) (17.10.2025).
- Jones, A., Rogers, K., Sullivan, K. i Viljoen, N. (2023). An evaluation of the diagnostic validity of the structured questionnaires of the adult Asperger's Assessment. *J Autism Dev Disord*, 53, 2636–2646. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05544-9> (26.11.2025).
- Jones, D. R. (2023). Non-autistic observers both detect and demonstrate the double empathy problem when evaluating interactions between autistic and non-autistic adults. *Autism*, 28(8), 2053-2065. DOI: [10.1177/13623613231219743](https://doi.org/10.1177/13623613231219743) (25.10.2025).
- Jones, S. (2025). *AuDHD Women. Navigating life after late discovery*. New York: Diamond Door Press.

- Jóźwiak, J. (2023, 06 11). *Rozpoznanie zaburzenia osobowości typu borderline nie powinno już być stosowane w medycynie*. Pobrano z: <https://psychiatraplus.pl/rozpoznanie-zaburzenia-osobowosci-typu-borderline-nie-powinno-juz-byc-stosowane-w-medycynie/> (19.11.2025).
- Jóźwiak, J. i Tarnowska-Ciosek, I. (2024). *Z tego się nie wyrasta. Kompendium ADHD*. Warszawa: Groomedia.
- Kanina, A., Sjölander, A., Martini, M. I., Butwicka, A., Larsson, H., Hughes, A. M., et al. (2025, 03 22). Prenatal exposure to adverse life events and autism and autistic-like traits in children in the Norwegian Mother, Father and Child Cohort Study (MoBa). *JCPP Advances*, e7000. DOI: <https://doi.org/10.1002/jcv2.70002> (17.10.2025).
- Kanner, L. (2023). *Autistic children*. (K. Rebecchi, red.) Independently published.
- Kapp, S. i Ne'eman, A. (2015). *ASD in DSM-5: What the Research Shows and Recommendations for Change*. Autistic Self Advocacy Network. Pobrano z: https://autisticadvocacy.org/wp-content/uploads/2012/06/ASAN_DSM-5_2_final.pdf (10.11.2025).
- Kendall, E. (2020). *Helping you to identify and understand Autism Masking: The truth behind the mask*. Andover: M&R Publishing.
- Kennedy Krieger Institute. (2024, April 4). *New Research Shows Alarming Number of Suicidal Thoughts Among Young Children with Autism Spectrum Disorder*. Pobrano z: <https://www.kennedykrieger.org/stories/news-and-updates/research-news-releases/new-research-shows-alarming-number-suicidal-thoughts-among-young-children-autism-spectrum-disorder> (22.11.2025).
- Kenny, L., Hattersley, C., Molins, B., Buckley, C., Povey, C., Pellicano, E. (2014). Which terms should be used to describe autism? Perspectives from the UK autism community. *Autism: the international journal of research and practice*, 20(4), 442–462. DOI: <https://doi.org/10.1177/1362361315588200> (24.03.2026).
- Khachadourian, V., Arildskov, E. S., Grove, J., O'Reilly, P. F., Buxbaum, J. D., Reichenberg, A., Sandin, S., Croen, L. A., Schendel, D., Hansens, S. N., Janecka, M. (2025, 01 31). Familial confounding in the associations between maternal health and autism. *Nature Medicine*, March 2025, 996–1007. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41591-024-03479-5> (12.10.2025).

- Kim, C. (2018). *Nieśmiali, skryci i społecznie niedopasowani. Przewodnik po życiu z Zespołem Aspergera*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Kim, C. (2021). *I think I might be autistic. A guide to Autism Spectrum Disorder diagnosis and self-discovery for adults*. Narrow Gauge Press.
- Knowles, V. (brak daty). *The hidden side of Autism. Why girls and women are finally being seen*. Wrocław: Amazon Fulfillment.
- Kotas, D. (2021). Spektrum pracy. W: E. Furgał (red.) *Pasjonatki. O dziewczynach w spektrum autyzmu* (strony 61-86). Kraków: Fundacja Dziewczyny w Spektrum.
- Krijnen, L., Greaves-Lord, K., Mandy, W., Mataw, K., Hartog, P. i Begeer, S. (2023, Aug 2). How Well Can we Diagnose Autism in Adults? Evaluating an Informant-based Interview: The Dutch Developmental, Dimensional and Diagnostic Interview – Adult Version (3Di-Adult). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 54, 3492–3503. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-023-06069-5> (18.03.2025).
- Kulage, K. M., Smaldone, A. M. i Cohn, E. G. (2014, August). How Will DSM-5 Affect Autism Diagnosis? A Systematic Literature Review and Meta-analysis. *J Autism Dev Disord*(44), 1918–1932. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2065-2> (10.11.2025).
- Lai, C. (2025, 03 7). Revisiting the Double Empathy Problem: Communicative Mismatch Between Autistic People and Neurotypicals. *Communications in Humanities Research*, 65-71. DOI: <https://doi.org/10.54254/2753-7064/2024.21309> (25.10.2025).
- Lai, M.-C. i Baron-Cohen, S. (2015, Nov). Identifying the lost generation of adults with autism spectrum conditions. *Lancet Psychiatry*, 1013-1027. DOI: 10.1016/S2215-0366(15)00277-1 (30.11.2025).
- Lange, C. de. (2015, 07 3). When autism wears a mask. *New Scientist*, 255(3001),27. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0262-4079\(15\)60444-4](https://doi.org/10.1016/S0262-4079(15)60444-4) (17.03.2026).
- Larkin, F., Ralston, B., Dinsdale, S. J. i et.al. (2023). Alexithymia and intolerance of uncertainty predict somatic symptoms in autistic and non-autistic adults. *Autism: the international journal of research and practice*, 27(3), 602-615. DOI: <https://doi.org/10.1177/13623613221109717> (3.06.2026).

- Lehnhardt, F.-G., Falter, C. M., Gawronsky, A., Pfeiffer, K., Tepest, R., Franklin, J., Vogley, K. (2016). Sex-Related Cognitive Profile in Autism Spectrum Disorders Diagnosed Late in Life: Implications for the Female Autistic Phenotype. *J Autism Dev Disord*(46), 139-154. DOI: 10.1007/s10803-015-2558-7 (17.03.2026).
- Lei, J., Cooper, K. i Hollocks, M. J. (2026). Psychological Interventions for Autistic Adolescents with Co-Occurring Anxiety and Depression: Considerations Linked to Autism Social Identity and Masking. *Autism in Adulthood*, 7(6), 663-670. DOI: 10.1089/aut.2024.0005 (24.02.2026).
- Levine, S. Z., Kodesh, A., Viktorin, A., Smith, L., Uher, R., Reichenberg, A., Sandin, S. (2018). Association of Maternal Use of Folic Acid and Multivitamin Supplements in the Periods Before and During Pregnancy With the Risk of Autism Spectrum Disorder in Offspring. *JAMA Psychiatry*, 75(2), 176–184. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.4050 (21.10.2025).
- Likens, A. (2012). *Odnaleźć Kansas. Zespół Aspergera rozszyfrowany*. Kraków: Wydawnictwo eSPe.
- Lipsky, D. i Richards, W. (2009). *Managing meltdowns. Using the S.C.A.R.E.D. Calming Technique with children and adults with Autism*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Liu, X., Zou, M., Sun, C., Wu, L., Chen, W.-X. (2022). Prenatal Folic Acid Supplements and Offspring's Autism Spectrum Disorder: A Meta-Analysis and Meta-Regression. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(2), 522–539. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04951-8> (21.10.2025).
- Livingston, L. A., Hargitai, L. D. i Shah, P. (2025). The Double Empathy Problem: A Derivation Chain Analysis and Cautionary Note. *Psychological Review*, 132(3), 744-757. DOI: <https://doi.org/10.1037/rev0000468> (25.10.2025).
- Lockwood Estrin, G., Milner, V., Spain, D., Happé, F. i Colvert, E. (2021). Barriers to Autism Spectrum Disorder Diagnosis for Young Women and Girls: a Systematic Review. *Review journal of autism and developmental disorders*, 8(4), 454–470. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40489-020-00225-8> (23.02.2026).
- Loftus, Y. (2025, 01 17). *Is Face Blindness Linked to Autism?* Pobrano z: <https://www.autismparentingmagazine.com/face-blindness-linked-to-autism/> (7.10.2025).

- Long, E. L., Catmur, C. i Bird, G. (2025, 01 9). The Theory of Mind Hypothesis of Autism: A Critical Evaluation of the Status Quo. *Psychological Review*. DOI: <https://doi.org/10.1037/rev0000532> (7.10.2025).
- Lorne, R. E. (2025). *How autism affect adults. 101 Facts you need to know*. Independent Publisher.
- Lu, X., Song, Y., Wang, J., et. al. (2024, June). Developmental Dopaminergic Signaling Modulates Neural Circuit Formation and Contributes to Autism Spectrum Disorder–Related Phenotypes. *The American Journal of Pathology*, 194(6), 1062 - 1077. DOI: 10.1016/j.ajpath.2024.02.014 (13.10.2025).
- Ludlow, A. K., Roberts, H. i Gutierrez, R. (2015, April-June). Social Anxiety and Response to Touch: A Preliminary Exploration of Broader Autism Phenotype in Females. *SAGE Open*, 5(2), 1-7. DOI: <https://doi.org/10.1177/2158244015580854> (23.02.2026).
- Lundström, S., Mårland, C., Kuja-Halkola, R., Anckarsäter, H., Lichtenstein, P., Gillberg, Ch., Nilsson, T. (2019). Assessing autism in females: The importance of a sex-specific comparison. *Psychiatry Research*(282). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112566> (4.03.2026).
- Luxmed. (2025). *Pakiet diagnoza w kierunku zaburzeń ze spektrum autyzmu*. Pobrano z: <https://www.luxmed.pl/sklep/pakiety/badania-uslugi/pakiet-diagnoza-w-kierunku-zaburzen-ze-spektrum-autyzmu-ados-2-dorosli> (11.11.2025).
- Lyall, K., Croen, L. A., Sjödin, A., Yoshida, C. K., Zerbo, O., Kharrazi, M. i Windham, G. C. (2016, 08 23). Polychlorinated Biphenyl and Organochlorine Pesticide Concentrations in Maternal Mid-Pregnancy Serum Samples: Association with Autism Spectrum Disorder and Intellectual Disability. *Environmental Health Perspectives*, 125(3), 474 - 480. DOI: <https://doi.org/10.1289/EHP277> (12.10.2025).
- Ławicka, J. (2016). *Nie jestem kosmitą. Mam Zespół Aspergera*. Wrocław: Fundacja Prodeste.
- Madley-Dowd, P., Ahlqvist, V. H., Forbes, H., Rast, J. E., Martin, F. Z., Zhong, C., et.al. (2024, 11 15). Antiseizure medication use during pregnancy and children's neurodevelopmental outcomes. *Nature Communications*, 15(9640). Pobrano z: <https://www.nature.com/articles/s41467-024-53813-1> (13.10.2025)

- Mahica, M., Mjaalanda, S., Bøvelstad, H. M., Gunnes, N., Sussner, E., et al. (2017, January/February). Maternal Immunoreactivity to Herpes Simplex Virus 2 and Risk of Autism Spectrum Disorder in Male Offspring. *mSphere, Clinical Science and Epidemiology*, 2(1). DOI: <https://doi.org/10.1128/msphere.00016-17> (13.10.2025).
- Majewicz, P. (brak daty). *Aktualne trendy w teorii i badaniach z zakresu niepełnosprawności oraz rehabilitacji*. DOI: 10.24917/9788380847033.1 (20.10.2025).
- Malwane, M. I., Nguyen, E. B., Trejo, S. J., Kim, E. Y. i Cucalón-Calderón, J. R. (2022, June 10). A Delayed Diagnosis of Autism Spectrum Disorder in the Setting of Complex Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Cureus*, 14(6). DOI: 10.7759/cureus.25825 (18.11.2025).
- Mandell, D. S., Ittenbach, R. F., Levy, S. E. i Pinto-Martin, J. A. (2006, Dec 8). Disparities in Diagnoses Received Prior to a Diagnosis of Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord.*, 36(12), 1795–1802. DOI: 10.1007/s10803-006-0314-8 (12.11.2025).
- Marocchini, E. i Baldin, I. (2024, Nov - Dec). Cross-neurotype communication from an autistic point of view: Insights on autistic Theory of Mind from a focus group study. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 59(6), 2465-2482. DOI: 10.1111/1460-6984.13095 (6.06.2026).
- Martini, M. I., Kuja-Halkola, R., Butwicka, A., et al. (2022, Dec 1). Sex Differences in Mental Health Problems and Psychiatric Hospitalization in Autistic Young Adults. *JAMA Psychiatry*, 79(12), 1188-1198. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2022.3475 (19.02.2026).
- Mazefsky, C. A., Herrington, J., Siegel, M., et al. (2013, July). The Role of Emotion Regulation in Autism Spectrum Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 52(7), 679-688. DOI: 10.1016/j.jaac.2013.05.006 (21.11.2025).
- Mazzone, L., Siracusano, M. i Pelphrey, K. A. (2024). *Autism Spectrum Disorder: understanding the Female Phenotype*. Springer.
- McCrossin, R. (2022). Finding the True Number of Females with Autistic Spectrum Disorder by Estimating the Biases in Initial Recognition and Clinical Diagnosis. *Children*, 9(2). DOI: <https://doi.org/10.3390/children9020272> (23.02.2026).

- Meyer, S. (2025, May 9). *Chronic fatigue, fibromyalgia, and autism*. Pobrano z:
<https://www.altogetherautism.org.nz/chronic-fatigue-fibromyalgia-and-autism/>
(30.11.2025).
- Miller, C. (2025). *Why Autism Diagnoses Are Often Delayed*. Pobrano z:
https://childmind.org/article/why-autism-diagnoses-are-often-delayed/#full_article
(11.11.2025).
- Milner, V., Mandy, W., Happé, F. i Colvert, E. (2023). Sex differences in predictors and outcomes of camouflaging: Comparing diagnosed autistic, high autistic trait and low autistic trait young adults. *Autism: the international journal of research and practice*, 27(2), 402–414. DOI: <https://doi.org/10.1177/13623613221098240>
(2.03.2026).
- Milton, D. E. (2012, October). On the Ontological Status of Autism: the ‘Double Empathy Problem’. *Disability & Society*, 27(6), 1-5. DOI: 10.1080/09687599.2012.710008
(6.06.2026).
- Minio-Paluello, I. Porciello, G., Pascual-Leone, A., Baron-Cohen, S.. (2020). Face individual identity recognition: a potential endophenotype in autism. *Molecular Autism*, 11. DOI: <https://doi.org/10.17863/CAM.53205> (7.10.2025).
- Ministerstwo Zdrowia. (brak daty). *Odpowiedzi na zadawane pytania dotyczące ICD-11*. Pobrano z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/pytania-i-odpowiedzi-icd-11>
(11.11.2025).
- Misheva, E. (2024). *Under the radar. An essential guide to Autism and girls*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Monotropism Questionnaire*. (2023, July 23). Pobrano z: <https://osf.io/wpx5g/files/4wru2>
(29.11.2025).
- Montilla, A. i Sanderson, K. A. (2025, August). Understanding the influence of cultural beliefs on the experiences of Latina mothers of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism*, 126. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.reia.2025.202629>
(12.11.2025).
- Morison, J. (2016). *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Moriuchi, J. M., Klin, A. i Jones, W. (2017, 01 1). Mechanisms of Diminished Attention to Eyes in Autism. *American Journal of Psychiatry*, 174(1), 26-35. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15091222> (6.06.2026).
- Motyl, A. (2009). Negocjacje w stosunkach międzynarodowych (analiza porównawcza amerykańskiej i europejskiej kultury negocjacyjnej). *Rozprawa doktorska - niepubl.*
- Motyl-Adamczyk, A. (2020). *Zespół Aspergera - co to jest?* Pobrano z: <https://mojprzyjacielhans.com/zespol-aspergera-co-to-jest/> (21.10.2025).
- Motyl-Adamczyk, A. (2022, 09 17). *Depresja i melt.* Pobrano z: <https://mojprzyjacielhans.com/2022/09/17/depresja-i-melt/> (16.05.2026).
- Motyl-Adamczyk, A. (2022, 02 15). *Shutdown.* Pobrano z: <https://mojprzyjacielhans.com/2022/02/15/shutdown/> (13.11.2025).
- Motyl-Adamczyk, A. (2023, 01 13). *Dwa rodzaje meltdownu – wewnętrzny i zewnętrzny.* Pobrano z: <https://mojprzyjacielhans.com/2023/01/13/dwa-rodzaje-meltdownu-wewnetrzny-i-zewnetrzny/> (13.11.2025).
- Motyl-Adamczyk, A. (2023, 04 2). *Mity na temat spektrum autyzmu.* Pobrano z: <https://mojprzyjacielhans.com/2023/04/02/mity-na-temat-spektrum-autyzmu/> (17.10.2025).
- Motyl-Adamczyk, A. (2024, 11 28). *Nadwrażliwość sensoryczna - słuch.* Pobrano z: <https://mojprzyjacielhans.com/2024/11/28/nadwrazliwosc-sensoryczna-sluch/> (18.11.2025).
- Motyl-Adamczyk, A. (2024, 04 01). *Świąteczny bagaż wiedzy.* Pobrano z: <https://mojprzyjacielhans.com/2024/04/01/swiateczny-bagaz-wiedzy/> (28.10.2025)
- Motyl-Adamczyk, A. (2025, 11 20). *Burnout.* Pobrano z: <https://mojprzyjacielhans.com/2025/11/20/burnout/> (21.11.2025).
- Motyl-Adamczyk, A. (2025, 10 6). *Prozopagnozja.* Pobrano z: <https://mojprzyjacielhans.com/2022/01/29/prozopagnozja-czyli-kim-ty-jestes/> (6.10.2025).
- Murray, D. (2020, 05 23). *Dimensions of Difference.* Pobrano z: <https://monotropism.org/dinah/dimensions-of-difference/> (22.10.2025).

- Murray, D., Lesser, M. i Lawson, W. (2005, May). Attention, monotropism and the diagnostic criteria for autism. *Autism*, 9(2), 139-156. DOI: 10.1177/1362361305051398 (21.10.2025).
- Murray, F. (2019, August). Me and monotropism. *Psychologist*, 32, 44–48.
- NAS. (2025). *The DISCO*. Pobrano z: <https://www.autism.org.uk/what-we-do/autism-know-how/diagnostic-services/the-disco> (20.03.2025).
- Nason, B. (2020). *The autism discussion page on stress, anxiety, shutdowns and meltdowns. Proactive strategies for minimizing sensory, social and emotional overload*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- National Autistic Society. (2023). *Asperger Syndrome*. Pobrano z: <https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/what-is-autism/the-history-of-autism/asperger-syndrome> (4.11.2025).
- National Autistic Society. (2025). *Addiction*. Pobrano z: <https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/topics/mental-health/addiction> (22.11.2025).
- National Autistic Society. (2025). *Criteria and tools used in an autism assessment*. Pobrano z: <https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/topics/diagnosis/assessment-and-diagnosis/criteria-and-tools-used-in-an-autism-assessment#Diagnostic%20tools> (30.11.2025).
- National Autistic Society. (2025). *Eating disorders*. Pobrano z: <https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/topics/mental-health/eating-disorders> (13.11.2025).
- National Autistic Society. (2025). *What happens during an autism assessment*. Pobrano z: <https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/topics/diagnosis/assessment-and-diagnosis/what-happens-during-an-autism-assessment> (30.11.2025).
- National Autistic Society. (brak daty). *Autistic women and girls*. Pobrano z: <https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/identity/autistic-women-and-girls> (2.03.2026).
- National Autistic Society. (brak daty). *Repeated movements and behaviour (stimming)*. Pobrano z: <https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/about-autism/repeated-movements-and-behaviour-stimming> (5.03.2026).

- National Institute of Environmental Health Sciences. (2025, 08 6). *Autism*. Pobrano z: <https://www.niehs.nih.gov/health/topics/conditions/autism> (12.10.2025).
- NationalAutisticSociety. (2025, 10 3). *The neurodiversity movement*. Pobrano z: <https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/topics/identity/the-neurodiversity-movement#The%20origin%20and%20history%20of%20neurodiversity> (6.06.2026).
- Neff, M. A. (2022, November 7). *Is it ADHD or Autism? (Or Both)*. Pobrano z: Neurodivergent Insights: <https://neurodivergentinsights.com/adhd-vs-autism/> (30.11.2025).
- Neff, M. A. (2024). *Self-Care for Autistic People. 100+ Ways to Recharge, De-stress and Unmask!* Massachusets: Adams Media.
- Nerenberg, J. (2021). *Divergent mind. Thriving in a world that wasn't designed for you*. Croydon: HarperCollins.
- NeuroscienceNews.com. (2013, 01 24). *Prenatal Inflammation Linked to Autism Risk*. Pobrano z: <https://neurosciencenews.com/prenatal-inflammation-autism-risk/> (12.10.2025).
- NeuroscienceNews.com. (2014, 12 8). *Preeclampsia During Mother's Pregnancy Associated with Greater Autism Risk*. Pobrano z: <https://neurosciencenews.com/asd-risk-preecalmpsia-neurology-1606/> (13.10.2025).
- NeuroscienceNews.com. (2015, 12 14). *Antidepressant Use During Pregnancy Increases Autism Risk by 87 Percent*. Pobrano z: <https://neurosciencenews.com/pregnancy-antidepressants-autism-3276/> (17.10.2025).
- NeuroscienceNews.com. (2016, 01 26). *Asthma Medication Taken During Pregnancy Associated with Autism Risk*. Pobrano z: <https://neurosciencenews.com/asthma-medication-autism-pregnancy-3493/> (13.10.2025).
- NeuroscienceNews.com. (2016, July 25). *Induced Labor Not Associated With Increase Autism Risk*. Pobrano z: <https://neurosciencenews.com/asd-induced-labor-4728/> (17.10.2025).
- NeuroscienceNews.com. (2016, June 7). *Link Between Mom's Immune Dysfunction in Pregnancy and Autism with Intellectual Disability in Offspring*. Pobrano z:

<https://neurosciencenews.com/immune-dysfunction-autism-pregnancy-4398/>
(13.10.2025).

NeuroscienceNews.com. (2016, 02 1). *Study Strengthens Link Between Maternal Obesity and Autism in Offspring*. Pobrano z: <https://neurosciencenews.com/autism-obesity-diabetes-psychology-3540/> (12.10.2025).

NeuroscienceNews.com. (2017, June 23). *Increased Risk for Autism When Genetic Variation and Air Pollution Meet*. Pobrano z: <https://neurosciencenews.com/autism-genetics-pollution-6964/> (12.10.2025).

NeuroscienceNews.com. (2018, 11 9). *Autism Associated with Zinc Deficiency in Early Development*. Pobrano z: <https://neurosciencenews.com/autism-zinc-deficiency-10171/> (13.12.2025).

NeuroscienceNews.com. (2018, July 18). *Autism Risk Determined by Health of Mother's Gut*. Pobrano z: <https://neurosciencenews.com/maternal-gut-autism-9576/> (17.10.2025).

NeuroscienceNews.com. (2018, 04 24). *Prolonged Acetaminophen Use During Pregnancy Linked to Increased ASD and ADHD Risk*. Pobrano z: <https://neurosciencenews.com/acetaminophen-asd-adhd-8865/> (13.12.2025).

NeuroscienceNews.com. (2019, 01 25). *Autism and Theory of Mind*. Pobrano z: <https://neurosciencenews.com/theory-of-mind-autism-10633/> (7.10.2025).

NeuroscienceNews.com. (2019, 09 17). *Some children with autism more able to read thoughts and feelings from facial expressions than previously thought*. Pobrano z: <https://neurosciencenews.com/asd-reading-facial-emotion-14925/> (5.11.2025).

NeuroscienceNews.com. (2020, 09 2). *Autism May Not Be Tied to Mindblindness*. Pobrano z: <https://neurosciencenews.com/autism-mindblindness-16953/> (6.10.2025).

NeuroscienceNews.com. (2021, 04 19). *Epidural Use At Birth Not Linked to Autism Risk*. Pobrano z: <https://neurosciencenews.com/epidural-asd-18267/> (17.10.2025).

NeuroscienceNews.com. (2022, 02 3). *Mothers' Sleep Apnea May Increase Risk of Autism-Like Changes in Their Male Offspring*. Pobrano z: <https://neurosciencenews.com/asd-sleep-apnea-20013/> (17.10.2025).

- NeuroscienceNews.com. (2022, 09 7). *New Knowledge About the Link Between Infection During Pregnancy and Autism*. Pobrano z: <https://neurosciencenews.com/asd-infection-genetics-21373/> (12.10.2025).
- NeuroscienceNews.com. (2022, 11 10). *World's Largest Autism Whole Genome Sequencing Study Reveals 134 Autism-Linked Genes*. Pobrano z: <https://neurosciencenews.com/asd-genetics-21814/> (12.10.2025).
- NeuroscienceNews.com. (2023, 04 3). *Higher Lithium Levels in Drinking Water May Raise Autism Risk*. Pobrano z: <https://neurosciencenews.com/lithium-water-autism-22922/> (10.10.2025).
- NeuroscienceNews.com. (2024, 08 7). *20% Increased ASD Risk for Kids with Autistic Siblings*. Pobrano z: <https://neurosciencenews.com/asd-autistic-sibling-27529/> (12.10.2025).
- NeuroscienceNews.com. (2024, 04 9). *Acetaminophen in Pregnancy Not Linked to Autism, ADHD Risk*. Pobrano z: <https://neurosciencenews.com/acetaminophen-pregnancy-asd-25883/> (13.10.2025).
- NeuroscienceNews.com. (2024, 04 8). *Cannabis in Pregnancy Linked to Autism and ADHD Risk*. Pobrano z: <https://neurosciencenews.com/cannabis-pregnancy-autism-adhd-25881/> (13.10.2025).
- Newcastle University. (brak daty). *Autism Clinical Interview Adults Training (ACIA)*. Pobrano z: <https://research.ncl.ac.uk/neurodisability/ourstudies/autismclinicalinterviewadultstrainingacia/> (17.03.2025).
- NFZ. (2025). *Informator o zawartych umowach NFZ*. Pobrano z: <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Provider/Search?Branch=01#> (11.11.2025).
- Nichols, A. (brak daty). *What Causes Autistic Burnout?* Pobrano z: <https://www.dralicenicholls.com/what-causes-autistic-burnout/> (30.11.2025).
- Pawlik, K. (2020). Wizja dorosłości osób ze spektrum autyzmu w opinii rodziców. W: A. Prokopiuk (red.), *Osoby ze spektrum autyzmu w biegu życia* (strony 358-384). Lublin: UMCS.

- Pearson, A. i Rose, K. (2021). A Conceptual Analysis of Autistic Masking: Understanding the Narrative of Stigma and the Illusion of Choice. *Autism in Adulthood*, 3(1), 52-60. DOI: 10.1089/aut.2020.0043 (18.02.2026).
- Pezzimenti, F., Han, G. T., Vasa, R. A. i Gotham, K. (2019, April). Depression in Youth With Autism Spectrum Disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.*, 4(28), 397–409. DOI: 10.1016/j.chc.2019.02.009 (13.11.2025).
- PisarkaNaSpektrum.pl. (2025, 10 6). *Kontakt wzrokowy a autyzm*. Pobrano z: <https://pisarkanaspektrum.pl/kontakt-wzrokowy-autyzm/> (6.10.2025).
- Polski Autyzm. (2020, 08 1). *Diagnoza autyzmu – wszystko o diagnozowaniu*. Pobrano z: <https://polskiauzyzm.pl/diagnoza-autyzmu/> (30.11.2025).
- Polski Autyzm. (2024, 07 1). *Objawy autyzmu u dorosłych – jak rozpoznać spektrum autyzmu?* Pobrano z: <https://polskiauzyzm.pl/objawy-autyzmu-u-doroslych/> (12.11.2025).
- PolskiAutyzm.pl. (2015, 06 18). *Klasyfikacje diagnostyczne DSM-V i ICD-10 – kryteria diagnostyczne autyzmu*. Pobrano z: <https://polskiauzyzm.pl/klasyfikacje-diagnostyczne-autyzmu/> (7.11.2025).
- PolskiAutyzm.pl. (2015, 08 5). *Teoria umysłu u osób z ASD*. Pobrano z: <https://polskiauzyzm.pl/teoria-umyslu-u-osob-z-asd/> (7.10.2025).
- PolskiAutyzm.pl. (2020, 10 5). *Autyzm – czym jest autyzm?* Pobrano z: <https://polskiauzyzm.pl/autyzm/> (21.10.2025).
- PolskiAutyzm.pl. (2020, 07 27). *Przyczyny autyzmu*. Pobrano z: <https://polskiauzyzm.pl/przyczyny-autyzmu/> (28.03.2025).
- PolskiAutyzm.pl. (2021, 05 5). *Objawy autyzmu u dziewczynek i u kobiet. Dlaczego tak często są pomijane?* Pobrano z: <https://polskiauzyzm.pl/objawy-autyzmu-dziewczynki-kobiety/> (28.02.2026)
- PolskiAutyzm.pl. (2025, 10 6). *Kontakt wzrokowy*. Pobrano z: <https://polskiauzyzm.pl/kontakt-wzrokowy/> (6.10.2025)
- PolskiAutyzm.pl. (2025, 10 5). *O nas*. Pobrano z: <https://polskiauzyzm.pl/o-nas/> (5.10.2025)
- Price, D. (2023). *Autyzm bez maski. Oblicza neuroróżnorodności*. (e-book), Biała Plama.

- Prince-Hughes, D. (2019). *Pieśń plemienia goryli. Moja wędrówka przez życie z autyzmem*. Warszawa: Biała Plama.
- Prokopiak, A. (red.) (2020). *Osoby ze spektrum autyzmu w biegu życia*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Psychiatry.org. (2024, January). *What Is Autism Spectrum Disorder?* Pobrano z: <https://www.psychiatry.org/patients-families/autism/what-is-autism-spectrum-disorder> (21.10.2025).
- PTP. (brak daty). *ADI-R*. Pobrano z: <https://www.practest.com.pl/sklep/test/ADI-R> (24.11.2025).
- PTP. (brak daty). *ADOS-2*. Pobrano z: <https://www.practest.com.pl/sklep/test/ADOS-2> (24.11.2025).
- Purkis, J., Goodall, E. i Nugent, J. (2016). *The guide to good mental health on the autism spectrum*. London: Jessica Kinsley Publishers.
- Purkis, Y. (2025). *Yen Purkis home page*. Pobrano z: <https://yennpurkis.com/> (21.10.2025).
- Quadt, L., Csecs, J., Bond, R., et al. (2024). Childhood neurodivergent traits, inflammation and chronic disabling fatigue in adolescence: a longitudinal case-control study. *BMJ Open*(14). DOI: 10.1136/bmjopen-2024-084203 (21.11.2025).
- Rader, K. i Brett, J. (2025, November). Exploring the Personality Profiles of Individuals with Autism Spectrum Disorder. *Archives of Clinical Neuropsychology*, ii93. DOI: <https://doi.org/10.1093/arclin/acaf084.089> (13.11.2025).
- Raghavan, R., Riley, A. W., Volk, H., et.al. (2018). Maternal Multivitamin Intake, Plasma Folate and Vitamin B12 Levels and Autism Spectrum Disorder Risk in Offspring. *Paediatric & Perinatal Epidemiology*, 32(1), 100-111. DOI: <https://doi.org/10.1111/ppe.12414> (12.10.2025).
- Raymaker, D. (2022, 03 1). *Understanding autistic burnout*. Pobrano z: <https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/professional-practice/autistic-burnout> (3.12.2025).
- Raymaker, D. M., Teo, A. R., Steckler, N. A. i Lentz, B. e. (2020, June 10). "Having All of Your Internal Resources Exhausted Beyond Measure and Being Left

- with No Clean-Up Crew”: Defining Autistic Burnout. *Autism in Adulthood*, 2(2). DOI: <https://doi.org/10.1089/aut.2019.0079> (30.11.2025).
- Raz, R., Roberts, A. L., Lyall, K., Hart, J. E., Just, A. C., Laden, et al. (2014, 12 18). Autism Spectrum Disorder and Particulate Matter Air Pollution before, during, and after Pregnancy: A Nested Case–Control Analysis within the Nurses’ Health Study II Cohort. *Environmental Health Perspectives*, 123(3), 264 - 270. DOI: <https://doi.org/10.1289/ehp.1408133> (12.10.2025)
- Reframing Autism. (2025). *Autistic individuals frequently experience stress and overwhelm as part of their daily lives*. Pobrano z: <https://reframingautism.org.au/all-about-autistic-shutdown-guide-for-allies/#:~:text=Autistic%20individuals%20frequently%20experience%20stress,in%20sensory%20and%20emotional%20overload.> (21.11.2025).
- Restoy, D., Oriol-Escudé, M. i Alonzo-Castillo, T. , et al. (2024, April). Emotion regulation and emotion dysregulation in children and adolescents with Autism Spectrum Disorder: A meta-analysis of evaluation and intervention studies. *Clinical Psychology Review*, 109. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102410> (21.11.2025).
- Ridley, R. (2019). Some difficulties behind the concept of the ‘Extreme male brain’ in autism research. A theoretical review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 57, 19-27. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2018.09.007> (7.10.2025).
- Rimland, B. (1964). *Infantile autism: The syndrome and its implications for a neural theory of behavior*. Appleton-Century-Crofts.
- Rimland, B. (2015). *Infantile autism. The Syndrome and its implications for a Neural Theory of Behavior*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Rippon, G. (2024, 6 13). Differently different?: A commentary on the emerging social cognitive neuroscience of female autism. *Biology of Sex Differences*, 15(49). DOI: <https://doi.org/10.1186/s13293-024-00621-3> (23.02.2026).
- Ritvo, R. A., Ritvo, E. R., Guthrie, D., Ritvo, M. J., Hufnagel, D. H., McMahon, W., et al. (2011). The Ritvo Autism Asperger Diagnostic Scale-Revised (RAADS-R): A Scale to Assist the Diagnosis of Autism Spectrum Disorder in Adults: An International Validation Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 1076–1089. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1133-5> (26.11.2025).

- Rivera, C. R. (2023, 04 9). *Simon Baron-Cohen. Nadzwyczajny badacz autyzmu*. Pobrano z: <https://pieknoumyslu.com/simon-baron-cohen-nadzwyczajny-badacz-autyzmu/> (5.10.2025).
- Rodwell, L. (2025, 11 11). *Autism and Loneliness: The Cost of Being the 'Quiet, Good Student'*. Pobrano z: <https://autisticgirlsnetwork.org/autism-and-loneliness-the-cost-of-being-the-quiet-good-student/> (24.02.2026).
- Rong, Y., Yang, C.-J., Jin, Y. i Wang, Y. (2021, May). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in individuals with autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 83(3). <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2021.101759> (5.06.2026).
- Rooij, D. van, Mou, Y., White, T. i et.al. (2025). Prenatal Vitamin D, Multivitamin, and Folic Acid Supplementation and Brain Structure in Children with ADHD and ASD Traits: The Generation R Study. *Nutrients*, 17(18). DOI: <https://doi.org/10.3390/nu17182979> (21.10.2025).
- Rose, K. (2017, 11 15). *The Autistic Advocate*. Pobrano z: <https://theautisticadvocate.com/how-to-hide-your-autism/> (19.02.2026).
- Rose, K. (2021, 02 5). *One day they will join us in the sun*. Pobrano z: <https://theautisticadvocate.com/one-day-they-will-join-us-in-the-sun/> (19.03.2026).
- Rosen, N. E., Lord, C. i Volkmar, F. R. (2021, December). The Diagnosis of Autism: From Kanner to DSM-III to DSM-5 and Beyond. *J Autism Dev Disord.*, 51(12), 4253-4270. DOI: 10.1007/s10803-021-04904-1 (3.11.2025).
- Rudziński, G., Pożarowska, K., Brzuszkiewicz, K. i Soroka, E. (2024). An outline of savant syndrome. *Psychiatr. Pol.*, 58(4), 681-691. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/157104> (24.11.2025).
- Rybka, A. (2014). Historia poszukiwań odpowiedzi na pytanie o istotę autyzmu. *Psychologia Rozwojowa*, 19(1), 9-29. DOI: 10.4467/20843879PR.14.001.1723 (20.10.2025).
- Sadiq, K. (2025). *Explaining AuDHD. Recognize it, Embrace it and Thrive with it*. London: Pengiun Random Haouse.
- Schuck, R. K., Flores, R. E. i Fung, L. (2019, April). Brief Report: Sex/Gender Differences in Symptomology and Camouflaging in Adults with Autism Spectrum Disorder.

- Journal of Autism and Development*, 49(1). DOI: 10.1007/s10803-019-03998-y (9.03.2025).
- Scott, J. (2022). *Autism in girls and women. What you should know about this, with adaptation and coping mechanizm of autism in females*. Wrocław: Amazon Fulfillment.
- Sedgewick, F., Crane, L., Hill, V. i Pellicano, E. (2019). Friends and Lovers: The Relationships of Autistic and Neurotypical Women. *Autism in adulthood*, 1(2), 112–123. DOI: <https://doi.org/10.1089/aut.2018.0028> (17.03.2026).
- Sensusmed. (2025). *Diagnoza w kierunku spektrum autyzmu dorosłych*. Pobrano z: <https://sensusmed.pl/oferta/diagnostyka/diagnoza-w-kierunku-spektrum-autyzmu-doroslych/> (11.11.2025).
- Shah, A. (2019). *Catatonia, shutdown and breakdown in Autism. A psycho-ecological approach*. London: Jessica Kinsley Publishers.
- Sharma, A. K., Verma, S. K. i Mehan, S. (2026). Navigating the Complex Landscape of Autism Spectrum Disorder: Challenges and Opportunities in Diagnosis, Treatment, and Supports. *Current Pharmaceutical Design*, 32(8), 588-608. DOI: <https://doi.org/10.2174/0113816128400132250716142203> (3.06.2026).
- Siddiqui, R. W., Siddiqui, T. W., Siddiqui, S. W. i et.al. (2024). Vitamin D and Autism Spectrum Disorder: An Intriguing Association. *Annals of Child Neurology*, 32(2), 83-91. DOI: <https://doi.org/10.26815/acn.2023.00353> (21.10.2025).
- Silberman, S. (2016). *Neurotribes. The legacy of autism and how to think smarter about people who think differently*. London: Allen&Unwin.
- Silberman, S. (2021). *Autyzm. Historia geniuszu natury i różnorodności neurologicznej*. Białystok: Wydawnictwo Kobiiece.
- Silvertant, E. (2024, July 21). *Alexithymia & autism guide*. Pobrano z: https://embrace-autism.com/alexithymia-and-autism-guide/#Alexithymia_in_autism (24.11.2025).
- Simone, R. (2021). *Aspergirls. Siła kobiet z Zespołem Aspergera*. Gdańsk: Harmonia Universalis.

- Singer, J. (1999). Why can't you be normal for once in your life?: From a 'Problem with No Name' to a new category of disability. W: M. Corker i S. French (red.), *Disability Discourse*. Buckingham: Open University Press UK.
- Singer, J. (2017). *NeuroDiversity. The birth of idea*. Wrocław, Amazon Fullfillment.
- Skogheim, T. S., Weyde, K. V., Engel, S. M., Aase, H., Surén, P., Øie, M. G., et. al. (2021, July). Metal and essential element concentrations during pregnancy and associations with autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Environment International*, 152. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.envint.2021.106468> (12.10.2025).
- Skorich, D. P., Gash, T. B., Stalker, K. L., Zheng, L. i Haslam, S. A. (2017, 02 9). Exploring the Cognitive Foundations of the Shared Attention Mechanism: Evidence for a Relationship Between Self-Categorization and Shared Attention Across the Autism Spectrum. *J Autism Dev Disord*, 47, 1341–1353. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3049-9> (8.10.2025).
- Slappendel, G., Mandy, W., van der Ende, J., Verhulst, F. C., van der Sijde, A., et al. (2016, January 29). Utility of the 3Di Short Version for the Diagnostic Assessment of Autism Spectrum Disorder and Compatibility with DSM-5. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46, 1834–1846. DOI: 10.1007/s10803-016-2713-9 (24.11.2025).
- Solution Psychology. (2023, 08 12). *Six things you need to know about internalised autism*. Pobrano z: <https://solutionpsychology.com.au/six-things-you-need-to-know-about-internalised-autism/> (19.03.2026).
- SSI. (2025, July 15). *Large Danish Study: No link between vaccines and autism or 49 other health conditions*. Pobrano z: <https://en.ssi.dk/news/news/2025/large-danish-study-no-link-between-vaccines-and-autism-or-49-other-health-conditions> (17.10.2025).
- SSM Health. (2025). *Savant Syndrome*. Pobrano z: <https://www.ssmhealth.com/treffert-center/conditions-treatments/savant-syndrome> (24.11.2025).
- Starr, A. L. i Fraser, H. B. (2025, 09 5). A General Principle of Neuronal Evolution Reveals a Human-Accelerated Neuron Type Potentially Underlying the High Prevalence of Autism in Humans. *Molecular Biology and Evolution*, 42(9). DOI: <https://doi.org/10.1093/molbev/msaf189> (30.11.2025).

- Stephenson, K. G., Norris, M. i Butter, E. M. (2023). Sex-Based Differences in Autism Symptoms in a Large, Clinically-Referred Sample of Preschool-Aged Children with ASD. *J Autism Dev Disord*(53), 624–632. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04836-2> (24.03.2026).
- Storebø, O. J. i Simonsen, E. (2014, July). Is ADHD an early stage in the development of borderline personality disorder? *Nord J Psychiatry*, 289-295. DOI: 10.3109/08039488.2013.841992 (30.11.2025).
- Sturmey, P. i Dalfen, S. (2014, June 21). The Effects of DSM5 Autism Diagnostic Criteria on Number of Individuals Diagnosed with Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review. *Rev J Autism Dev Disord*, 1(4), 249–252. DOI: 10.1007/s40489-014-0016-7 (10.11.2025).
- Sujan, A. C., Rickert, M. E., Öberg, A. S., et.al. (2017, 04 18). Associations of Maternal Antidepressant Use During the First Trimester of Pregnancy With Preterm Birth, Small for Gestational Age, Autism Spectrum Disorder, and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Offspring. *JAMA*, 13(15), 1553-1562. DOI: 10.1001/jama.2017.3413 (17.10.2025).
- Sukhareva, G. E. (2023). *Autistic children (original title: Schizoid psychopaties in childhood in boys and girls)*. K. Rebecchi (red.) Bretigny-sur-Orge: Amazon.
- Summer, J. V. (2025, July 15). *Autism and Sleep*. Pobrano z: <https://www.sleepfoundation.org/physical-health/autism-and-sleep> (18.11.2025).
- Symeonides, C., Vacy, K., Thomson, S., et al. (2024, 08 7). Male autism spectrum disorder is linked to brain aromatase disruption by prenatal BPA in multimodal investigations and 10HDA ameliorates the related mouse phenotype. *Nature Communications*, 15(6367). DOI: <https://doi.org/10.1038/s41467-024-48897-8> (10.10.2025).
- Szalavitz, M. (2016, 3 1). *Autism—It's Different in Girls*. Pobrano z: <https://www.scientificamerican.com/article/autism-it-s-different-in-girls/> (24.02.2026).
- Szasz, T. S. (2023). *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. Perennial: HarperCollins.
- Szcześniak, A. (2024, 04 22). *Mikrobiota a spektrum autyzmu*. Pobrano z: <https://instytut-mikroekologii.pl/mikrobiota-a-spektrum-autyzmu/> (17.10.2025).

- Szubrycht, M. (2022). *Autyzm. Bliski daleki świat*. Kraków: WUJ.
- Szubrycht, M. (2025). *Za dobrze się maskowałam. Rozmowy o doświadczeniach kobiet w spektrum autyzmu*. Kraków: Copernicuss Center Press.
- Talarowska, M. E., Gromniak-Haniecka, E., Rawska, J. i Gałęcki, P. (2018, 3). Depresja mężczyzny – przyczyny, objawy, diagnoza. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*(13), 98-103. DOI: <https://doi.org/10.5114/nan.2018.81250>.
- Tammet, D. (2017). *Słowa są jak ptaki, które uczymy śpiewać. O znaczeniach i tajemnicach języka*. Kraków: Copernicus Center.
- Tammet, D. (2022). *Urodziłem się pewnego błękitnego dnia. Pamiętniki nadzwyczajengo umysłu z Zespołem Aspergera*. Wydawnictwo Czarne.
- Tavassoli, T., Hoekstra, R. A. i Baron-Cohen, S. (2014). The Sensory Perception Quotient (SPQ): development and validation of a new sensory questionnaire for adults with and without autism. *Molecular Autism*, 5(29). DOI: <https://doi.org/10.1186/2040-2392-5-29> (26.11.2025).
- Teclaw, M. (2024, 06 7). *Zaburzenia odżywiania u osób neuroatypowych*. Pobrano z: <https://amonaria.pl/artykuly/zaburzenia-odzywiania-u-osob-neuroatypowych/> (13.11.2025).
- Tereszko, A. i Dudek, D. (2017, 4). Różnice międzypłciowe w zaburzeniach psychicznych. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*(12), 162–169. DOI: <https://doi.org/10.5114/nan.2017.74145>.
- tes magazine. (2026, 03 4). *Uta Frith: why I no longer think autism is a spectrum*. Pobrano z: <https://www.tes.com/magazine/teaching-learning/general/uta-frith-interview-autism-not-spectrum> (19.03.2026).
- The history of autism*. (2025, 05 03). Pobrano z: <https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/what-is-autism/the-history-of-autism> (3.05.2025).
- Tick, B., Bolton, P., Happe, F., Michael, R. i Rijdsdijk, F. (2016, May). Heritability of autism spectrum disorders: a meta-analysis of twin studies. *J Child Psychol Psychiatry.*, 5, 585–595. DOI: 10.1111/jcpp.12499 (12.10.2025).

- Tillmann, J., Ashwood, K., Absoud, M. i et al. (2018). Evaluating Sex and Age Differences in ADI-R and ADOS Scores in a Large European Multi-site Sample of Individuals with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*(48), 2490–2505. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3510-4> (24.03.2026).
- Toeps, B. (2020). *But you don't look autistic at all*. Wrocław: Amazon Fulfillment.
- Tornwall, C. (2022). *Autystki. O kobietach w spektrum*. Warszawa: Wydawnictwo Osnova.
- Underwood, E. (2019, 09 9). *Study challenges idea that autism is caused by an overly masculine brain*. DOI: 10.1126/science.aaz3700 (7.10.2025).
- Univeristy of Oregon. (2025, 05 04). *The autism history project*. Pobrano z: <https://blogs.uoregon.edu/autismhistoryproject/topics/autism-the-term/> (4.05.2025).
- University of Oregon. (2019). *Autism in the DSM*. Pobrano z: <https://blogs.uoregon.edu/autismhistoryproject/topics/autism-in-the-dsm/dsm-v-2013/> (10.11.2025).
- WaitingWell. (2025). *Why Some People Don't Get a Diagnosis for Autism or ADHD*. Pobrano z: <https://waitingwell.co.uk/why-some-people-dont-get-a-diagnosis-for-autism-or-adhd/> (18.11.2025).
- Walter, N. (2016, 2). Medialny wizerunek dzieci w spektrum zaburzeń autystycznych (ASD) kreowany przez rodziców blogerów. *Przegląd Badań Edukacyjnych*(23), 85-104. DOI: <http://apcz.pl/czasopisma/index.php/PBE/article/view/PBE.2016.074> (26.02.2026)
- Warrier, V., Greenberg, D., Weir, E. i Buckingham, C. (2020, August 7). Elevated rates of autism, other neurodevelopmental and psychiatric diagnoses, and autistic traits in transgender and gender-diverse individuals. *Nat Commun.*, 7(11). DOI: 10.1038/s41467-020-17794-1 (24.11.2025).
- Wassell, C. i Burke, E. (2022). *Autism, Girls, & Keeping It All Inside*. <https://autisticgirlsnetwork.org/keeping-it-all-inside.pdf> (6.06.2026).
- Weir, E., Allison, C. i Baron-Cohen, S. (2022). Autistic adults have poorer quality healthcare and worse health based on self-report data. *Molecular autism*, 1(23). DOI: <https://doi.org/10.1186/s13229-022-00501-w> (3.06.2026).

- Weiss, R. A. i Massey, C. (2025). *The SAGE Encyclopedia of Psychology and Gender*. DOI: <https://doi.org/10.4135/9781483384269.n212> (11.11.2025).
- What are the signs of autism in girls - is Asperger's in girls overlooked?* (2025). Pobrano z: <https://www.autismparentingmagazine.com/wp-content/uploads/guides/what-are-the-signs-of-autism-in-girls.pdf> (23.02.2026).
- Whitehouse, A. J. (2016). Commentary: Are we expecting too much from the extreme male brain theory of autism? A reflection on Kung et al. (2016). *J Child Psychol Psychiatr*, 57(12), 1463-1464. DOI: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12628> (7.10.2025).
- WHO. (2019). *ICD-10*. Pobrano z: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F84.5> (3.10.2025).
- WHO. (2025, 10 5). *ASD Fact Sheet*. Pobrano z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders> (5.10.2025).
- WHO. (2025, 01). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. Pobrano z: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#437815624> (28.03.2025).
- WHO. (2025, 10 5). *WHO statement on autism-related issues*. Pobrano z: <https://www.who.int/westernpacific/news/item/24-09-2025-who-statement-on-autism-related-issues> (5.10.2025)
- Wiegersma, A. M., Dalman, C., Lee, B. K., et al. (2019, 09 18). Association of Prenatal Maternal Anemia With Neurodevelopmental Disorders. *JAMA Psychiatry*, 12, 1294-1304. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.2309 (13.10.2025).
- Wigham, S., Ingham, B., Le Couteur, A., Berney, T., Ensum, I. i Parr, J. R. (202, 03 11). Development and Initial Utility of the Autism Clinical Interview for Adults: A New Adult Autism Diagnostic Measure. *Autism in Adulthood*, 2(1). DOI: <https://doi.org/10.1089/aut.2019.0052> (20.03.2025).
- Wilkins, F. (2025, 02 17). *Why Do Black Children With Autism Get Diagnosed Late?* Pobrano z: <https://childmind.org/article/why-do-black-children-with-autism-get-diagnosed-late/> (12.11.2025).
- Wing, L. (2023). *Autistic children*. K. Rebecchi, (red.) Independently published.

- Wing, L. i Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children. Epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, 11-29.
- Wojtkiewicz, A. (2024). *Cykle. O życiu w spektrum autyzmu i z ADHD*. Warszawa: Biała Plama.
- Wołyniak, A. M. (brak daty). *Diagnoza spektrum autyzmu u dorosłych*. Pobrano z: <https://kobieczyaspekt.pl/dorosly,21,pl.html> (30.11.2025).
- Woodbury-Smith, M. R., Robinson, J., Wheelwright, S. i Baron-Cohen, S. (2005, June). Screening Adults for Asperger Syndrome Using the AQ: A Preliminary Study of its Diagnostic Validity in Clinical Practice. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(3), 331-335. DOI: 10.1007/s10803-005-3300-7 (20.03.2025).
- Zuckerman, K. E., Mattox, K., Donelan, K. i et. al. (2013, Sept). Pediatrician Identification of Latino Children at Risk for Autism Spectrum Disorder. *Pediatrics*, 445–453. DOI: 10.1542/peds.2013-0383 (12.11.2025).

8. Załączniki