

Agnieszka Mazur¹, Izabela Chojnowska-Ćwiąkała²

Zespół Aspergera u 19-letniej kobiety ze szczególnym uwzględnieniem okresu adolescencji – opis przypadku

Asperger syndrome in a 19-year-old woman, with particular emphasis on adolescence period – case study

¹Instytut Pedagogiki i Psychologii, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Polska

²Przychodnia Syntonia, Kielce, Polska

Adres do korespondencji: Agnieszka Mazur, Przychodnia Syntonia, ul. Podgórska 20, 25-103 Kielce, tel.: +48 41 341 52 57, faks: +48 41 361 53 02, e-mail: mazur_agnieszka@wp.pl

Streszczenie

Artykuł zawiera opis przypadku 19-letniej kobiety z zespołem Aspergera zdiagnozowanym w 14. roku życia. Przedstawiono zmiany obrazu klinicznego ze szczególnym uwzględnieniem adolescencji. Zostały one zilustrowane oryginalnymi wypowiedziami pacjentki na temat jej problemów. Uwagę zwraca osobliwy język, jakim posługuje się kobieta – infantylny, choć z zaznaczonymi tendencjami wielkościowymi. Język ten, z jego intelektualną i egocentryczną przenikliwością oraz niezachwianą determinacją, symbolicznie wyraża ograniczenia i trudności związane z podejmowaniem nowych zadań rozwojowych w obszarze biologicznym, psychologicznym (intrapyschicznym) i społecznym (interpersonalnym) w przebiegu adolescencji. Omówiono także specyfikę aktualnego, wczesnodorosłego funkcjonowania pacjentki – osoby z ogólnie dobrą wydolnością intelektualną i utrwalonymi zaburzeniami w sferze przystosowania społecznego.

Słowa kluczowe: zespół Aspergera, okres adolescencji – infantyilizacja języka, tendencje wielkościowe, zaburzenia przystosowania społecznego

Abstract

The article includes a description of a 19-year-old woman diagnosed with Asperger syndrome at the age of 14. It presents the changes in the clinical picture, with specific emphasis on the period of adolescence. They were illustrated with original patient's statements about her problems. What attracts the attention is a peculiar language which is used by the patient – childish, though at the same time marked with grandiose tendencies. This language, with its intellectual, self-centered acumen and unwavering determination, symbolically expresses her limitations and difficulties connected with taking up new developmental tasks in biological, psychological (intrapyschic) and social (interpersonal) areas in the course of adolescence. The specificity of the current, early-adult functioning of the patient is emphasised with her generally good intellectual capacity and well-established disorders in the area of social adaptation.

Key words: Asperger syndrome, period of adolescence – the childishness of the language, grandiosity trends, disorders of social adaptation

WPROWADZENIE

Zgodnie z klasyfikacjami DSM-IV i ICD-10 zespół Aspergera (ZA) to jedna z postaci całościowych zaburzeń rozwojowych, które mają swój początek w okresie wczesnego rozwoju oraz obejmują jakościowe odchylenia w zakresie interakcji społecznych, komunikacji, a także ograniczonych i stereotypowych wzorców zachowania i zainteresowań (American Psychiatric Association, 1994; World Health Organization, 1992). Zasadnicze objawy ZA dotyczą nieprawidłowości z zakresu interakcji społecznych oraz nasilonych wyizolowanych zainteresowań lub ograniczonych, powtarzających się i stereotypowych wzorców zachowania, zainteresowań i aktywności. Rozwój mowy i rozumienie języka ani funkcjonowanie poznawcze nie są opóźnione, jednak obserwuje się ograniczone zdolności do komunikacji niewerbalnej, trudności w obszarze rozumienia kontekstów społecznych, dosłowność w odbiorze cudzych wypowiedzi, jak również ograniczenia w mowie dialogowej i preferowanie monologów. U dzieci z ZA zwykle występują też opóźnienia i zaburzenia w rozwoju motorycznym (niezgrabność ruchowa). Deficyty te prowadzą do istotnych problemów związanych z przystosowaniem społecznym i zawodowym oraz innymi ważnymi sferami życia.

W klasyfikacji DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) zastąpiono trzy uprzednio wyróżniane jednostki diagnostyczne, tj. zaburzenia autystyczne, zespół Aspergera i całościowe zaburzenia rozwojowe inaczej nieokreślone, nową jednostką – spektrum zaburzeń autystycznych (*spectrum disorders*, ASD). Obejmuje ono występowanie dwóch objawów osiowych; są to zaburzenia komunikacji/interakcji społecznych oraz stereotypowe, powtarzalne zachowania. Zaburzenia relacji społecznych i zaburzenia komunikacji odnoszą się do jednego wymiaru psychopatologicznego ASD, a powtarzalne, stereotypowe zachowania mogą dotyczyć dwóch wymiarów: schematów czuciowo-ruchowych i przywiązania do stałości. W DSM-5 wprowadzono trzystopniową klasyfikację ASD w zależności od nasilenia objawów i ich wpływu na codzienne funkcjonowanie. Hans Asperger (2005) podkreślał, że dzieci z „psychopatią autystyczną” cechuje przede wszystkim „zerwanie związków między sobą a światem zewnętrznym” (s. 51), co przejawia się we wszystkich aspektach ekspresji osobowości oraz wyjaśnia zarówno trudności czy deficyty, jak i szczególnie osiągnięcia. Wskazywał, iż mimo wielu różnic indywidualnych osoby z psychopatią tego rodzaju cechują się dysharmonią między afektem a intelektem (intelekt często jest powyżej średniej, co pozwala na skuteczne kompensowanie deficytów; profil zdolności intelektualnych okazuje się nieharmonijny, a sfera popędowo-emocjonalna bywa istotnie zaburzona), skrajnym egocentryzmem (wyrażającym się podążaniem za własnymi pragnieniami, zainteresowaniami, impulsami), brakiem poczucia humoru i niekiedy skłonnością do złośliwości. U pacjentów tych występują również tendencja do wnikliwej, zwykle nieustannej obserwacji

INTRODUCTION

According to the classifications DSM-IV and ICD-10 Asperger syndrome (AS) is a form of overall developmental disorders which have their onset during early development and include qualitative variations in social interaction, communication, limited and stereotyped patterns of behaviour and interests (American Psychiatric Association, 1994; World Health Organization, 1992). The main symptoms of AS involve irregularities in the area of social interactions and intensified isolated interests or limited, repetitive and stereotyped patterns of behaviour, interests and activities. The development of speech and language comprehension and cognitive functioning are not delayed, however, limited ability to nonverbal communication is observed, difficulties in the area of understanding the social contexts, literality in reception of other people's utterances, as well as limitations in dialogue, with preference to monologues. In children with AS usually there are also delays and dysfunctions in motor development (so-called motor clumsiness). These deficits cause significant dysfunctions in the area of social, vocational adjustment and in other important spheres of life.

In DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) classification, the three previously used diagnostic units i.e. autistic disorder, Asperger syndrome and pervasive developmental disorder not otherwise specified were replaced by a new diagnostic unit, which is defined as autism spectrum disorders (ASD). It includes the presence of two axial symptoms: communication disorders/social interaction and stereotyped and repetitive behaviours, wherein the disturbance of social relations and communication disorders refers to the one dimension of psychopathological ASD, while repetitive and stereotypical behaviours may concern to two dimensions of the ASD: repetitive sensory-motor patterns and attachment to stability. In DSM-5 was introduced as well the three-stage classification of ASD, depending on the severity of the symptoms and degree of its impact on daily functioning.

Hans Asperger (2005) emphasized that children with “autistic psychopathy” are characterised mainly by “breaking the ties between themselves and the outside world” (p. 51), which is reflected in all aspects of expression of their personality and which explains both their difficulties, deficits, as well as special achievements. He indicated that despite many individual differences individuals with this kind of psychopathology characterised by the disharmony between affect and intellect (intellect can often be above average, allowing them to effectively compensate for their deficits, the profile of intellectual abilities is not harmonious, while the drive-emotional sphere can be very dysfunctional), extreme self-centeredness expressing itself in following their own desires, interests, or impulses, no sense of humour and sometimes inclination to being malice. They are characterised by the tendency towards thorough, usually continual observation of themselves and the ability

siebie oraz zdolność do szczególnego rodzaju introspekcji zabarwionej egocentryzmem. Osoby z ZA, nie wchodząc w psychologiczną (osobową) relację z drugim człowiekiem, zachowują często psychopatyczną jasność widzenia. Ta intelektualna przenikliwość, która współwystępuje z ograniczeniami dotyczącymi budowania bliskich relacji, sprawia, że świat zewnętrzny jest postrzegany i rozumiany jako nieożywiony, mechanistyczny, pozbawiony społecznego znaczenia. Attwood (2013), Gillberg (1992) i Howe (2013) podkreślają, że osoby z ZA wykazują deficyt zdolności empatycznych, co istotnie uszkadza i ogranicza rozwój ich umiejętności społecznych. Według Gillberga (2005) tę grupę pacjentów charakteryzuje istotnie „zmniejszona zdolność rozumienia innych ludzi jako istot, które myślą i czują” (s. 170). Prezentują one też często brak wglądu we własne objawy (Ruta *et al.*, 2010).

ZA charakteryzuje się trwałością, jednak nasilenie objawów w poszczególnych okresach rozwoju może być zróżnicowane. Również ekspresja symptomów zmienia się w toku rozwoju. Wiek, w którym stawiana jest diagnoza ZA, okazuje się zróżnicowany – od kilku do kilkudziesięciu lat (Attwood, 2006a; Howlin i Asgharian, 1999; Mandell *et al.*, 2005). U dziewcząt rozpoznanie ZA następuje zwykle później niż u chłopców (Begeer *et al.*, 2013; Russell *et al.*, 2011) – manifestacja objawów bywa mniej nasilona, dziewczęta mogą również efektywniej maskować swoje trudności społeczne przed okresem dojrzewania (Attwood, 2006b; Ghanizadeh, 2008). Omawiane zaburzenie, którego podstawową cechą jest deficyt w zakresie przystosowania społecznego, ma charakter stanu niezmiennego przez całe życie, choć nie raz w miarę upływu czasu obserwuje się poprawę funkcjonowania (Gutstein i Whitney, 2002). W okresie adolescencji funkcjonowanie pacjentów z ZA zazwyczaj ulega pogorszeniu (Attwood, 2013; Gillberg i Steffenburg, 1987; Green *et al.*, 2000; Tantam, 2005). Możliwości realizacji dwóch głównych zadań rozwojowych związanych z tym okresem, tj. zakończenia procesu separacji/indywidualizacji, rozpoczętego w pierwszym roku życia, oraz określenia własnej, szeroko rozumianej tożsamości, są u osób z ZA istotnie ograniczone, zwłaszcza że już wcześniej wykazywały one autystyczny typ relacji z otoczeniem – są to relacje o nieosobowym i mechanistycznym charakterze (Czownicka, 1993). Trudności te zaprezentowano w poniższym opisie przypadku.

OPIS PRZYPADKU

Pacjentka, obecnie 19-letnia, w wieku 14 lat zgłosiła się z matką do poradni zdrowia psychicznego dla dzieci z powodu natrętnych myśli, problemów z jedzeniem, izolacji społecznej oraz infantylnego zachowania.

Z wywiadu zebranego od matki wiadomo, że pacjentka jest dzieckiem z C III (C I – płód obumarły w 4. miesiącu ciąży); poród siłami natury w 40. tygodniu, waga urodzeniowa 3900 g, 10 punktów w skali Apgar. U noworodka stwierdzono hiperbilirubinemię. Rozwój psychoruchowy i rozwój mowy przebiegały prawidłowo. W wieku 3 lat pacjentka

of a special kind of introspection tinged with self-centeredness. Individuals with AS without entering psychological (personal) relationship with the other person, often retain psychopathic clarity of vision. This intellectual acumen which coincides with limitations in building close personal relationships causes that the outside world is perceived and understood by them as inanimate, mechanistic and devoid of internal social importance. Attwood (2013), Gillberg (1992) and Howe (2013) emphasize that individuals with AS show deficits in empathic abilities, which significantly damages and limits the development of their social skills. According to Gillberg (2005), they are characterised by significantly “reduced ability to understand other people as beings who think and feel” (p. 170), they also often present absence of insight to their own symptoms (Ruta *et al.*, 2010). AS is characterised by durability over time, although the severity of symptoms in different periods of development may vary. Also, expression of the symptoms varies during the growing up period. The age at which AS diagnosis is made is diversified – from a few years to several decades (Attwood, 2006a; Howlin and Asgharian, 1999; Mandell *et al.*, 2005). Girls are usually diagnosed with AS later than boys (Begeer *et al.*, 2013; Russell *et al.*, 2011). The manifestation of symptoms in girls with AS may be less severe, they can also effectively mask their social difficulties before puberty (Attwood, 2006b; Ghanizadeh, 2008). This disorder whose main feature is a deficit in social adaptation at the same time has the nature of the state which remains constant throughout life, though, sometimes, over time, the improvement of functioning is observed (Gutstein and Whitney, 2002). Functioning of the patients with AS usually gets worse in adolescence period (Attwood, 2013; Gillberg and Steffenburg, 1987; Green *et al.*, 2000; Tantam, 2005). Possibility of realization of two major developmental tasks associated with that period, i.e. the completion of the process of separation/individuation started in the first year of life and determination of one’s own broadly defined identity are significantly limited in individuals with AS, especially, because such individuals have already exhibited autistic type of relationship with the environment i.e. the relationship of impersonal and mechanistic character (Czownicka, 1993). These difficulties are presented in the following case study.

CASE STUDY

A female patient, aged 19. She went to the clinic with her mother at the age of 14 due to intrusive thoughts, problems with eating, social isolation and childish behaviour.

From the interview with the mother it is known that she is a P III child (P I – dead foetus at 4 months of pregnancy), natural delivery at 40 weeks, weight of 3900 g at birth, 10 points in Apgar. Hyperbilirubinemia was observed in a newborn. Psychomotor development and speech development were normal. At the age of 3 she was admitted to nursery school, but attended it briefly (three weeks)

została zapisana do żłobka, jednak chodziła tam krótko (3 tygodnie), ponieważ płakała i nie mogła się przystosować. Od 4. roku życia uczęszczała do przedszkola, gdzie wykazywała mniej trudności adaptacyjnych. W przedszkolu bawiła się zwykle sama – nawet gdy grała w piłkę, odbijała ją od ściany, a nie z innym dzieckiem. Nie była zainteresowana nawiązywaniem kontaktów. Jako sześciolatka poszła do klasy „0”, od początku bardzo angażowała się w naukę. W 7. roku życia hospitalizowana na oddziale pediatrycznym z powodu nawracających nudności; wykluczono przyczyny somatyczne. Urazów głowy, utrat przytomności w wywiadzie brak.

Rodzina pacjentki składa się z czterech osób. Matka ma 46 lat, od 8 lat wyjeżdża w celach zarobkowych do Anglii. Dziewczynka początkowo denerwowała się z tego powodu, później się przyzwyczała. Matka określa siebie jako osobę wrażliwą, „przejmującą się”. Ojciec ma 51 lat, pracuje dorywczo, jest zdrowy, nerwowy, wybuchowy. Siostra ma 24 lata, studiuje turystykę w miejscu zamieszkania, jest zdrowa. Dziadek ze strony matki leczył się z powodu zaburzeń urojeniowych; popełnił samobójstwo (powiesił się), gdy pacjentka miała 17 lat.

Matka opisywała córkę jako wrażliwą, delikatną, przejmującą się tym, że ktoś coś powie na jej temat, zwłaszcza krytycznie. W sytuacjach stresowych dziewczynka nie mogła jeść, miała nudności. Problemy te występowały od około 13. roku życia, a w okresie poprzedzającym wizytę w poradni nasiliły się. Pacjentka była wówczas uczennicą II klasy gimnazjum. Uczyła się bardzo dobrze (średnia ocen 5,6) i chętnie. Jej zachowanie w szkole oceniano jako wzorowe. W grupie funkcjonowała jednak na uboczu, izolowała się. W domu była drażliwa, nieraz z byle powodu złościła się i płakała (np. gdy kartka się pogięła). Jako osoba „pamiętliwa” zapamiętywała na długo zwłaszcza negatywne przeżycia i zdarzenia. Miesiąc przed zgłoszeniem się do poradni zaczęła miesiączkować.

W domu pacjentka mówiła jak małe dziecko, zachowywała się dziwnie, była usztywniona. Chodziła przygarbiona, małymi kroczkami. „Mam problemy z osobowością i kontaktami z rówieśnikami” – mówiła. Obrażała się, gdy matka nie zwracała się do niej „Julcia”, tylko „Julka”. W szkole dziewczynka nadal funkcjonowała bez większych zmian. Tam udawało jej się kontrolować większość objawów.

W rozmowie z lekarzem **stwierdziła, że ma schizofrenię** (czytała o tym w internecie). Mówiła, że nie chce wyzdrowieć. Nadal utrzymywały się natrętne myśli, myśli samobójcze („Mam takie myśli, żeby skoczyć ze skały”). Podała, iż śnił jej się własny pogrzeb, na którym byli obecni lekarz prowadzący i psycholog. Rozpoznano **zespół Aspergera**. Zastosowane leczenie farmakologiczne (fluwoksamina, sertralina, risperidon, olanzapina) nie przyniosło oczekiwanych efektów.

Z tego okresu pochodzą wybrane wypowiedzi pacjentki na temat jej problemów – spisane przez nią, gdy miała 14 lat, adresowane do lekarza prowadzącego i psychologa, a przekazane przez matkę. Uwagę zwraca specyficzny,

because she was crying, she could not adapt. At the age of 4 she went to kindergarten where she showed less difficulty adapting. In kindergarten she usually played alone, even when she was playing with a ball, she bounced it off the wall, and not with another child. She was not interested in interacting with other children. At the age of six she went to class “0” primary school and from the start she was very interested in learning. As a 7-year-old she was hospitalised at the paediatric ward because of recurrent nausea, somatic reasons were excluded. She did not have head injuries or loss of consciousness.

The patient’s family consists of four members. Mother, 46, for eight years has been going away to work in England – initially, the girl was nervous about this, but now she has got used to it. The mother also describes herself as a sensitive, “bothering,” distressed person. Her father is 51, he does odd jobs, he is healthy, nervous and explosive. Her sister is 24 years old, she studies tourism at her place of residence, she is healthy. Maternal grandfather was treated for delusional disorders, he committed suicide by hanging himself when the patient was 17 years old.

Mother described the girl as a sensitive, delicate child, “bothered” that someone could say something about her, especially critically. In stressful situations, she could not eat, she had nausea. These problems occurred around 13 years of age and in the period preceding the appointment at the clinic they intensified. The girl was then a student of class II middle school (gimnazjum). She had very good results at school (average grade 5.6). She liked to learn. At school her behaviour was excellent. In the group she functioned on the sidelines, she isolated herself. At home she was irritable, she often fumed for no reason, cried (e.g. when a sheet of paper got folded). She was a vindictive person, she remembered especially negative experiences and events. One month before reporting to the clinic she began to menstruate.

At home the patient spoke like a child, her behaviour was strange and rigid. She walked hunched, taking small steps. As she herself claimed, “I have problems with personality and contacts with peers.” She felt offended when her mother did not call her by a diminutive name “Julcia” but officially “Julka.” At school she continued to function without major changes. There she was able to control most of the symptoms.

In an interview with the doctor **she concluded that she had schizophrenia** (she had read about it on the Internet). She said she did not want to recover. Intrusive thoughts kept persisting, suicidal thoughts (“I have thoughts to jump from the rock”). She said that she dreamed her own funeral at which her doctor and the psychologist were present. **Asperger syndrome** was diagnosed. Pharmacological treatment was applied: fluvoxamine, sertraline, risperidone, olanzapine, however, it did not produce the expected results.

From that period the patient’s selected statements about her problems come. They were listed by her at the age of 14 and

idiosynkratyczny język, jakim posługuje się pacjentka – stosowanie pierwszej osoby liczby mnogiej lub trzeciej osoby liczby pojedynczej oraz liczne infantylne zdrobnienia i zmiękczenia. Wypowiedzi pogrupowano zgodnie ze zmianami rozwojowymi, jakie dokonują się w okresie adolescencji w trzech powiązanych obszarach: biologicznym, psychologicznym (intrapSYCHICZNYM) i społecznym (interpersonalnym) (Namysłowska, 2005). Można dostrzec szczególne, twórcze podejście do języka, na które wskazywał Asperger (2005); jego zdaniem pacjenci z ZA często są w stanie „wyrazić swoje oryginalne doświadczenia w językowo oryginalnej formie” (s. 89).

Pacjentka dostrzega zachodzące u siebie **zmiany biologiczne**, pojawienie się popędu seksualnego. Wykazuje typowe dla okresu adolescencji zainteresowanie płcią przeciwną, co wyraża w poniższych wypowiedziach:

„Osóbka przeciwna, czyli Michałek, Konradek, Piotruś i wiele innych, bo też z kościółka, z ulicy, z filmu, z gazetki, choć najbardziej ze szkółki wpada do serduszka, to znaczy, że wyglądek jest bardzo dobry, zachowanie też robi swoje, więc wtedy już nie wiadomo, co to za uczucie, czy może to prowadzić do Dorotki i Pawelka, czyli do **rzeczy bardzo poważnych** [podkreślenie – A.M. i I.C.C.], bo właśnie takie dręczą główkę i już nie wiemy, czy na to jesteśmy gotowi i może chcemy, pragniemy i marzymy o wszystkim z tym związanym, a jeszcze pojawiają się emocje, jak ktoś rączkę dotknie, czy poklepie, przypatrzy się oczkami w oczka albo jak pani gratuluje, to wtedy w twarzyczkę swoje usteczka, a może jeszcze w usteczka, choć to już nie pani, ale właśnie ta osóbka i są jeszcze takie różne odczucia i nie wiemy, co z tym zrobić, a nawet myślimy, że to będzie rodzinka i może potomek”.
W **obszarze psychologicznym (intrapSYCHICZNYM)** pacjentka prezentuje własne przekonania na temat życia i związanych z nim zmian. Pojawiające się podniecenie i napięcie seksualne wywołują u niej niepokój, zwłaszcza w zestawieniu z dosłownie pojmowanymi, sztywnymi normami i zasadami moralnymi:

„Los jest złośliwy, **chęć życia przeminęła**, już czujemy i wiemy, że trzeba coś zrobić, spróbować, bo teraz czy kiedy indziej na pewno coś ze sobą zrobimy, a już pomysłów jest bardzo dużo...”

Myśli są naprawdę różne w wyobraźni. Można się zastanawiać, czy ktoś nie przemawia, jak właśnie taka czarownica z wyobraźni albo jakiś diabełek, szatan. Myśli te są obraźliwe wobec znanych osób czy też przypadkowych, a zwłaszcza odnoszą się do najbliższych i do religijności, co nieraz osłabia więzi z Panem i kościołem, więc czujemy się jakby pod władzą szatana, demona, który siedzi w środku i przez nas przemawia złem”.

Pacjentka ma trudności w przechodzeniu z roli dziecka w rolę osoby dorosłej. Zakwestionowanie wszystkiego, co dotychczas było niezmiennie i znane, także wywołuje u niej lęk i napięcie oraz skłania do jeszcze bardziej nasilonej sztywności i stereotypowych zachowań:

„W umyśle pojawia się często taka sytuacja, że coś sobie w myśli powtarzamy i na przykład trzeba w połowie lekcji

addressed to her doctor and the psychologist, and handed over by her mother. What attracts the reader's attention is specific, idiosyncratic language which is used by the patient – the use of first person plural or third person singular and numerous childish diminutives and softenings. These statements are grouped according to the changes taking place developmentally during adolescence in three interrelated areas, i.e. biological, psychological (intrapSYCHIC) and social (interpersonal) (Namysłowska, 2005). The thing that draws attention is the special and creative approach to the language, as indicated by Asperger (2005), who claimed that patients with AS are often able “to express their original experience in linguistically original form” (p. 89).

The patient sees **the biological changes** occurring in herself, the emergence of sexual drive. She shows a typical adolescent interest in the opposite sex, which is expressed in the following statements:

“The little fellow of the opposite sex, that is (diminutive-ly) Michałek, Konradek, Piotruś and many others because also from the little church, from the street, from the film, from the little newspaper, although the most from the little school falls into the little heart, this means that little appearance is very good, behaviour matters, too, so then it is already not known what this feeling is, can it lead to (diminutively) Dorotka and Pawełek, that is to **very serious things** (highlight – A.M. and I.C.C.), because just such things torment the little head, and we do not know already whether we are ready for that and maybe we want, wish and dream of everything related to this, and yet there are emotions, when someone touches or pats the little hand, looks with their little eyes into the little eyes, or as Madam congratulates, then the little lips to the little face, and perhaps more on the lips, though it is not Madam anymore, but just this little fellow and there are such different feelings and we do not know what to do about it, we even think it will be a little family and perhaps an offspring.”

Patient presents its own general beliefs about life and changes related with life with regard to **the psychological (intrapSYCHIC) area**. Emerging excitement and sexual tension are the causes of her anxiety, especially in combination with rigid standards and moral principles understood literally:

“Fate is malicious, **the desire to live is gone**, we already feel and know something must be done, we need to try because now or at any time in the future for sure we will do something about us, and the ideas are plenty already...”

Thoughts are indeed various in the imagination. You might wonder if someone does not speak, just like the imagined witch or a little devil, Satan. These thoughts are offensive to famous or random people, and especially they relate to next of kin and religiosity, which often weakens the ties with the Lord and the little church, so we feel like we are under the rule of Satan, the demon who sits inside us and speaks evil through us.”

She has the difficulties in the transition from the role of the child to the role of an adult. Questioning everything that was previously fixed, unchangeable and known also evokes

coś tam w wyobraźni powtórzyć, czyli jakieś słówko wypowiedzieć w umyśle, ale nie prawie pod koniec lekcji, tylko żeby było **symetrycznie** w środku, może też być na początku, a to słówko zdarza się wypowiedzieć w główce w środku tygodnia albo w połowie filmu, ale unikamy tego słówka prawie na końcu.

Jest jeszcze taki stan, który jest wszystkim dla Julci, gdyż określa on wyobraźnię, czyli jak postrzegamy swoje życie, inaczej poczucie duszka, wyższą siłę, która prowadzi Julcię przez świat. A więc ten stan jest najważniejszy, lecz może on się zmieniać – wtedy Julcia gubi się w losie życia, to znaczy, że nie wie, jaką siłą żyje i według jakiej zasady. **Stan ten ulega częstym zmianom** i to jest trudne do powstrzymania i przeciwstawienia się, bo Julcia **pragnie stałego stanu**”. Pacjentka wykazuje opór wobec wszelkich zmian w swoim zachowaniu oczekiwanych przez rodziców odpowiednio do procesu adolescencji. Deklaruje chęć pozostania „dobrym dzieckiem”, osobą podporządkowaną dorosłym, co jednak pozostaje w sprzeczności z jej dążeniem do utrzymania kontroli nad innymi:

„**Osobowość Julci – ona nie chce ulec zmianom**, gdyż Julcia tego nie chce, więc mamusia czy tatuś na siłę nie mogą tego zmienić, bo Julcia wtedy nie czułaby się sobą. Dlatego wystawione ząbki i takie niepoprawne postawy, czy ten głosik albo jego brak i ogólne sprawowanie – to jest właśnie Julcia. Jednak w szkółce staramy się tego nie ujawniać i w innych takich miejscach i przy takich osobkach, ale w domku już Julcia musi to ujawnić, gdyż Julcia w domku zbiera swe siły.

Główka, można by rzec, to źródło tych problemików i kłopotników, choć nie całkiem, bo serduszko, nóżka to raczej inne źródło ciała. W główce Julci jest wszystko – od dobra do zła, od Pana do szatana, od ciepłych, pięknych myśli do zimnych, grzesznych myśli. W główce występuje także **kolizja dwóch osobowości** Julci – tej aniołka, która jest związana z głosikiem, odruchami, którą Julcia udostępnia w domku, i tej osobowości, która jest szatankiem, czyli wiąże się z wypiętym przodzikim, napiętymi i naprężonymi pleckami, odważną postawą, śmiałym chodem i oschłym głosikiem z użyciem nieskrępowanych słówek, bez zdrobnień”.

W obszarze społecznym (interakcyjnym) znaczący jest brak relacji pacjentki z rówieśnikami. Jej kontakty z ludźmi ograniczają się do osób dorosłych: rodziców, nauczycieli. W związku z tym umiejętności społeczne są deficytowe, a proces kształtowania się indywidualnej tożsamości interakcyjnej – istotnie zaburzony. Zwraca również uwagę tendencja do odwracania ról społecznych w układzie dziecko–dorosły, co ilustrują poniższe wypowiedzi:

„Julcia chciałaby, żeby mamusia czy tatuś nie smucili się z Julci powodu, bo Julci też serduszko się kroi. I Julcia wie, że mamusia czy tatuś nie przejmowałyby się Julcią, gdyby Julcia poprawiła swoją osobowość, ale gdyby Julcia zmieniła swoją postawę, poruszanie się, głosik, nie czułaby się sobą, byłaby osobką **nie według serduszka Julci**, tylko byłaby osobką według zbyt aroganckiej postawy, śmiałości,

in her anxiety, tension, and leads her to an even more severe rigidity and stereotyped behaviours:

“And yet in the mind such a situation often appears that we repeat something in our mind and, for example, in the middle of the lesson something needs to be repeated in our mind, that is, a word needs to be expressed in the mind, however, not almost at the end of the lesson, but in the middle, just to make it **symmetrical**, it may also be at the beginning, and it happens that this word is spoken in the little head in the middle of the week or in the middle of the film, but we avoid that word close to the end.

There is also such a state which is everything for Julcia because it determines the imagination, that is how we perceive our life, or in other words the feeling of a little spirit, higher power, which guides Julcia through the world. So this state is the most important, but it may change - then Julcia gets lost in the lot of life, it means that she does not know with what force she lives and according to what rule. **This condition changes frequently** and is difficult to stop and oppose because Julcia **wishes a solid state.**”

The patient shows resistance to any change in her behaviour expected by the parents according to the process of adolescence. She declares her willingness to remain “good kid,” subordinate to adults, but this is in contradiction with her desire to maintain control over others:

“**Julcia’s personality – it will not change** because Julcia does not want that, so mom or dad cannot forcefully change that because then Julcia would not feel her usual self. Therefore, her bared teeth and wrong attitude, or the little voice or lack thereof, and general behaviour – this is Julcia. However, in the school, and in other such places and in the presence of such little fellows and little ladies we try not to disclose this, but at home Julcia just must show it, as Julcia at home summons her strength.

The little head, one could say, is a little source of these little problems and troubles, but not quite, because the little heart, the little leg are quite different little sources of the little body. In Julcia’s little head there is everything – from good to evil, from the Lord to Satan, from the warm, beautiful thoughts to cold, sinful ones. In the little head there is also **a clash of Julcia’s two personalities** – the cherub, which is associated with the little voice, reflexes which Julcia displays at home and the personality who is a little Satan, the one which is connected with sticking out tummy, strained back, courageous attitude, bold gait and dry voice with unrestrained words, no diminutives.”

In the social area (interactive) significant is the lack of patient relationships with their peers. Her social relations are restricted to adults: parents, teachers. Consequently, her social skills are deficient, and the process of forming individual interactive identity is significantly impaired. It also draws attention to the tendency of a “reversal” of social roles in a child–adult, as illustrated by the following statements: “Julcia would like mom or dad not to grieve because of Julcia because Julcia’s little heart aches, too. And Julcia knows that mommy or daddy would not worry about Julcia if Julcia

grzeszności, a to by Julcię zepsuło. I tak samo jest też z wypowiedzianymi słówkami – Julcia **zmiękcza głosik**, żeby przemawiał przez Julcię aniołek, a gdyby Julcia ostro mówiła, czyli swym poprawnym głosem, czułaby, że wypowiada się jak diabełek”.

I dalej:

„Julcia ma nadzieję, że Pani [lekarz prowadzący – przyp. A.M. i I.C.C.] Julci pomoże, bo Julcia ma w sobie bardzo dużo różnych problemików i kłopotyków. Julcia czuje nieraz, że Pani może nie pomóc albo Julcia wątpi i nie chce pomocy od Pani. Julcia wierzy, że Pani wszystko zrozumie i **będzie Pani miała wiedzę dużą na tyle**, by wiedziała już Pani wszystko o Julci. Tylko Julcia bardzo boi się o wszystkim powiedzieć, bo Julcia już nieraz próbowała i nie mogła Julcia przełamać w sobie tego wstydu, skrępowania i lęku. Dlatego Julci bardzo by Pani pomogła, gdyby mamusia, bo tatuś to nie za bardzo miałby okazję, powiedziała te krępujące, wstydlive Julci problemiki i kłopotyki, a Julcia postarałaby się powiedzieć o pozostałych problemikach i kłopotkach. Dlatego Julcia **dla ułatwienia** podkreśli te cyferki, które zawierają treść dla mamusi do przekazania Pani, a cyferki niepodkreślone pozostaną dla Julci do przekazania Pani”.

W 16. roku życia, w związku z obecnością myśli samobójczych i myśli, by zabić rodziców, pacjentka została skierowana do szpitala. W oddziale przyjmowała postawę znacznie młodszego dziecka; przyznawała, że chciałaby być ośmioletnią dziewczynką, ponieważ nie podobają jej się zachowania dorosłych. Zgłaszała myśli samobójcze i była skłonna podjąć próbę suicydalną, żeby zwrócić uwagę psychiatry. Po miesięcznej hospitalizacji została wypisana do domu z rozpoznaniem zespołu Aspergera i zaleceniem podjęcia dalszych oddziaływań terapeutycznych.

Klasę III gimnazjum ukończyła ze średnią ocen 5,5. W liceum radziła sobie dość dobrze (średnia ocen około 4). Bardzo dużo czasu poświęcała nauce. Była bardzo dokładna, w szkole i ogólnie poza domem bardziej dostosowana, choć w sytuacjach społecznych wycofana i małowówna. Czas wolny spędzała głównie w towarzystwie domowników. W domu zachowywała się dziwacznie – obserwowano stereotypie ruchowe, okresowo śmiała się sama do siebie. W rozmowie z lekarzem i psychologiem twierdziła: „Ja nie chcę terapii, tylko leki”.

Osobliwe były również zainteresowania pacjentki – w wieku 14 lat dotyczyły one powstawania gwałtownych zjawisk atmosferycznych, takich jak tornada, burze, huragany. „Interesuje mnie też koniec świata, gdzie można by się ewakuować” (14–15 lat). Plany odnośnie do dalszej nauki ulegały zmianom: w 16. roku życia pacjentka chciała studiować meteorologię, następnie – „zostać lekarzem chirurgiem”, innym razem – „pracować w laboratorium i klonować ludzi lub tworzyć toksyczne substancje” (17 lat). Rok przed maturą planowała podjęcie studiów medycznych. Wreszcie zdecydowała, że będzie studiować mikrobiologię.

W wieku 19 lat, po zdaniu matury, pacjentka podczas wizyty oznajmiła lekarzowi i psychologowi, że od 16 lat choruje

improved her personality, but if Julcia changed her posture, movement, little voice, she would not feel her usual self, she would be a little lady **not by Julcia's heart**, but would be a little lady by too arrogant posture, boldness, sinfulness, and that would spoil Julcia. And the same is with the words she says – Julcia **softens her voice** so that the little angel speaks through Julcia, and if Julcia spoke sharply, that is with her proper voice, she would feel that she speaks like a little devil.” And next:

“Julcia hopes that Madam (main doctor – note A.M. and I.C.C.) will help Julcia because Julcia has in herself a lot of little problems and troubles. Julcia often feels that Madam may not help or Julcia doubts and does not want help from Madam. Julcia believes that **Madam** will understand everything and **will have the knowledge large enough** to already know everything about Julcia. Julcia is just very afraid to say everything because Julcia has often tried before, and Julcia could not overcome her own embarrassment, constraint and anxiety. So, Madam would really help Julcia, if mom, because dad would not have too many opportunities, told you about these Julcia's embarrassing little problems and troubles, and Julcia would try to say about the other little problems and troubles. Therefore, Julcia, **to make things easier**, will underline those digits that contain the content for mommy to tell you, and the not underlined digits will remain for Julcia to tell you.”

At the age of 16, due to the presence of suicidal thoughts and the idea to “kill her parents” the patient was admitted to hospital. In the ward, she adopted the attitude of a much younger child, she admitted that she would like to be an 8-year-old girl because she did not like the behaviour of adults. She reported suicidal thoughts and was willing to try to commit suicide to draw attention of her psychiatrist. After a month of hospitalization she was discharged home with a diagnosis of Asperger syndrome and recommendation to take further therapeutic measures.

She graduated from Class III of middle school (gimnazjum) with an average mark 5.5. At secondary school, she was doing relatively well (average grade about 4). She devoted a lot of time to studying. She was very accurate and perfect. At school and outside the home she was more adjusted, but in social situations she was withdrawn and quiet. The patient spent her free time mainly in the environment of family members. At home she behaved strangely, a stereotype of movement was observed, periodically she laughed to herself. In an interview with a doctor and a psychologist she claimed, “I do not want treatment, but medicine.”

The patient's interests were also peculiar – at the age of 14 they concerned the emergence of extreme weather conditions, such as tornadoes, storms, hurricanes. “I am also interested in the end of the world, where you could evacuate” (14–15 years of age). Plans for further education kept changing – at the age of 16 she wanted to study meteorology, then “become a surgeon,” another time she wanted to “work in the laboratory and clone humans or produce toxic substances” (17 years of age). The year before

na boreliozę. Prosiła o skierowanie do poradni neurologicznej oraz dopytywała, czy lekarz zmieni rozpoznanie w jej historii choroby – z ZA na boreliozę. Pozostaje niedostosowana społecznie i dziwaczna w zachowaniu.

KOMENTARZ

Przedstawiony opis przypadku pacjentki z ZA oraz fragmenty jej wypowiedzi na temat trudności związanych z przystosowaniem społecznym w okresie adolescencji odpowiadają typowym charakterystyką tej postaci zaburzenia opisanym w literaturze. Główne deficyty pacjentki dotyczą interakcji społecznych, komunikacji oraz stereotypowych zachowań i zainteresowań. Wykazuje ona niedostosowanie społeczne, lęk przed zmianą, trudności adaptacyjne, skłonność do błędnych i dosłownych interpretacji wypowiedzi innych osób, trudności w spostrzeganiu i nazywaniu emocji, a także brak elastyczności w myśleniu i działaniu. Widoczne są również brak wglądu i krytycyzmu wobec objawów, deficyt empatii i skrajny egocentryzm. Poza kontaktami z rodzicami, siostrą i nauczycielami pacjentka nie utrzymuje relacji społecznych. Jej codzienność wypełniają powtarzalne, rutynowe czynności. Język, jakiego używa pacjentka, nadal jest osobliwy. Stopniowo zanikły infantylne zmiękczenia i zdrobnienia; utrzymuje się natomiast „ugrzeczniiona” intonacja, choć niektóre treści wypowiedzi mają sprzeczny z nią – zdecydowany, kategoriyczny – charakter. Za sprawą tych cech pacjentka sprawia wrażenie oryginalnej, ekscentrycznej.

Trudności w przetwarzaniu informacji społecznych wydają się nasilać koncentrację pacjentki na samej sobie oraz zaburzać poczucie dystansu wobec innych osób, co prowadzi do narastających niezręczności i problemów w relacjach z otoczeniem społecznym. W tym kontekście na uwagę zasługują skłonność do stawiania sobie diagnoz, kwestionowanie rozpoznań formułowanych przez specjalistów oraz usiłowanie narzucania własnego zdania innym – niezależnie od ich pozycji społecznej czy zawodowej. Prawdopodobnie u podstaw takiego zachowania leżą cechujące pacjentkę tendencje wielkościowe, wyrażane także przez osobliwie używany przez nią zaimbek osobowy „my” zamiast „ja”.

Mimo upływu czasu objawy pacjentki wykazują wyraźną trwałość, przy czym pogorszenie dotyczyło głównie okresu adolescencji. Zmiany w aspekcie biologicznym, psychologicznym i społecznym oraz poczucie utraty dotychczasowego porządku budziły szczególnie niepokój i dezorganizowały funkcjonowanie pacjentki. Zrozumiałe było zatem jej dążenie do „zatrzymania czasu” i „powrotu do przeszłości”, czyli do utrzymania iluzji, że nadal jest małą, „nieodseparowaną” dziewczynką. Charakterystyczne dla ZA sztywne dążenie do identyczności, powtarzalności, symetrii i systematyzowania treści ze świata zewnętrznego oraz tendencja do narzucania innym określonych zachowań – w obliczu dynamicznych zmian biologicznych oraz procesów emocjonalno-społecznych typowych dla okresu dorastania – prowadziły do wyboru niedojrzałych form relacji z otoczeniem społecznym,

final exams at secondary school she had planned to study medical. After graduating from secondary school she decided that she would study microbiology.

At the age of 19, after passing final exams at secondary school, at the next appointment with the doctor and the psychologist the patient said that she had been suffering from Lyme disease for 16 years. She asked for a referral to the neurological clinic and inquired whether the doctor would change her diagnosis from AS to Lyme in her medical history. She still remains unsuited socially and weird in behaviour.

COMMENT

Presented case report of a patient with AS and excerpts of her statements about the experienced difficulties with social adjustment in adolescence period illustrate the typical characteristics of this form of disorder described in the literature. The main deficits of the patient include social interaction, communication and stereotyped behaviours and interests. The patient shows social maladjustment, fear of change, adaptation difficulties, proneness to erroneous and literal interpretations of what others say, difficulties in perception and naming emotions, and lack of flexibility in thinking and action. Absence of insight and criticism to symptoms, empathy deficit and extreme self-centeredness are also apparent. Besides contacts with her parents, sister and teachers, the patient does not maintain social relationships. Her daily functioning is filled with repetitive, routine activities. The language which the patient uses continues to be quaint. While childish softenings and diminutives have gradually disappeared, excessively polite intonation still remains, some of the content of what she says is incompatible with her strong and categorical nature. With these features she gives the impression of being original and eccentric.

Difficulties in processing social information which the patient shows seem to intensify her self-centered focus on herself and disturb a sense of personal distance towards other people, which can lead to increasing awkwardness and difficulties in relations with the social environment. In this context, attention should be paid even to the tendency to make herself diagnoses by the patient herself, questioning diagnoses formulated by specialists and attempting to impose her opinion on others regardless of her own and others' social or professional status. Probably at the root of such behaviour are grandiosity trends characterising the patient which are also expressed by peculiar use by her personal pronoun “we” instead of “I.”

Over time, the symptoms presented by the patient show clear stability in time, while the deterioration mainly concerned her adolescence period. The changes that occurred in its course in biological as well as psychological and social aspects and a sense of loss of the previous order and stability aroused special concern in the patient and disrupted her functioning in that period. Therefore, the desire of patient “to stop the time” and “return to the past” with maintaining

takich jak podporządkowywanie się ludziom („ugrzeczniczenie”) bądź protekcyjne ich traktowanie, zwalczanie ich, wielkościowe dominowanie. Istotnym utrudnieniem w przebiegu adolescencji był również deficyt kontaktów z grupą rówieśniczą, co znacząco zaburzyło i ograniczyło socjalizację pacjentki i ustalenie własnej tożsamości w sensie psychologicznym, psychoseksualnym, interakcyjnym i społecznym. Sugerowane przez Aspergera (2005) możliwości poprawy funkcjonowania pacjentów z ZA w wieku dorosłym są w omawianym przypadku związane przede wszystkim z wydolnością intelektualną pacjentki; w sferze przystosowania społecznego nadal utrzymują się znaczące deficyty. Nielatwo zatem jednoznacznie stwierdzić, czy w związku z utrwalonymi specyficznymi cechami ZA pacjentka w dalszym życiu sama będzie doświadczać dyskomfortu z powodu własnych deficytów, czy raczej to relacje z nią będą sprawiały trudność najbliższemu otoczeniu.

Konflikt interesów

Autorki nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo / References

- American Psychiatric Association: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. American Psychiatric Association, Washington 1994.
- American Psychiatric Association: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-5). American Psychiatric Association, Washington 2013. Available from: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>.
- Asperger H: „Psychopatia autystyczna” okresu dzieciństwa. In: Frith U (ed.): Autyzm i zespół Aspergera. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005: 49–114.
- Attwood T: Zespół Aspergera. Kompletny przewodnik. Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2013.
- Attwood T: Zespół Aspergera. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2006a.
- Attwood T: The pattern of abilities and development of girls with Asperger's syndrome. In: Attwood T *et al.* (eds.): Asperger's and Girls. Future Horizons. Arlington, Texas 2006b.
- Begeer S, Mandell D, Wijnker-Holmes B *et al.*: Sex differences in the timing of identification among children and adults with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2013; 43: 1151–1156.
- Czownicka A: Przypadek Mateusza. Psychoza dziecięca: obiekt, symbol i istota terapii analitycznej. Oficyna Wydawnicza Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1993.
- Ghanizadeh A: A preliminary study on screening prevalence of pervasive developmental disorder in schoolchildren in Iran. *J Autism Dev Disord* 2008; 38: 759–763.
- Gillberg C: Kliniczne i neurobiologiczne aspekty zespołu Aspergera na podstawie sześciu badań diagnostycznych. In: Frith U (ed.): Autyzm i zespół Aspergera. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005: 150–179.
- Gillberg CL: The Emanuel Miller Memorial Lecture 1991. Autism and autistic-like conditions: subclasses among disorders of empathy. *J Child Psychol Psychiatry* 1992; 33: 813–842.
- Gillberg C, Steffenburg S: Outcome and prognostic factors in infantile autism and similar conditions: a population-based study of 46 cases followed through puberty. *J Autism Dev Disord* 1987; 17: 273–287.

the illusion that she is still a little, “not separated” girl were understandable. Characteristic of AS rigid pursuit of identity, repetition, symmetry and structuring the content from the external world and a tendency to impose particular behaviour on others, in the face of dynamic biological changes and emotional and social processes typical of adolescence led to the patient's choice of immature forms of relationship with the surrounding social reality in the form of subordination to other people (excessive politeness), or their patronizing, grandiose dominating them or fighting them. Also, the patient's deficit of contacts with the peer group, which significantly disturbed and limited her socialisation and establishing her own identity in psychological, psychosexual, interactive and social sense was an important obstacle in the course of her adolescence.

Chances of improving functioning of AS patients in adulthood, suggested by Asperger (2005) with regard to the presented 19-year-old woman's case are more connected with her intellectual capacity, whereas significant deficits continue to persist in her in the area of social adaptation. Therefore, when the patient continues into adulthood, it is difficult to state unequivocally if, due to fixed, specific features of AS, she herself will experience discomfort because of her own deficits, or, rather, the relationship with her will cause difficulty only to her closest environment.

Conflict of interest

The authors do not report any financial or personal relationships with other persons or organizations that could adversely affect the content of the publication and lay claim to this publication.

- Green J, Gilchrist A, Burton D *et al.*: Social and psychiatric functioning in adolescents with Asperger syndrome compared with conduct disorder. *J Autism Dev Disord* 2000; 30: 279–293.
- Gutstein SE, Whitney T: Asperger syndrome and the development of social competence. *Focus Autism Other Dev Disabl* 2002; 17: 161–171.
- Howe D: Empatia. Co to jest i dlaczego jest tak ważna. Oficyna Ingegnium, Warszawa 2013.
- Howlin P, Asgharian A: The diagnosis of autism and Asperger syndrome: findings from a survey of 770 families. *Dev Med Child Neurol* 1999; 41: 834–839.
- Mandell DS, Novak MM, Zubritsky CD: Factors associated with age of diagnosis among children with autism spectrum disorders. *Pediatrics* 2005; 116: 1480–1486.
- Namysłowska I: Adolescencja – wiek dorastania. In: Namysłowska I (ed.): Psychiatria dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005: 231–246.
- Russell G, Steer C, Golding J: Social and demographic factors that influence the diagnosis of autistic spectrum disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011; 46: 1283–1293.
- Ruta L, Mugno D, D'Arrigo VG *et al.*: Obsessive-compulsive traits in children and adolescents with Asperger syndrome. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010; 19: 17–24.
- Tantam D: Zespół Aspergera w wieku dorosłym. In: Frith U (ed.): Autyzm i zespół Aspergera. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005: 180–221.
- World Health Organization: Manual of the International Statistical Classification of the Diseases, and Related Health Problems, 10th ed. World Health Organization, Geneva 1992.