

Zaburzenia osobowości u młodzieży

Personality disorders in adolescence

Kamila Lenkiewicz, Tomasz Srebnicki, Anita Bryńska

Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego WUM

Summary

Adult personality disorders are well recognized and described in the literature. The discussion about the possibility of the presence of personality disorders in adolescents started about 20 years ago. Some authors claim the before the age of 18 it is only possible to identify precursors of future personality disorders and such a standpoint is reflected in diagnostic criteria. This is based on the assumption that personality in adolescence is still not well established. Consequently, the criterion on the persistence of symptoms for the period of time cannot be met (the persistence of symptoms of personality disorders for the period of at least two years). Other approach postulates that problems presented in adolescence should not be exclusively limited to Axis I according to DSM. The proponents of this approach claim that current diagnostic tools are not adjusted to adolescents, thus it is very difficult to measure stability and persistence of symptoms in this age group. This paper presents literature review on personality disorders in adolescence.

Słowa kluczowe: zaburzenia osobowości, diagnoza, młodzież

Key words: personality disorders, diagnosis, adolescence

Wstęp

Obserwacje kliniczne i wyniki badań dowodzą, że w przypadku wielu pacjentów w wieku rozwojowym, u których diagnozowane są różne zaburzenia psychiczne, objawom charakterystycznym dla danego zaburzenia z osi I niejednokrotnie towarzyszą objawy i postawy niewpisujące się w obraz kliniczny schorzenia, takie jak np. samookaleczenia i zachowania ryzykowne czy niska motywacja do leczenia [1]. Co więcej, zaobserwowano, że osoby z takim samym rozpoznaniem, np. zespołu depresyjnego czy zaburzeń zachowania, różnią się między sobą nasileniem takich

cech czy zachowań jak wrażliwość na odrzucenie, skłonność do przypisywania innym wrogich intencji, występowanie zachowań przemocowych, niemożność utrzymywania stabilnych i trwałych związków emocjonalnych [2–5], co uzasadnia rozważenie dodatkowego rozpoznania zaburzeń osobowości. Do końca lat 90. XX w. uważano, że zaburzenia osobowości można diagnozować tylko u osób, które skończyły co najmniej 18 lat. Było to związane z przekonaniem, iż osobowość w okresie dorastania podlega ciągłym zmianom, a jej cechy osiągają stabilny poziom dopiero w wieku 30 lat [6, 7]. Stanowisko to znalazło swoje odzwierciedlenie w zaleceniach diagnostycznych wg ICD-10 [8], jak i DSM-IV-TR [9]. Nie wynikało ono jednak z empirycznych obserwacji klinicznych czy też dowodów pozyskanych z prowadzonych badań, ale raczej z braku prac potwierdzających występowanie tego rodzaju zaburzeń u osób w wieku rozwojowym [2]. Mimo że wyniki badań z końca lat 90. XX w. wskazywały na to, że dzieci i młodzież mogą wykazywać cechy zaburzeń osobowości, to jednocześnie zwracano uwagę na ich zmienność w czasie [2, 10], czyli brak utrzymywania się charakterystycznych zachowań, postaw czy nawyków przez okres co najmniej 2 lat [6, 7, 11, 12]. Ponadto uważano, że ustalenie rozpoznania zaburzeń osobowości w przypadku osoby w wieku rozwojowym może być stygmatyzujące, a co za tym idzie – niekorzystne dla pacjenta. Zauważono jednak, że dzieci z takimi samymi diagnozami z osi I wg klasyfikacji DSM różnią się między sobą poziomem funkcjonowania, jak również rokowaniem i przebiegiem procesu zdrowienia, wymuszającym różne postępowanie terapeutyczne [3, 13–15]. Najnowsze badania dowodzą, że zaburzenia osobowości mogą występować wśród dzieci i młodzieży [1, 10, 14, 16, 17]. Co więcej, uważa się, że antyspołeczne zaburzenia osobowości rozpoczynają się zaburzeniami zachowania już w wieku dziecięcym i/lub młodzieńczym [15, 18], przy czym stabilny w czasie wzorzec zaburzonych zachowań obecny u dzieci lub młodzieży powinien być traktowany w kategoriach zaburzeń osobowości [16]. W ciągu ostatniej dekady zaczął wyraźnie dominować pogląd, że początku zaburzeń osobowości u dorosłych należy poszukiwać w dzieciństwie [1, 11, 14, 16–19]. Wyjaśnienie powyższego zagadnienia jest niezwykle ważne, gdyż nieprawidłowy rozwój osobowości w wieku dojrzewania może być czynnikiem decydującym o występowaniu i utrzymywaniu się w późniejszych okresach życia danej osoby licznych problemów, np. dotyczących bliskich relacji emocjonalnych czy też funkcjonowania w relacjach społecznych [1, 11, 14].

Cel

Celem niniejszego artykułu jest dokonanie przeglądu aktualnego piśmiennictwa dotyczącego zaburzeń osobowości u młodzieży.

Zagadnienia epidemiologiczne

Trudności z oceną częstości występowania zaburzeń osobowości w populacji dzieci i młodzieży wynikają z braku dostatecznej ilości badań. Johnson i wsp. [14] oraz Westen i wsp. [3] szacują występowanie tych zaburzeń u młodzieży na 6%–17%. Badania prowadzone w populacjach osób dorosłych wskazują na rozpowszechnienie

na zbliżonym poziomie: 10%–15% [1, 3]. Ponadto Grilo i wsp. [20] podają, że zaburzenia osobowości według DSM zaliczane do klastra A (osobowość paranoidalna, schizoidalna lub schizotypowa) oraz klastra B (osobowość antyspołeczna, borderline, histrioniczna lub narcystyczna) rozpoznawano z podobną częstością u młodzieży, jak i pacjentów dorosłych. Z kolei w przypadku zaburzeń osobowości z klastra C (osobowość obsesyjno-kompulsyjna, unikająca lub zależna) obserwowano zmniejszenie częstotliwości ich występowania wraz z wiekiem, od 9 do 27 r.ż. [14].

Kryteria diagnostyczne

Dotychczas nie sformułowano kryteriów diagnostycznych dla zaburzeń osobowości w wieku rozwojowym, mimo że wielu badaczy wskazuje na trudności wynikające z tego faktu [2–4, 12, 14, 21]. Jak się wydaje, najczęściej przytaczany argument wykluczający możliwość ustalenia rozpoznania zaburzeń osobowości u młodzieży, a dotyczący braku stałości i trwałości objawów w czasie, nie do końca znajduje uzasadnienie w wynikach przeprowadzonych badań [1–4, 6, 14, 16, 17, 21]. Co więcej, najwyższy poziom ustabilizowania cech osobowości występuje dopiero ok. 50 r.ż., a nie jak pierwotnie uważano ok. 30 r.ż., jak również największa zmienność cech osobowości występuje właśnie w okresie dorosłości, a nie okresie dojrzewania [6]. Prace ukierunkowane na ocenę stabilności objawów zaburzeń osobowości w czasie u młodzieży wykazują występowanie korelacji na poziomie r od 0,4 do 0,6, przy czym podobne wielkości uzyskuje się u osób dorosłych [1, 14, 16]: klaster A $r = 0,5$ dla 13–16 r.ż., $r = 0,49$ dla 16–22 r.ż. oraz $r = 0,56$ dla 22–33 r.ż.; klaster B $r = 0,65$ dla 14–16 r.ż., $r = 0,50$ dla 16–22 r.ż., a po wyłączeniu antyspołecznych zaburzeń osobowości $r = 0,55$ dla 22–23 r.ż.; klaster C $r = 0,48$ dla 13–16 r.ż. oraz $r = 0,42$ dla 16–22 r.ż.

Obecnie do badań nieprawidłowo kształtującej się osobowości u młodzieży najczęściej wykorzystywane są kryteria diagnostyczne wg DSM opracowane dla populacji osób dorosłych [3, 4]. Badacze podkreślają jednak, że z wielu powodów nie jest to rozwiązanie optymalne. Po pierwsze nieuwzględnienie charakterystycznych dla okresu dorastania zachowań, cech i postaw może prowadzić do pomyłek diagnostycznych [2, 3, 5, 17]. Po drugie, dychotomiczny charakter kryteriów zawartych w DSM nie jest w stanie odzwierciedlić specyficznej rozwojowo, czasowej zmienności występujących w okresie dorastania problemów. Co więcej, należy podkreślić, że w przypadku wielu zaburzeń psychicznych młodzieży, jak i dorosłych dochodzi do nakładania się objawów z osi I na oś II, co utrudnia prawidłowe ich różnicowanie (np. epizod depresyjny występujący w przebiegu zaburzeń osobowości) [2, 11, 20].

Alternatywny Model Zaburzeń Osobowości wprowadzony w DSM-5 [15, 22] stanowi pierwszą ustrukturyzowaną próbę wielowymiarowego zdefiniowania zaburzeń osobowości. Do jego stworzenia wykorzystano warianty czynników zaliczanych do Pięcioletniego Modelu Osobowości (PMO) [23] (czyli ekstrawersja vs introwersja, stabilność emocjonalna vs neurotyczność, otwartość na doświadczenie, ugodowość vs antagonizm oraz sumienność vs niekierunkowanie) oraz uwzględniono w nim funkcjonowanie jednostki w obszarach poczucia tożsamości, empatii, intymności oraz autonomii [15, 22, 23, 24]. Wielowymiarowe rozumienie struktury osobowości

czyni proces diagnozy bardziej elastycznym, ale także bardziej czułym, gdyż pozwala na wykrycie wzorców osobowościowych utrudniających funkcjonowanie jednostki o nasileniu niewystarczającym do ustalenia rozpoznania zaburzeń osobowości (np. takich jak nadmierna wrażliwość na odrzucenie czy utrwalone strategie unikania).

W DSM-5 [22], podobnie jak w DSM-IV [9], zaburzenia osobowości są rozumiane jako nienormatywny, trwały i stabilny w czasie schemat funkcjonowania jednostki, którego powstania nie wyjaśnia przyjmowanie substancji psychoaktywnych lub ogólny stan zdrowia. W DSM-IV [9] skupiano się jednak przede wszystkim na ocenie funkcjonowania jednostki w obszarze poznawczym i interpersonalnym, z kolei w kryteriach diagnostycznych DSM-5 [22] odwołano się dodatkowo do obszaru psychodynamicznego (związanego z poczuciem tożsamości, autonomii oraz samostanowienia), ale także i biologicznego. Można zatem stwierdzić, że najnowsza wersja klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego jest wyraźnym krokiem w stronę wielokontekstowego rozumienia dysfunkcji jednostki, niezależnie od wieku. Badania nad temperamentem i cechami osobowości u dzieci i młodzieży [25, 26] dowodzą, że można je definiować na podstawie Pięcioczynnikowego Modelu Osobowości, co wskazuje na możliwość zastosowania kryteriów diagnostycznych DSM-5 [22] do diagnozy zaburzeń osobowości u nastolatków. Mimo że Alternatywny Model Zaburzeń Osobowości wg DSM-5 oparty jest na konstrukcie teoretycznym możliwym do zastosowania w odniesieniu do młodzieży [27], to jednak nie uwzględniono w nim specyfiki wieku dorastania. Wszystko to uzasadnia konieczność dalszego strukturalizowania kryteriów diagnostycznych dla zaburzeń osobowości u młodzieży, jak również opracowania adekwatnych do specyfiki wieku rozwojowego narzędzi diagnostycznych [2, 3, 21].

Obraz kliniczny zaburzeń osobowości u młodzieży

Ilość danych dotyczących obrazu klinicznego zaburzeń osobowości u dzieci i młodzieży jest niewystarczająca, jakkolwiek na podstawie dostępnych badań można założyć, że poszczególne postacie tych zaburzeń charakteryzują się analogicznymi cechami jak w przypadku osób dorosłych [3]. Słuszności tego założenia dowodzą badania prowadzone w grupach pacjentów młodzieżowych z podejrzeniem zaburzeń osobowości typu borderline [4, 28]. Zarówno w przypadku młodzieży, jak i dorosłych z zaburzeniami osobowości typu borderline obserwuje się tendencję do aktywacji wrogich emocji w sytuacji stresu, chwiejność emocjonalną, częste doświadczanie poczucia wewnętrznej pustki i samotności, skłonność do nawiązywania intensywnych i niestabilnych relacji interpersonalnych, które dodatkowo cechuje ukierunkowanie na zaspokajanie własnych potrzeb i nadmierne poleganie na innych, skłonność do delegowania odpowiedzialności na zewnątrz z przypisywaniem innym osobom wrogich i krzywdzących intencji, zachowania autodestrukcyjne, np. samookaleczanie się [3, 12, 29]. Przyjmuje się, że obraz kliniczny zaburzeń osobowości w okresie dorastania, od ok. 14. r.ż., jest zbieżny z obrazem obserwowanym u dorosłych, zaś w okresie dzieciństwa, zwłaszcza w odniesieniu do kształtującej się osobowości borderline, przyjmuje inny charakter, często nasuwający podejrzenie zaburzeń psychotycznych [2, 29]. Badacze dodatkowo podkreślają, że pojawianie się cech zaburzeń osobowości

z pogranicza w okresie dorastania bardzo istotnie zwiększa ryzyko pojawienia się problemów adaptacyjnych, rozwoju zachowań o charakterze przemocy oraz samobójczych, wejścia w konflikt z prawem, nawiązywania licznych kontaktów seksualnych [1, 14].

W analizie objawów przypisanych nieprawidłowo kształtującej się osobowości koniecznie należy uwzględnić specyfikę wieku rozwojowego, a zwłaszcza okresu dojrzewania. Obecność pewnych zachowań, które mogą zostać zaklasyfikowane jako przejaw rozwijających się zaburzeń osobowości, może wiązać się jednak z prawidłowo przebiegającym procesem separacji i indywidualizacji adolescenta. Nieuwzględnienie takiej sytuacji może prowadzić do zafałszowania ilości rozpoznań, zwłaszcza we wczesnych etapach okresu dojrzewania. W badaniach Westena i wsp. [3] wykazano, że rozpowszechnienie nieprawidłowo kształtującej się osobowości w kierunku anty-społecznym lub unikającym przewyższało odsetki charakterystyczne dla populacji osób dorosłych. W dyskusji autorzy podkreślili, że wyniki te mogły być pochodną właściwości badanej grupy, ale również mogły w jakimś zakresie odzwierciedlać cechy i objawy bezpośrednio związane z procesem dojrzewania.

Czynniki ryzyka zaburzeń osobowości w wieku rozwojowym

Dane dotyczące czynników wpływających na kształtowanie się nieprawidłowej osobowości pochodzą przede wszystkim z badań prowadzonych w grupach dorosłych pacjentów. Na ich podstawie można wnioskować, że najbardziej istotnymi czynnikami ryzyka dla okresu wczesnego dzieciństwa są: izolacja społeczna, zły stan zdrowia oraz problemy z zachowaniem (np. nasilony negatywizm dziecka), dla okresu dorastania: niskie kompetencje społeczne, introwersja lub wysoki poziom emocjonalności, zaś niezależnie od okresu rozwojowego: przemoc seksualna, emocjonalna i fizyczna oraz niewłaściwe postawy rodzicielskie, podtrzymujące lub prowokujące niepożądane zachowania dziecka [16]. W przypadku zaburzeń osobowości z klastra B w szczególności podkreśla się rolę takich czynników jak odrzucenie, niestabilność emocjonalna, niespójność i nieprzewidywalność w zachowaniu matki oraz nadużycie seksualne [1, 3, 4, 16]. Przemoc fizyczna i emocjonalna jest wymieniana jako istotny czynnik ryzyka dla rozwoju zaburzeń osobowości z klastra C [16].

Istotną rolę przypisuje się także zaburzeniom z osi I. Większość badań dotyczących częstego współwystępowania zaburzeń z osi I i osi II została przeprowadzona w populacjach osób dorosłych [3]. Z badań grup osób w wieku rozwojowym, prowadzonych przez Grilo i Bernsteina [1], wynika, że istnieje związek pomiędzy występowaniem rozpoznań z osi I w dzieciństwie a podwyższonym ryzykiem ustalenia rozpoznania z osi II w wieku dorosłym. Jak się wydaje, w przypadku młodzieży w odniesieniu do wszystkich trzech klastrów zaburzeń osobowości wg DSM ryzyko to jest szczególnie związane z diagnozą zaburzeń depresyjnych, zaburzeń lękowych oraz zaburzeń zachowania [10, 16, 30], jakkolwiek badacze podkreślają również rolę diagnozy zaburzeń odżywiania się oraz używania substancji psychoaktywnych [2]. Dla zaburzeń afektywnych, w tym zespołów depresyjnych, ryzyko rozwoju zaburzeń osobowości w wieku dorosłym z klastra B oceniono jako 6-krotnie wyższe, zaś z klastra C jako 8-krotnie wyższe. Z kolei rozpoznanie zaburzeń lękowych zwiększało 5-krotnie prawdopodobieństwo rozwoju

zaburzeń osobowości z klastra A oraz 4-krotnie z klastra B. W przypadku zaburzeń zachowania występujących w wieku dorastania ryzyko wzrastało blisko 4-krotnie dla zaburzeń osobowości ze wszystkich klastrów wg DSM [10, 16, 31].

U młodzieży z zaburzeniami osobowości z klastra A stwierdzono występowanie: zaburzeń depresyjnych – w 20% przypadków, zaburzeń lękowych – w 25% oraz zachowań destrukcyjnych – w 35%, przy czym te ostatnie wiązały się z blisko 6-krotnie większym ryzykiem utrzymywania się nieprawidłowych wzorców osobowościowych w okresie dorosłości [10]. Z kolei w przypadku diagnozy zaburzeń lękowych w okresie dojrzewania zaobserwowano zwiększone prawdopodobieństwo pojawienia się paranoidalnych zaburzeń osobowości w okresie wczesnej dorosłości. Dodatkowo stwierdzono, że kolejnym czynnikiem sprzyjającym nieprawidłowemu rozwojowi osobowości w kierunku zaburzeń z klastra A jest fakt doświadczenia wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie. Z drugiej strony występowanie zaburzeń osobowości z klastra A w okresie dorastania zwiększa ryzyko pojawienia się zaburzeń nastroju, zaburzeń lękowych oraz zachowań destrukcyjnych we wczesnej dorosłości [16]. W przypadku zaburzeń osobowości z klastra B zaobserwowano, że u 28% osób rozpoznawano zaburzenia depresyjne, u 37% zaburzenia lękowe, a u 47% zaburzenia zachowania [10]. W odniesieniu do zaburzeń osobowości typu borderline odnotowano także częste współwystępowanie zaburzeń odżywiania się oraz szkodliwego używania substancji psychoaktywnych [12]. Ponadto istnieją dane potwierdzające związek powyżej wspomnianych zaburzeń osobowości z chorobą afektywną dwubiegunową i zaburzeniami z grupy schizofrenii oraz innymi zaburzeniami osobowości z klastra B (osobowością antyspołeczną, narcystyczną i histrioniczną) [4, 16]. Zaobserwowano, że ryzyko rozwoju zaburzeń osobowości z klastra B było istotnie wyższe w przypadku osób, które doświadczyły przemocy seksualnej, z drugiej zaś strony nadużycie seksualne wśród dzieci i młodzieży wiązało się w występowaniem podwyższonego poziomu lęku, zespołów depresyjnych oraz zachowań destrukcyjnych we wczesnym okresie dorastania i dorosłości [16]. Istotnym czynnikiem zwiększającym prawdopodobieństwo rozwoju zaburzeń osobowości typu borderline lub narcystycznych zaburzeń osobowości okazało się również zaniedbywanie fizyczne dziecka [14]. U osób z zaburzeniami osobowości z klastra C zaobserwowano: zaburzenia depresyjne – w 23% przypadków, zachowania destrukcyjne – w 34% i zaburzenia lękowe – aż w 51%, w tym przede wszystkim fobię społeczną [16].

Podsumowanie

Badanie występowania zaburzeń osobowości w wieku rozwojowym wymaga nie tylko rozstrzygnięcia, na ile uzasadnione jest stawianie tego typu rozpoznań w populacji dzieci i młodzieży, ale również odniesienia się do mechanizmów prowadzących do rozwoju osobowości normatywnej, jak i patologicznej [12, 16]. Ilość badań dotyczących powyższych zagadnień jest zdecydowanie niewystarczająca, a te dostępne to głównie badania retrospektywne przeprowadzone w grupach osób dorosłych z diagnozą zaburzeń osobowości [2–4, 10, 14, 16], co ogranicza możliwość uogólniania wniosków na całą populację osób młodych. Zgłębienie powyższych kwestii jest nie tylko ważne w kontekście poszerzenia wiedzy. Niezwykle istotne wydaje się zwiększenie świadomości psychiatrów

i psychologów dziecięcych, a co za tym idzie – zmiana zakresu i rodzaju wdrażanych interwencji terapeutycznych. Wyodrębnienie czynników ryzyka w konsekwencji powinno doprowadzić do podejmowania działań zapobiegawczych. Diagnoza uwzględniająca oprócz rozpoznania z obszaru osi I również oś II pozwoli na podjęcie rozszerzonych działań, odpowiadających potrzebom rodziny i poszczególnych jej członków. Trafniej ukierunkowane oddziaływania psychoterapeutyczne mogą znacznie skrócić czas pobytu pacjentów na oddziałach psychiatrycznych, jak również ograniczyć ilość hospitalizacji, co może przełożyć się na obniżenie kosztów leczenia stacjonarnego. Adekwatne leczenie osób w wieku rozwojowym z nieprawidłowo kształtującą się osobowością powinno spowodować zmniejszenie częstości zaburzeń osobowości w wieku dorosłym.

Piśmiennictwo

1. Shiner RL. *The development of personality disorders: Perspectives from normal personality development in childhood and adolescence*. Dev. Psychopathol. 2009; 21: 715–734.
2. Westen D, Shedler J. *A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: toward DSM-V*. J. Pers. Disord. 2000; 14: 109–126.
3. Westen D, Shedler J, Durrett C, Glass S, Martens A. *Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV axis II diagnoses and an empirically derived alternative*. Am. J. Psychiatry 2003; 160: 952–966
4. Ludolph PS, Westen D, Misle B, Jackson A, Wixom J, Wiss FC. *The borderline diagnosis in adolescents: symptoms and developmental history*. Psychiatry 1990; 147: 470–476.
5. Westen D, Arkowitz-Western LP. *Limitations of axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice*. Am. J. Psychiatry 1998; 155: 1767–1771.
6. Caspi A, Roberts BW, Shiner RL. *Personality development: stability and change*. Ann. Rev. Psychol. 2005; 56: 453–484.
7. Westen D, Chang C. *Personality pathology in adolescence: A review*. Adolesc. Psychiatry 2005; 25: 61–100.
8. World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization; 1993.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
10. Kasen S, Cohen P, Skodol AE, Johnson JG, Brook JS. *Influence of child and adolescent psychiatric disorders on young adult personality disorder*. Am. J. Psychiatry 1999; 156: 1529–1535.
11. Bernstein DP, Cohen P, Skodol A, Bezirgianian S, Brook J. *Childhood antecedents of adolescent personality disorders*. Am. J. Psychiatry 1996; 153: 907–913.
12. Bornovalova MA, Hicks BM, Iacono WG, McGue M. *Stability, change and heritability of borderline personality disorder traits from adolescence to adulthood: A longitudinal twin study*. Dev. Psychopathol. 2009; 21: 1335–1353.
13. Widiger TA, De Clercq B, De Fruyt F. *Childhood antecedents of personality disorder: An alternative perspective*. Dev. Psychopathol. 2009; 21: 771–791.
14. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Hamagami F, Brook JS. *Age-related change in personality disorder trait levels between early adolescence and adulthood: a community-based longitudinal investigation*. Acta Psychiatr. Scand. 2000; 102: 265–275.

15. Shiner RL, Allen TA. *Assessing personality disorders in adolescents: seven guiding principles*. Clin. Psychol. Sci. Pract. 2013; 20(4): 361–377.
16. Cohen P, Crawford TN, Johnson JG, Kasen S. *The children in the community study of developmental course of personality disorder*. J. Pers. Disord. 2005; 19: 466–486.
17. Clark LA. *Stability and change in personality disorder*. Curr. Direct. Psychol. Sci. 2009; 18: 27–31.
18. Calkins SD, Keane SP. *Developmental origins of early antisocial behaviour*. Dev. Psychopathol. 2009; 21: 1095–1109.
19. Bernstein DP, Cohen P, Velez CN, Schwab-Stone M, Siever LJ, Shinsato L. *Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents*. Am. J. Psychiatry 1993; 150: 1237–1243.
20. Grilo CM, McGlashan TH, Quinlan DM, Walker ML, Greenfeld D, Edell WS. *Frequency of personality disorders in two age cohorts of psychiatric inpatients*. Am. J. Psychiatry 1998; 155: 140–142.
21. De Clercq B, Van Leeuwen K, Van Den Noortgate W, De Bolle M, De Fruyt F. *Childhood personality pathology: Dimensional stability and change*. Dev. Psychopathol. 2009; 21: 853–869.
22. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth edition (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2011.
23. Siuta J. *Inwentarz Osobowości NEO-PI-R. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2006.
24. Skodol AE. *Commentary: assessing personality disorder in adolescents from the perspective of DSM-5*. Clin. Psychol. Sci. Pract. 2014; 21(1): 84–90.
25. Widiger TA, De Clercq B, De Fruyt F. *Childhood antecedents of personality disorder: An alternative perspective*. Dev. Psychopathol. 2009; 21: 771–791.
26. Shiner RL. *The development of personality disorders: Perspectives from normal personality development in childhood and adolescence*. Dev. Psychopathol. 2009; 21: 715–734.
27. Shiner RL, DeYoung CG. *The structure of temperament and personality traits: A developmental perspective*. W: Zelazo PD. red. *The Oxford handbook of developmental psychology*. New York: Oxford University Press; 2013. s. 113–141.
28. Petermann F, Remschmidt H. *Psychopathy in childhood and adolescence*. Fortschr. Neurol. Psychiatr. 2013; 81(12): 697–705.
29. Lofgren DP, Bemporad J, King J, Lindem K, O’Driscoll G. *A prospective follow-up study of so-called borderline children*. Am. J. Psychiatry 1991; 148: 1541–1547.
30. Reichborn-Kjennerud T, Czajkowski N, Roysamb E, Orstavik RE, Neale MC, Torgersen S, Kendler KS. *Major depression and dimensional representations of DSM-IV personality disorders: a population-based twin study*. Psychol. Med. 2010; 40: 1475–1484.
31. Crawford TN, Cohen P, First MB, Skodol AE, Johnson JG, Kasen S. *Comorbid axis I and axis II disorders in early adolescence*. Arch. Gen. Psychiatry 2008; 65: 641–648.

Adres: Tomasz Srebnicki
Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego WUM
00-574 Warszawa, ul. Marszałkowska 24

Otrzymano: 17.03.2014
Zrecenzowano: 21.04.2014
Otrzymano po poprawie: 22.06.2014
Przyjęto do druku: 28.06.2014