

## Ocena trafności kryterialnej diagnozy zaburzeń osobowości u młodzieży oraz związków między stylem przywiązania a rozpoznaniem zaburzeń osobowości

### Assessment of criterion validity of personality disorder diagnosis in adolescents and relations between attachment style and personality disorder diagnosis

Kamila Lenkiewicz, Łukasz Konowalek, Anita Bryńska

Warszawski Uniwersytet Medyczny, Klinika Psychiatrii Wieków Rozwojowego

#### Summary

**Aim.** Assessment of criterion validity and temporal stability of personality disorder diagnosis in adolescents and relationships between attachment styles and personality disorder diagnosis.

**Material and methods.** 50 adolescents (46 girls and 4 boys, aged 15–17) hospitalized at the department of child and adolescent psychiatry were assessed with *the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Personality Disorders* (SCID-II) and *the Inventory of Parent and Peer Attachment* (IPPA). After one year, adolescents meeting the criteria for a personality disorder (PD) diagnosis were reassessed with the SCID-II.

**Results.** In the first stage of assessment, diagnostic criteria for different types of personality disorders were met by 41 adolescents (82%) (mean number of criteria = 5.9). Criteria were met most often for borderline personality disorder (BPD) ( $n = 26$ ; mean number of criteria = 7.9). In the second stage of assessment, the interview was re-administered to 21 (51%) adolescents; the mean number of criteria was = 6.6. A statistically significant relationship between the number of PD diagnostic criteria in assessment one and the number of criteria in assessment two was obtained ( $r = 0.58$ ;  $p < 0.01$ ). 82% of the participants with PD were insecurely attached to their mothers. In the borderline group, 83% of the participants reported anxious-avoidant attachment style.

**Conclusions.** PD traits in adolescence, specifically BPD, are stable across one year.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia osobowości, style przywiązania, młodzież

**Key words:** personality disorders, attachment styles, adolescents

## Wprowadzenie

Do końca lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku uważano, że zaburzenia osobowości dotyczą tylko osób dorosłych. Obecnie przyjmuje się, że cechy zaburzeń osobowości mogą dotyczyć około 6–17% adolescentów i charakteryzować się wysoką stabilnością [1, 2]. W grupach klinicznych rozpowszechnienie to jest istotnie wyższe i kształtuje się na poziomie 40–60%, przy jednoczesnej nadreprezentacji zaburzeń osobowości typu *borderline* [3]. Coraz większa liczba danych uzasadnia diagnozowanie zaburzeń osobowości w wieku nastoletnim [4–9], odnosząc się nie tylko do kryterium trwałości objawów w czasie, ale też do obrazu klinicznego.

Do chwili obecnej nie sformułowano odrębnych kryteriów diagnostycznych dla zaburzeń osobowości w wieku rozwojowym. Do badań nad nieprawidłowo kształtującą się osobowością u młodzieży najczęściej wykorzystywane są kryteria diagnostyczne DSM-IV [10], opracowane dla populacji osób dorosłych. Badacze potwierdzają słuszność takiego podejścia [2, 11, 12], choć z drugiej strony podkreślają, że nie jest to rozwiązanie optymalne. Nieuwzględnienie w procesie diagnostycznym charakterystycznych dla wieku rozwojowego zachowań i postaw może skutkować błędnym rozpoznaniem; co więcej, dychotomiczne kryteria nie są w stanie odzwierciedlić typowej dla okresu dorastania zmienności zachowań w czasie, czy też wyodrębnić postaci subklinicznych [9, 13]. Ponadto w wypadku wielu zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego dochodzi do nakładania się objawów zaburzeń z Osi I i Osi II, co utrudnia prawidłowe różnicowanie [12, 13].

Jak się wydaje, w diagnozie zaburzeń osobowości w wieku rozwojowym pomocny może się okazać *Alternatywny model zaburzeń osobowości* według DSM-5 [14], w którym dzięki wprowadzeniu kontinuum nasilenia objawów możliwa jest dokładniejsza ocena funkcjonowania jednostki. Kolejną trudnością w procesie diagnozowania zaburzeń osobowości w wieku rozwojowym jest brak adekwatnych narzędzi. Najczęściej zastosowanie znajduje *Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badań Zaburzeń Osobowości z Osi II DSM-IV (SCID-II)* [15, 16].

Wyniki wielu prac dowodzą, że istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia zaburzeń osobowości w dorosłości jest pozabezpieczny styl przywiązania [17, 18]. W badaniach prowadzonych w grupach nastolatków wykazano negatywny związek między bezpiecznym stylem przywiązania a obecnością wszystkich rodzajów zaburzeń osobowości oraz dodatnią korelację między zdeorganizowanym stylem przywiązania a zaburzeniami osobowości typu *borderline* [18]. W odniesieniu do stylu lękowo-unikającego ujawniono istotny związek z zaburzeniami osobowości z klastra A, dla stylu lękowo-ambiwalentnego – z zaburzeniami osobowości typu zależnego, histrionicznego i *borderline* [18, 19], dla stylu odrzucająco-unikającego z zaburzeniami typu narcystycznego i antysocjalnego [20], a dla stylu zaabsorbowanego – z zaburzeniami typu histrionicznego, *borderline* i schizotypowego [21] oraz obsesyjno-kompulsyjnego [22].

Powyższe obserwacje uzasadniają kontynuowanie badań nad występowaniem zaburzeń osobowości w wieku rozwojowym i mechanizmami ich powstawania.

## Cele badania

1. Ocena trafności kryterialnej oraz stabilności w czasie diagnozy zaburzeń osobowości u młodzieży.
2. Ocena związków między stylem przywiązania wykształconym w dzieciństwie a rozpoznaniem zaburzeń osobowości.

## Material

W badaniu wzięli udział nastolatki hospitalizowani w oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży oraz ich rodzice. Kryterium wyłączenia z grupy badanej, oprócz braku zgody nastolatka lub jego rodzica na udział w badaniu, było (1) wychowywanie się nastolatka poza rodziną (Dom Dziecka, Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii, Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy i inne placówki wychowawcze), (2) ustalenie rozpoznania całościowych zaburzeń rozwoju, zaburzeń psychotycznych, choroby afektywnej dwubiegunowej lub upośledzenia umysłowego.

Grupa badana liczyła 50 osób (46 dziewcząt i 4 chłopców) w wieku 15–17 lat ( $\bar{x} = 15,7$  lat;  $SD = 0,85$ ). Jako rozpoznanie końcowe po hospitalizacji, podczas której realizowano protokół badania, osoby te otrzymały następujące diagnozy: w 42% ( $n = 21$ ) zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną, 30% ( $n = 15$ ) zaburzeń odżywiania, 14% ( $n = 7$ ) zaburzeń nastroju, 10% ( $n = 5$ ) zaburzeń zachowania i emocji oraz w 4% ( $n = 2$ ) zaburzeń osobowości (ustalenie rozpoznania zaburzeń osobowości było możliwe, ponieważ w momencie zakończenia hospitalizacji osoby te ukończyły 18 r.ż.). W wypadku 64% ( $n = 32$ ) osób badanych stwierdzono problemy współwystępujące, głównie samookaleczenia (60%,  $n = 30$ ) lub podejmowanie prób samobójczych (46%,  $n = 23$ ).

## Narzędzia badawcze

### *Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń Osobowości według osi II DSM-IV – SCID-II*

W badaniu zastosowano SCID-II (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders*) [15] w polskiej wersji językowej [16]. W wywiadzie uwzględniono wszystkie dziesięć rodzajów zaburzeń osobowości według DSM-IV [10] oraz zaburzenia osobowości niesklasyfikowane, ujęte w dodatku B. Procedura przewiduje możliwość wykorzystania całego wywiadu lub jego części oraz poprzedzenia wywiadu przesiewowym badaniem, jakim jest *Kwestionariusz Osobowości SCID-II*, składający się ze 119 pytań i wypełniany przez osobę badaną. Właściwe badanie jest poprzedzone krótką rozmową, mającą na celu ustalenie typowych zachowań badanego i jego relacji z innymi osobami oraz zdolności do autorefleksji. Następnym etapem jest weryfikowanie kryteriów diagnostycznych, przy czym każde jest oceniane w trójstopniowej skali: 1 – „brak lub nieprawda”, 2 – „poniżej progę” lub 3 – „próg lub potwierdzenie”;

w razie trudności z oceną punkty nie są przyznawane. Przypisanie wartości 3 („próg lub potwierdzenie”) wiąże się z koniecznością oceny, czy (1) opisywany wzorec przeżywania i zachowania znacząco odbiega od oczekiwań kulturowych wobec jednostki bądź też (2) czy wzorec ten jest nieelastyczny i ujawnia się w wielu sytuacjach osobistych i społecznych, bądź też (3) czy utrwalony wzorec prowadzi do istotnego klinicznego cierpienia lub upośledzenia funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innej dziedzinie, a także (4) czy wzorec jest stabilny i długotrwały oraz (5) czy nie można go lepiej wyjaśnić jako przejaw lub konsekwencję innego zaburzenia psychicznego, bezpośredniego fizjologicznego działania substancji psychoaktywnej lub ogólnego stanu zdrowia. Ustalenie diagnozy zaburzeń osobowości: (1) typu antyspołecznego wymaga spełnienia co najmniej 3 kryteriów; (2) zaburzeń osobowości typu unikającego, obsesyjno-kompulsyjnego, bierno-agresywnego, paranoicznego i schizoidalnego – co najmniej 4 kryteriów; (3) a pozostałych typów zaburzeń – co najmniej 5 kryteriów.

### *Inwentarz przywiązania do rodziców i rówieśników – IPPA*

IPPA (*The Inventory of Parent and Peer Attachment*) [23] uwzględnia wielopłaszczyznowy model teorii przywiązania obejmujący aspekt poznawczy i afektywny. Składa się z trzech części odnoszących się do relacji: (1) z matką lub z osobą pełniącą jej rolę, (2) z ojcem lub z osobą pełniącą jego rolę oraz (3) z bliskimi przyjaciółmi. Każda z części zawiera 25 pytań, a osoba badana udziela odpowiedzi w 5-stopniowej skali Likerta: 1 – „prawie nigdy lub nigdy”, 2 – „rzadko”, 3 – „czasami”, 4 – „często”, 5 – „prawie zawsze lub zawsze”. Inwentarz ocenia trzy obszary przywiązania: (1) *Zaufanie* rozumiane jako zaufanie do rodziców lub przyjaciół oraz jako szacunek i zrozumienie z ich strony; (2) *Komunikację* rozumianą jako zdolność do mówienia najbliższym o sobie, swoich problemach i potrzebach; (3) *Alienację* rozumianą jako poziom izolacji oraz poczucia bycia niezrozumianym przez bliskie osoby oraz emocji z tym związanych. Polska wersja kwestionariusza charakteryzuje się satysfakcjonującą rzetelnością oraz trafnością kryterialną [24]. Wyniki mieszczące się w przedziale 1–4 stenów uznano za niskie, w przedziale 5–6 stenów za wyniki średnie, a w przedziale 7–10 stenów za wyniki wysokie [24].

### **Metoda**

Badanie przebiegało w dwóch etapach. Celem pierwszego było wyodrębnienie grupy spełniającej kryteria zaburzeń osobowości (SCID-II) oraz ocena za pomocą kwestionariusza IPPA. Drugi etap, przeprowadzony po upływie roku od pierwszego badania, miał na celu ocenę stabilności objawów zaburzeń osobowości w grupie osób spełniających kryteria diagnostyczne DSM-IV w pierwszym etapie (powtórne badanie SCID-II).

### Zastosowane metody statystyczne

Zmienne nominalne przedstawiono jako procenty, a do opisu zmiennych ciągłych użyto średniej i odchylenia standardowego. Do weryfikacji hipotez badawczych w wypadku zmiennych jakościowych wykorzystano test  $\chi^2$  i współczynnik  $V$  Cramera, a w wypadku zmiennych ilościowych współczynnik korelacji  $r$ -Pearsona. Wartości  $p \leq 0,05$  przyjęto za istotne statystycznie. Analizę przeprowadzono za pomocą programu STATISTICA 13.1.

Protokół badania został zaakceptowany przez Komisję Bioetyczną Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (KB/289/2013).

### Wyniki

#### *SCID-II: cechy zaburzeń osobowości w pomiarze 1*

W pierwszym etapie (pomiar 1) przebadano 50 adolescentów – u 82% ( $n = 41$ ) potwierdzono obecność cech zaburzeń osobowości spełniających jakościowe oraz ilościowe kryteria diagnostyczne dla poszczególnych rodzajów zaburzeń osobowości. Średnia liczba potwierdzonych kryteriów diagnostycznych wyniosła 5,9 ( $SD = 3,14$ ). W podziale na poszczególne rodzaje zaburzeń średnia liczba potwierdzonych kryteriów kształtowała się następująco: dla zaburzeń osobowości typu *borderline* ( $n = 26$ ) = 7,9 ( $SD = 1,34$ ), dla typu obsesyjno-kompulsyjnego ( $n = 5$ ) = 5,4 ( $SD = 1,14$ ), dla typu narcystycznego ( $n = 2$ ) = 8,0 ( $SD = 0,00$ ), dla depresyjnego i unikającego (dla każdego  $n = 3$ ) = 6,0 ( $SD = 1,00$ ). W wypadku pozostałych dwóch rodzajów zaburzeń osobowości kryteria potwierdzono w odniesieniu do pojedynczych osób (dla paranoicznych zaburzeń osobowości 6 kryteriów, a dla bierno-agresywnych zaburzeń osobowości 4 kryteria). Najczęściej potwierdzane kryteria diagnostyczne w odniesieniu do poszczególnych rodzajów zaburzeń osobowości przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Najczęściej potwierdzane kryteria diagnostyczne w odniesieniu do poszczególnych rodzajów zaburzeń osobowości w pomiarze 1

	KRYTERIUM	
BPD ( $n = 26$ )	obecność prób samobójczych	96 %
	obecność samookaleczeń	89%
	niestabilność emocjonalna	89%
	obecność nieadekwatnej, silnej złości	73%
	poczucie pustki wewnętrznej	69%
	niestabilny obraz i poczucia Ja w kontaktach z innymi	62%
	trudności z opanowaniem złości	58%
	impulsywność	58%
	niestabilny wzorzec relacji interpersonalnych	56%

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

OCPD (n = 5)	szttywność i upór dostrzegany przez innych	100%
	perfekcjonizm	80%
	trudności z pozbyciem się zużytych, bezwartościowych rzeczy	80%
	zwracanie szczególnej uwagi na szczegóły, reguły, porządek i organizację	60%
	niechęć do powierzania zadań innym lub niechęć do współpracowania z innymi	60%
DPD (n = 3)	szttywność i upór dostrzegany przez siebie	60%
	negatywny obraz samego siebie	100%
	krytycyzm i obwinianie siebie	100%
	rozpamiętywanie i zamartwianie się	100%
	obniżony nastrój	67%
	negatywistyczna i krytyczna postawa wobec innych	67%
APD (n = 3)	pesymistyczne nastawienie	67%
	poczucie winy i wyrzuty sumienia	67%
NPD (n = 2)	wszystkie kryteria	60%
	wyolbrzymione poczucie własnej wartości	100%
	fantazjowanie na temat siły i mocnych stron	100%
	wymaganie nadmiernego podziwu	100%
PPD (n = 1)	zazdrośczenie innym lub uważanie, że inni zazdrośczą	100%
	podejrzliwość w stosunku do innych	
	wątpliwości co do lojalności/wiarygodności przyjaciół	
	niechęć do zwierzania się innym	
	obawy, że ujawnione informacje zostaną użyte przeciwko danej osobie	
PAPD (n = 1)	dopatrywanie się ukrytego poniżania	
	bezpodstawne podejrzewanie partnera/partnerki o zdradę	
	bierny opór	
	skargi na niezrozumienie i niedocnienie przez innych	
PAPD (n = 1)	kłótniwość i krytykowanie/szydzenie z autorytetów	
	odczuwanie buntu i skrucy	

BPD – zaburzenia osobowości z pogranicza (Borderline Personality Disorders); OCPD – obsesyjno-kompulsyjne zaburzenia osobowości (Obsessive-Compulsive Personality Disorders); DPD – depresyjne zaburzenia osobowości (Depressive Personality Disorders); APD – unikające zaburzenia osobowości (Avoidant Personality Disorders); NPD – narcystyczne zaburzenia osobowości (Narcissistic Personality Disorders); PPD – paranoiczne zaburzenia osobowości (Paranoid Personality Disorders); PAPD – bierno-agresywne zaburzenia osobowości (Passive-Aggressive Personality Disorders)

*SCID-II: cechy zaburzeń osobowości w pomiarze 2*

W powtórnym badaniu (pomiar 2) udział wzięło 21 adolescentów, co stanowiło 51% grupy osób spełniających kryteria diagnostyczne dla zaburzeń osobowości w pomiarze 1 (odmowy udziału w powtórnym badaniu wynikały przede wszystkim z konieczności zgłoszenia się do oddziału). Wśród przebadanych było 14 osób spełniających w pomiarze 1 kryteria diagnostyczne dla zaburzeń osobowości typu *borderline*, 2 osoby spełniające kryteria dla zaburzeń osobowości typu unikającego, 2 osoby spełniające kryteria dla narcystycznych zaburzeń osobowości, 1 osoba spełniająca kryteria dla zaburzeń osobowości obsesyjno-kompulsyjnej, 1 osoba spełniająca kryteria dla depresyjnych zaburzeń osobowości oraz 1 osoba spełniająca kryteria dla paranoicznych zaburzeń osobowości.

Średnia liczba potwierdzonych kryteriów diagnostycznych w pomiarze 2 dla grupy badanej wyniosła = 6,6 ( $SD = 3,17$ ). W podziale na poszczególne rodzaje zaburzeń osobowości średnia liczba potwierdzonych kryteriów kształtowała się następująco: dla zaburzeń osobowości typu *borderline* ( $n = 11$ ) = 8,6 ( $SD = 0,81$ ), dla typu unikającego ( $n = 4$ ) = 5,3 ( $SD = 0,96$ ), dla typu narcystycznego ( $n = 2$ ) = 8,5 ( $SD = 0,71$ ). W wypadku zaburzeń osobowości typu obsesyjno-kompulsyjnego u 1 osoby potwierdzono 6 kryteriów diagnostycznych. Najczęściej potwierdzane kryteria diagnostyczne w odniesieniu do poszczególnych rodzajów zaburzeń osobowości przedstawiono w tabeli 2.

**Tabela 2. Najczęściej potwierdzane kryteria diagnostyczne w odniesieniu do poszczególnych rodzajów zaburzeń osobowości w pomiarze 2**

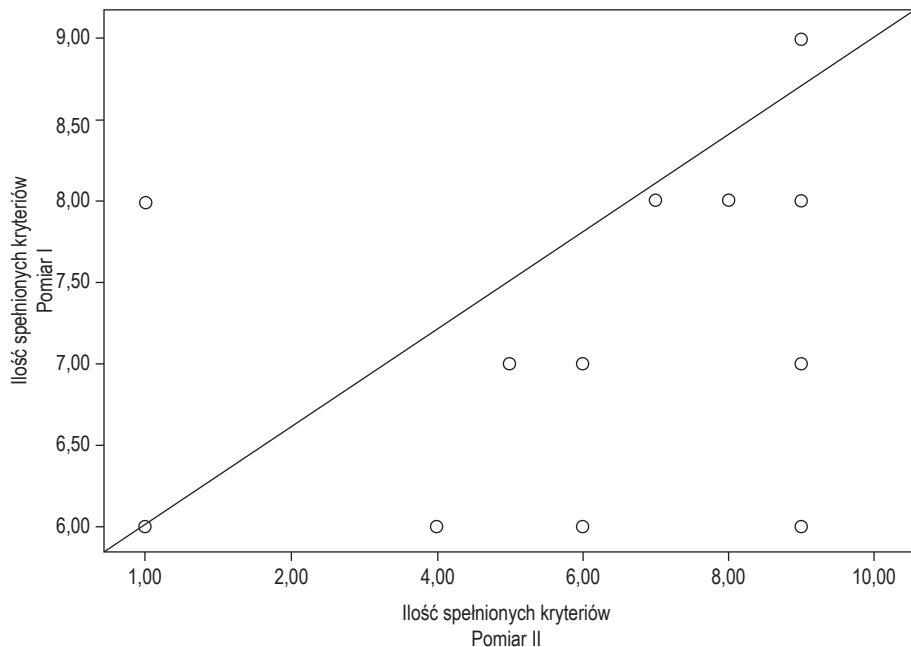
	KRYTERIUM	
BPD (n = 11)	obecność prób samobójczych	100 %
	impulsywność	100%
	niestabilność emocjonalna	100%
	obecność samookaleczeń	91%
	obecność nieadekwatnej, silnej złości	73%
	próby uniknięcia opuszczenia rzeczywistego lub wymagowanego	73%
	poczucie pustki wewnętrznej	64%
	niestabilny obraz i poczucia Ja w kontaktach z innymi	64%
	niestabilny wzorzec relacji interpersonalnych	64%
	przemijające objawy paranoiczne lub dysocjacyjne	64%
	trudności z opanowaniem złości	55%
APD (n = 4)	unikanie aktywności	100%
	niechętnie angażowanie się w związki	100%
	skupianie się na myślach o krytyce i odrzuceniu	75%
	wycofywanie się z nowych sytuacji społecznych	75%

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

NPD (n = 2)	wyolbrzymione poczucie własnej wartości	100%
	zazdrośczenie innym lub uważanie, że inni zazdroszczą	100%
	poczucie posiadania specjalnych przywilejów	100%
	nastawienie eksploatorskie wobec innych ludzi	100%
	brak empatii	100%
OCPD (n = 1)	sztwywność i upór dostrzegane przez innych	100%
	sztwywność i upór dostrzegane przez siebie	100%
	perfekcjonizm	100%
	trudności z pozbyciem się zużytych, bezwartościowych rzeczy	100%
	sumiennność i skrupulatność	100%
	skąpstwo w wydatkach	100%

BPD – zaburzenia osobowości z pogranicza (Borderline Personality Disorders); APD – unikające zaburzenia osobowości (Avoidant Personality Disorders); NPD – narcystyczne zaburzenia osobowości (Narcissistic Personality Disorders); OCPD – obsesyjno-kompulsyjne zaburzenia osobowości (Obsessive-Compulsive Personality Disorders)

W wypadku 16 osób (76%) z grupy badanej w pomiarze 2 rodzaj spełnianych kryteriów diagnostycznych dla zaburzeń osobowości nie uległ zmianie w stosunku do pomiaru 1. W wypadku 5 osób przebadanych w pomiarze 2 nastąpiła zmiana w zakresie rodzaju



Wykres 1. Wykres rozrzutu liczby spełnianych kryteriów diagnostycznych zaburzeń osobowości w pomiarze 1 i pomiarze 2 (n = 21)



spełnianych kryteriów. Dwie osoby, które w pomiarze 1 spełniały kryteria diagnostyczne dla paranoicznych zaburzeń osobowości, oraz jedna osoba spełniająca kryteria dla zaburzeń osobowości typu *borderline* w pomiarze 2 spełniły kryteria dla unikających zaburzeń osobowości. Dwie osoby, które w pomiarze 1 spełniły kryteria dla zaburzeń osobowości typu *borderline*, i jedna osoba spełniająca kryteria dla depresyjnych zaburzeń osobowości w pomiarze 2 nie spełniały kryteriów diagnostycznych dla żadnych zaburzeń osobowości.

Testowanie hipotezy dotyczącej spełniania przez osoby w wieku rozwojowym kryteriów diagnostycznych dla zaburzeń osobowości przeprowadzono w odniesieniu do osób przebadanych w pomiarze 2 ( $n = 21$ ) (wykres). W analizie ilościowej uzyskano wartość  $r = 0,58$  ( $p < 0,01$ ) wskazującą na istotny związek między dwoma pomiarami dokonanymi w odstępstwie jednego roku (pomiar 1 i pomiar 2). W analizie jakościowej (test  $\chi^2$ ) wykazano istotny związek między pomiarem 1 i pomiarem 2 na poziomie istotności  $p < 0,001$  (wartość związku  $V$  Cramera = 0,863).

### *Kwestionariusz IPPA: ocena przywiązania do matki*

W badaniu wzięło udział 38 (93%) z 41 osób spełniających kryteria diagnostyczne dla zaburzeń osobowości (pozostałe 3 osoby nie miały kontaktu z matką od najmłodszych lat lub miały ograniczony z nią kontakt). W grupie badanej przeważały niskie wyniki w zakresie wymiaru komunikacji (63%,  $n = 24$ ) i zaufania (74%,  $n = 28$ ) oraz wysokie w wymiarze alienacji (68%,  $n = 26$ ). Ogólny wynik dla tych trzech wymiarów w wypadku większości badanych kształtował się na niskim poziomie (63%,  $n = 24$ ) (tab. 3). Po uwzględnieniu nasilenia poszczególnych trzech wymiarów [23, 25] określono trzy style przywiązania: w wypadku 29 osób (76%) stwierdzono lękowo-unikający styl przywiązania do matki, dla 7 osób (18%) bezpieczny styl przywiązania, dla 2 (0,5%) osób lękowo-oporujący styl przywiązania.

Tabela 3. Ocena przywiązania – wymiary: Zaufanie, Komunikacja oraz Alienacja w IPPA

	Komunikacja	Zaufanie	Alienacja	Wynik ogólny
Przywiązanie do matki				
wynik niski	24	28	5	24
wynik średni	7	4	7	6
wynik wysoki	7	6	26	8
Przywiązanie do ojca				
wynik niski	20	24	3	18
wynik średni	7	3	5	10
wynik wysoki	6	6	25	5
Przywiązanie do rówieśników				
wynik niski	14	24	5	20
wynik średni	16	12	8	13
wynik wysoki	7	1	24	4

W najliczniej reprezentowanej grupie nastolatków spełniających kryteria diagnostyczne dla zaburzeń osobowości typu *borderline* dominował lękowo-unikający styl przywiązania (83%). Style przywiązania w relacji matka–osoba badana w podziale na rodzaje zaburzeń osobowości przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Style przywiązania w podziale na rodzaje zaburzeń osobowości

	APD	OCPD	PAPD	DPA	PPD	NPD	BPD
Styl przywiązania do matki							
bezpieczny	0	2	0	1	0	0	4
lękowo-unikający	1	3	1	2	1	1	20
lękowo-oporujący	1	0	0	0	0	1	0
Styl przywiązania do ojca							
bezpieczny	0	1	0	1	0	1	2
lękowo-unikający	1	4	1	2	1	0	15
lękowo-oporujący	1	0	0	0	0	0	3
Styl przywiązania do rówieśników							
bezpieczny	0	0	0	1	0	1	4
lękowo-unikający	2	3	0	2	1	0	13
lękowo-oporujący	0	2	1	0	0	1	6

APD – unikające zaburzenia osobowości (Avoidant Personality Disorders); OCPD – obsesyjno-kompulsyjne zaburzenia osobowości (Obsessive-Compulsive Personality Disorders); PAPD – bierno-agresywne zaburzenia osobowości (Passive-Aggressive Personality Disorders); DPD – depresyjne zaburzenia osobowości (Depressive Personality Disorders); PPD – paranoiczne zaburzenia osobowości (Paranoid Personality Disorders); NPD – narcystyczne zaburzenia osobowości (Narcissistic Personality Disorders); BPD – zaburzenia osobowości z pogranicza (Borderline Personality Disorders)

#### *Kwestionariusz IPPA: ocena przywiązania do ojca*

W badaniu wzięły udział 33 osoby (80%) spośród 41 spełniających kryteria diagnostyczne dla zaburzeń osobowości. Pozostałe 6 osób było wychowywanych przez samotne matki lub w rodzinach rekonstruowanych i nie miało kontaktów z ojcem, 2 osoby nie udzieliły wszystkich odpowiedzi. Przeważająca część badanych wskazywała na niski poziom komunikacji (61%,  $n = 20$ ) i zaufania (73%,  $n = 24$ ), a wysoki poziom poczucia alienacji (76%,  $n = 25$ ) w kontaktach z ojcem. Wynik ogólny w wypadku większości badanych kształtował się na niskim poziomie (55%,  $n = 18$ ) (tab. 3). Po uwzględnieniu nasilenia poszczególnych wymiarów określono style przywiązania: w wypadku 24 osób (73%) stwierdzono lękowo-unikający styl przywiązania do ojca, dla 5 osób (15%) bezpieczny styl przywiązania, dla 4 osób (12%) lękowo-oporujący styl przywiązania. W grupie badanej dominował styl lękowo-unikający, w tym także w najliczniej reprezentowanej grupie osób spełniających kryteria diagnostyczne dla

zaburzeń osobowości typu *borderline*. Style przywiązania w relacji ojciec–osoba badana w podziale na rodzaje zaburzeń osobowości przedstawiono w tabeli 4.

#### *Kwestionariusz IPPA: ocena przywiązania do rówieśników*

W badaniu wzięło udział 37 (90%) osób spośród 41 spełniających kryteria diagnostyczne dla zaburzeń osobowości. Cztery osoby odmówiły wypełnienia kwestionariusza, argumentując, że nie miały lub nie mają na tyle bliskiej relacji z kimś w swoim wieku, by można ją było ocenić. W przebadanej grupie uzyskano w przeważającej części wyniki średnie (43%,  $n = 16$ ) w wymiarze komunikacji, niskie w wymiarze zaufania (65%,  $n = 24$ ) oraz wysokie w wymiarze alienacji (65%,  $n = 24$ ). Ogólny wynik kształtował się na niskim poziomie (54%,  $n = 20$ ) (tab. 3). Określono trzy style przywiązania: w wypadku 21 osób (57%) stwierdzono lękowo-unikający styl przywiązania do rówieśników, dla 6 osób (16%) bezpieczny styl przywiązania, dla 10 osób (27%) lękowo-oporujący styl przywiązania. W grupie badanej przeważał styl lękowo-unikający, w tym również w najliczniej reprezentowanej grupie osób spełniających kryteria diagnostyczne dla zaburzeń osobowości typu *borderline*. Style przywiązania w relacji rówieśnicy–osoba badana w podziale na rodzaje zaburzeń osobowości przedstawiono w tabeli 4.

#### *Związek między stylem przywiązania a spełnieniem kryteriów diagnostycznych dla zaburzeń osobowości*

Analizy przeprowadzono w podziale na figury przywiązania (matka, ojciec, rówieśnicy), rodzaje stylów przywiązania (bezpieczny, pozabezpieczny, w tym lękowo-unikający lub lękowo-oporujący) oraz w zależności od spełnienia bądź niespełnienia kryteriów diagnostycznych dla zaburzeń osobowości. Stwierdzono związek między stylem przywiązania do matki a spełnieniem kryteriów diagnostycznych dla zaburzeń osobowości na poziomie trendu (wartość  $V$  Cramera = 0,737;  $p < 0,06$ ). Nie stwierdzono istotnych statystycznie związków między stylem przywiązania do ojca lub rówieśników a spełnieniem kryteriów diagnostycznych dla zaburzeń osobowości (wartość  $V$  Cramera = 0,588;  $p > 0,50$  dla przywiązania w relacji z ojcem oraz  $V$  Cramera = 0,574;  $p > 0,50$  dla przywiązania w relacji z rówieśnikami).

## **Dyskusja**

#### *Spełnienie kryteriów diagnostycznych dla zaburzeń osobowości*

W zbadanej grupie nastolatków stwierdzono nadreprezentację osób spełniających jakościowe i ilościowe kryteria dla zaburzeń osobowości. Odsetek ten jest wyższy niż zazwyczaj podawany w literaturze przedmiotu, zarówno w odniesieniu do populacji ogólnej, jak i klinicznej, co może być związane ze sposobem doboru grupy. Badanie zostało przeprowadzone wśród pacjentów hospitalizowanych, często z powodu zgłaszanych myśli samobójczych lub podjęcia próby samobójczej z bezpośrednim zagrożeniem

życia, co potencjalnie może stanowić o przewadze osób z nieprawidłowo kształtującym się rysem osobowości, w tym w szczególności z klastra B. Według danych APA osoby z zaburzeniami osobowości typu *borderline* stanowią 30–60% populacji klinicznych, a w wypadku nastolatków odsetek ten wynosi 41–64% [10, 26].

Wykorzystanie do oceny osobowości wywiadu SCID-II było podyktowane brakiem innych polskich wersji narzędzi służących do diagnozy zaburzeń osobowości u osób w wieku rozwojowym. Z drugiej strony w dostępnym piśmiennictwie istnieją przykłady potwierdzające możliwość wykorzystania kryteriów diagnostycznych zaburzeń osobowości osób dorosłych w odniesieniu do nastolatków [2, 11, 12]. Obserwowany w ciągu roku wzrost średniej liczby spełnianych kryteriów diagnostycznych wskazuje na silny dodatni związek między pierwszym i drugim pomiarem cech. Uzyskane w badaniu wartości odpowiadają prezentowanym w piśmiennictwie wskaźnikom opisującym poziom stabilności objawów zaburzeń osobowości osób dorosłych i adolescentów, tj. na poziomie  $r = 0,69$  dla osób w wieku 14–16 lat,  $r = 0,40$ – $0,82$  dla osób do 20. r.ż. oraz na poziomie  $r = 0,58$  dla osób w wieku 16–22 lat [1, 4, 27]. Biorąc pod uwagę strukturę grupy badanej oraz dominację w niej osób spełniających kryteria diagnostyczne dla osobowości typu *borderline*, należy raczej przyjąć, że uzyskane wartości opisują stabilność objawów tego właśnie rodzaju zaburzeń osobowości. Zaburzenia te, podobnie jak inne zaburzenia z klastra B, uznawane są za najbardziej stabilne w czasie, zarówno w odniesieniu do młodzieży, jak i dorosłych ( $r = 0,60$ – $0,62$ ) [1, 4, 6, 9]. Pozwala to przyjąć, że zaobserwowane u badanych cechy stanowią względnie stały wzorzec funkcjonowania jednostki – nie są przejawem tylko okresowego nasilenia cech wpisujących się w obraz zaburzeń z osi I lub typowych dla okresu adolescencji. Co więcej, przemawia to za uznaniem zaburzeń osobowości z klastra B, szczególnie typu *borderline*, za konstrukt diagnostyczny klinicznie ważny i istotny dla wieku rozwojowego.

#### *Związek między stylem przywiązania a spełnieniem kryteriów diagnostycznych*

Wyniki na poziomie trendu dotyczyły związku między stylem przywiązania wykształconym w relacji z matką a spełnianiem kryteriów diagnostycznych dla zaburzeń osobowości. O braku innych zależności najprawdopodobniej zdecydowała niska liczebność grupy badanej oraz poszczególnych podgrup, obejmujących różne rodzaje zaburzeń osobowości. Wyniki uzyskane w grupie spełniającej kryteria diagnostyczne dla zaburzeń osobowości typu *borderline* wskazują na dominację stylu lękowo-unikającego, co pozostaje w sprzeczności z większością doniesień z piśmiennictwa. Dostępne dane sugerują przede wszystkim istnienie związku między lękowo-oporującym lub zdezorganizowanym stylem przywiązania a zaburzeniami osobowości typu *borderline* [18, 28, 29]. W literaturze przedmiotu można jednak odnaleźć również prace wskazujące na związek stylu lękowo-unikającego i zaburzeń osobowości typu *borderline* [17].

Obecność zachowań typowych dla stylu lękowo-unikającego nie wyklucza obecności zdezorganizowanego stylu przywiązania [20], za czym w pewnym zakresie mogą przemawiać wyniki uzyskane dla relacji nastolatków z rówieśnikami, gdzie blisko

30% osób wskazało na styl lękowo-oporujący. Ze względu na obowiązujące normy społeczne zdeorganizowany styl przywiązania w relacjach z matką może ujawniać się przez zachowania typowe dla wzorca lękowo-unikającego, w relacjach z innymi osobami zaś przyjmować typową reprezentację behawioralną [30]. Szczególną rolę mogą odgrywać tu również wzorce i różnice kulturowe. Co ważne, normy społeczne piętnują zwłaszcza wyrażanie złości przez dziewczęta, u których promowana jest postawa uległości. Jest to dodatkowy czynnik, który wzmacnia strategię unikania, a nie konfrontacji; myślenia, a nie przeżywania. Wyrażanie emocji w sytuacji ich spiętrzenia może przyjmować nieadekwatne formy (skłonność do kierowania złości na siebie i niewyrażanie jej wprost – samookaleczenia, podejmowanie prób samobójczych, komunikowanie potrzeb „poprzez objawy”). Jest to szczególnie istotne w kontekście grupy badanych nastolatków spełniających kryteria diagnostyczne dla zaburzeń osobowości typu *borderline*. Grupa ta składała się wyłącznie z dziewcząt, spośród których blisko 85% potwierdziło dokonywanie samookaleczeń, a 65% podejmowanie prób samobójczych.

Analizując przywiązanie w zakresie jego głównych wymiarów w kwestionariuszu IPPA, należy podkreślić, że dla wszystkich badanych relacji nastolatków z ważnymi osobami (matka, ojciec, rówieśnicy) uzyskano wyniki niskie w wymiarze komunikacji i zaufania oraz wysokie w wymiarze alienacji. Aspekt komunikacji jest najważniejszym czynnikiem kształtującej się więzi, warunkuje jakość relacji [23, 30] i w kontekście deprivacji podstawowych potrzeb dziecka negatywnie wpływa na kształtowanie się schematów poznawczych i rysu osobowościowego [31, 32]. Konsekwencją słabej komunikacji może być niski poziom zaufania prezentowany w stosunku do figury przywiązania oraz wysokie poczucie alienacji, będące raczej przejawem strategii radzenia sobie z doświadczeniem odrzucenia niż prawidłowego kształtowania się poczucia autonomii.

Young i wsp. [32] stoją na stanowisku, że w wypadku zaburzeń osobowości typu *borderline* dochodzi do kształtowania się schematów poznawczych, których rdzennym elementem są przekonania dotyczące: (a) niemożności polegania na innych w zakresie bezpieczeństwa, stabilności, troski i empatii, (b) niemożności zaspokojenia własnych potrzeb i nadmiernego wyczulenia na objawy odrzucenia, (c) własnej bezwartościowości i nieważności, (d) braku kompetencji w radzeniu sobie w życiu bez pomocy ze strony innych w połączeniu z odczuwaniem ciągłego lęku przed odrzuceniem. Strategie radzenia sobie z tymi przekonaniem mogą przybierać różne formy i przejawiać się w: (1) karaniu innych za brak spełnienia oczekiwań, które przejawia się w skłonności do popadania w gniew, w braku dostatecznej samokontroli i niskiej tolerancji na frustrację, (2) przesadnym hamowaniu spontanicznych działań, uczuć i komunikacji z innymi, co skutkuje nasilonymi strategiami unikania i wycofywania się, (3) podporządkowywaniu się innym na poziomie potrzeb, wiążącym się ze stłumieniem własnych preferencji, decyzji i pragnień. W wypadku tych dwóch ostatnich strategii dochodzi do tłumienia emocji (szczególnie gniewu), których kumulacja uzewnętrznia się m.in. poprzez niekontrolowane wybuchy złości, objawy psychosomatyczne, zachowania bierno-agresywne, zachowania typu *acting out*, samookaleczenia, podejmowanie próby samobójczej czy też nadużywanie substancji psychoaktywnych. W takim ujęciu

funkcjonowanie osoby z zaburzeniami osobowości typu *borderline* może być zbliżone do profilu funkcjonowania osoby z lękowo-unikającym stylem przywiązania.

Znaczenie lękowo-unikającego stylu przywiązania w rozwoju zaburzeń osobowości typu *borderline* wydaje się znajdować również uzasadnienie w koncepcji, według której zmienną pośredniczącą między stylem przywiązania i cechami temperamentalnymi a zaburzeniami osobowości jest mentalizacja, niebędąca cechą konstytucjonalną, ale w znacznym stopniu zależną od jakości więzi z opiekunem, a najbardziej od trafności odzwierciedlania subiektywnych doświadczeń dziecka przez obiekt przywiązania [33, 34]. Umiejętność mentalizacji ma wpływ na rozwój regulacji afektu i samokontroli. Zaburzenia tych procesów skutkują kształtowaniem się tzw. automatycznej mentalizacji, nadmiernym skupianiem się na afektywnych aspektach zdarzeń, podatnością na przejmowanie stanów emocjonalnych innych osób i nadwrażliwością emocjonalną. Można zatem przypuszczać, że zarówno matki odrzucające i niedostępne, indukujące przywiązanie lękowo-unikające, jak i matki zaabsorbowane i zdeorganizowane, indukujące przywiązanie lękowo-oporujące, nie są w stanie prawidłowo odzwierciedlać stanów emocjonalnych dziecka i tym samym przyczyniają się do dysfunkcji w zakresie mentalizacji i osłabienia kontroli i regulacji emocji u swoich dzieci.

Warto podkreślić, że na otrzymane wyniki mógł mieć również wpływ rodzaj wykorzystanych narzędzi badawczych. Do oceny przywiązania u osób z zaburzeniami osobowości zazwyczaj wykorzystywane są wywiady częściowo ustrukturalizowane. Podczas takich wywiadów zwraca się uwagę nie tyle na treść wypowiedzi, ile na sposób jej przekazania oraz spójność treści i ujawnianych emocji. Stanowi to o metodologicznej trudności w zakresie odniesienia wyników uzyskanych w badaniu kwestionariuszem IPPA do rezultatów innych prac.

### *Ograniczenia badania*

Jako ograniczenia mające wpływ na proces wnioskowania należy wymienić: (1) niską liczebność grupy badanej, szczególnie w drugim etapie, (2) ograniczenie badania do pacjentów oddziałów psychiatrycznych, (3) niską liczebność grup osób spełniających kryteria diagnostyczne dla innych niż *borderline* zaburzeń osobowości, (4) nadreprezentację dziewcząt w grupie badanej, (5) wykorzystanie w badaniu kryteriów diagnostycznych przeznaczonych dla osób w wieku dorosłym, które to kryteria nie uwzględniają specyfiki okresu adolescencji, (6) brak anonimowości i wykorzystanie w badaniu tylko kwestionariuszy samoopisowych, co mogło wpłynąć na wiarygodność pozyskanych ocen.

Nadreprezentacja dziewcząt w grupie badanej może być związana z ograniczeniem badania do grupy klinicznej. Ograniczona w Polsce dostępność opieki psychiatrycznej dla osób w wieku rozwojowym wymusza przyjmowanie w ramach systemu opieki całodobowej głównie osób podejmujących próby samobójcze, z bezpośrednim zagrożeniem życia, co potencjalnie może stanowić o przewadze wśród pacjentów hospitalizowanych osób płci żeńskiej [35].

## Wnioski

Objawy kryterialne zaburzeń osobowości w wieku nastoletnim, szczególnie typu *borderline*, są trwałe w ciągu roku, a ich liczba ulega istotnemu zwiększeniu, co uzasadnia ustalenie rozpoznania zaburzeń osobowości. Spełnienie kryteriów diagnostycznych dla zaburzeń osobowości w wieku nastoletnim, szczególnie typu *borderline*, może pozostawać w związku z wykształceniem pozabezpiecznego stylu przywiązania w relacji z matką.

## Piśmiennictwo

1. 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(4): 265–275.
2. 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(5): 952–966.
3. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Oldham JM. *Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood*. Acta Psychiatr. Scand. 2008; 118(5): 410–413.
4. 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(5): 466–486.
5. Feenstra DJ, Busschbach JJ, Verheul R, Hutsebaut J. *Prevalence and comorbidity of axis I and axis II disorders among treatment refractory adolescents admitted for specialized psychotherapy*. J. Pers. Disord. 2011; 25(6): 842–850.
6. 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(1): 140–142.
7. Michonski JD, Sharp C, Steinberg L, Zanarini MC. *An item response theory analysis of the DSM-IV borderline personality disorder criteria in a population-based sample of 11-to 12-year-old children*. Personal. Disord. 2013; 4(1): 15–22.
8. Shiner RL. *The development of personality disorders: Perspectives from normal personality development in childhood and adolescence*. Dev. Psychopathol. 2009; 21(3): 715–734.
9. 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(4): 1335–1353.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, DC; 1994.
11. Becker DF, Grilo CM, Edell WS, McGlashan TH. *Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: Comparison with hospitalized adults*. Am. J. Psychiatry 2002; 159(12): 2042–2047.
12. Shedler J, Westen D. *The Shedler–Westen Assessment Procedure (SWAP): Making personality diagnosis clinically meaningful*. J. Pers. Assess. 2007; 89(1): 41–55.
13. Sharp C, Fonagy P. *Practitioner review: Borderline personality disorder in adolescence – Recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice*. J. Child Psychol. Psychiatry 2015; 56(12): 1266–1288.

14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC; 2013.
15. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Smith Benjamin L. *Structured clinical interview for DSM-IV Axis I Personality Disorders (SCID II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996.
16. Zawadzki B, Popiel A, Pragłowska E. *Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń Osobowości z Osi II DSM-IV SCID-II*. Warszawa: Pracowania Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2010.
17. Brennan KA, Shaver PR. *Attachment styles and personality disorders: Their connections to each other and to parental divorce, parental death, and perceptions of parental caregiving*. J. Pers. 1998; 66(5): 835–878.
18. Nakash-Eisikovits O, Dutra L, Westen D. *Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2002; 41(9): 1111–1123.
19. Westen D, Nakash O, Thomas C, Bradley R. *Clinical assessment of attachment patterns and personality disorder in adolescents and adults*. J. Consult. Clin. Psychol. 2006; 74(6): 1065–1085.
20. George C, Kaplan N, Main M. *Adult attachment interview*. Berkley: University of California; 1985.
21. Rosenstein DS, Horowitz HA. *Adolescent attachment and psychopathology*. J. Consult. Clin. Psychol. 1996; 64(2): 244–253.
22. Cierpiałkowska L, Górska D. *Psychologia zaburzeń osobowości*. W: Cierpiałkowska L, Sęk H red. *Psychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2017. S. 283-304.
23. Armsden GC, Greenberg MT. *The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence*. J. Youth Adolesc. 1987; 16(5): 427–454.
24. Czarnowicz-Srebrnicka K. *Przywiązanie do rodziców oraz rówieśników w ocenie młodzieży szkolnej*. Warszawa: Warszawski Uniwersytet Medyczny; 2014.
25. Ainsworth MDS. *Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship*. Child Dev. 1969; 40(4): 969–1025.
26. Cierpiałkowska L, Soroko E. *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego; 2014.
27. Ferguson CJ. *A meta-analysis of normal and disordered personality across the life span*. J. Pers. Soc. Psychol. 2010; 98(4): 659–667.
28. Agrawal HR, Gunderson J, Holmes BM, Lyons-Ruth K. *Attachment studies with borderline patients: A review*. Harv. Rev. Psychiatry 2004; 12(2): 94–104.
29. Winsper C, Lereya ST, Marwaha S, Thompson A, Eyden J, Singh SP. *The aetiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in youth: A systematic review and meta-analysis*. Clin. Psychol. Rev. 2016; 44: 13–24.
30. Bowlby J. *Przywiązanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007.
31. Young J, Głuhoski V. *Schema-focused diagnosis for personality disorders*. W: Kaslow F red. *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns*. New York: Wiley; 1996. S. 300–321.
32. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Terapia Schematów. Przewodnik praktyka*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2014.



33. Fonagy P, Luyten P. *A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder*. Dev. Psychopathol. 2009; 21(4): 1355–1381.
34. Boucher MÈ, Pugliese J, Allard-Chapais C, Lecours S, Ahoundova L, Chouinard R i wsp. *Parent–child relationship associated with the development of borderline personality disorder: A systematic review*. Personal. Ment. Health 2017; 11(4): 229–255.
35. Cha CB, Nock MK. *Suicidal and nonsuicidal self-injurious thoughts and behaviors*. W: Mash EJ, Barkley RA red. *Child psychopathology*. New York; 2014. S. 317–342.

Adres: Kamila Lenkiewicz  
Warszawski Uniwersytet Medyczny  
Klinika Wieku Rozwojowego  
02-091 Warszawa, ul. Żwirki i Wigury 63a  
e-mail: kamila.lenkiewicz@gmail.com

Otrzymano: 20.01.2019

Zrecenzowano: 18.07.2019

Otrzymano po poprawie: 17.02.2020

Przyjęto do druku: 26.03.2020