

Zmiany w samoopisie problemów emocjonalnych i behawioralnych polskich nastolatków w 2000 i 2013 roku

Changes in self-reported emotional and behavioral problems of Polish adolescents in 2000 and 2013

Łukasz Konowalek, Tomasz Srebnicki

Warszawski Uniwersytet Medyczny, Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego

Summary

Aim. This study assesses 13-year changes in self-reported emotional and behavioral problems of Polish adolescents. Even though we already assessed time-related changes in emotional problems of Polish 16-year-olds, a comparison covering more age groups has been lacking.

Method. Youth Self Report (YSR) questionnaire was used to assess emotional and behavioral problems. We compared median scores and ran regression models to see whether age and gender influenced the observed changes. We ran a logistic regression analysis for deviant scores.

Results. We found that median scores on most scales were higher after 13 years albeit the differences were quite small. We found that gender moderated the effect of age on scale scores. Score on the deviant range in attention problems and thought problems were 1.5 more frequent in the 2013 group.

Conclusion. We did not detect significant differences in self-reported emotional and behavioral problems of Polish adolescents between 2000 and 2013. We detected different coping strategies for boys and girls: boys reported more problems with delinquency and more externalizing behaviors whereas girls reported more problems on each scale.

Słowa kluczowe: adolescenci, problemy behawioralne, zmiany w czasie

Key words: adolescents, behavioral problems, time-related changes

Wprowadzenie

Celem artykułu jest porównanie zmian w samoocenie problemów behawioralnych i emocjonalnych polskich nastolatków na przestrzeni czasu. Badania tego rodzaju są prowadzone w wielu miejscach na świecie. Wiele z nich wskazuje na pogorszenie stanu psychicznego młodzieży [1–17], niektóre na poprawę [7, 5, 8–10, 13, 14], najmniej

badania mówi o braku zmian [11]. Stosunkowo najmniej jest badań uwzględniających kilka punktów czasowych [3, 5, 17].

Mimo że w poprzedniej pracy opisywaliśmy już zmiany ocen stanu psychicznego polskich szesnastolatków [18], do tej pory nie byliśmy w stanie dostarczyć informacji na temat szerszej grupy wiekowej. W niniejszej pracy postaramy się zapłacić tę lukę, porównując zgłaszane przez nastolatków problemy psychiczne w punktach czasowych odległych o 13 lat.

Metoda

YSR

YSR jest kwestionariuszem samoopisowym [19]. Wyniki opisywane są na 8 skalach problemowych (wycofanie, lęk/depresja, skargi somatyczne, problemy społeczne, problemy z myśleniem, problemy z uwagą, zachowania niedostosowane, zachowania agresywne), które z kolei składają się na szerokie skale internalizacji, eksternalizacji i skalę całościową. Skale uzyskano metodą empiryczną, za pomocą analizy czynnikowej. Polska wersja kwestionariusza została przetłumaczona i znormalizowana przez Wolańczyka [20]. Charakteryzuje się dobrą rzetelnością alfa Cronbacha od 0,62 do 0,95 ($M = 0,78$; $SD = 0,11$). Trafność, mierzona jako zdolność do różnicowania osób z populacji zdrowej i klinicznej, również jest satysfakcjonująca. Potwierdzono też strukturę ośmioczynnikową polskiej wersji kwestionariusza [21].

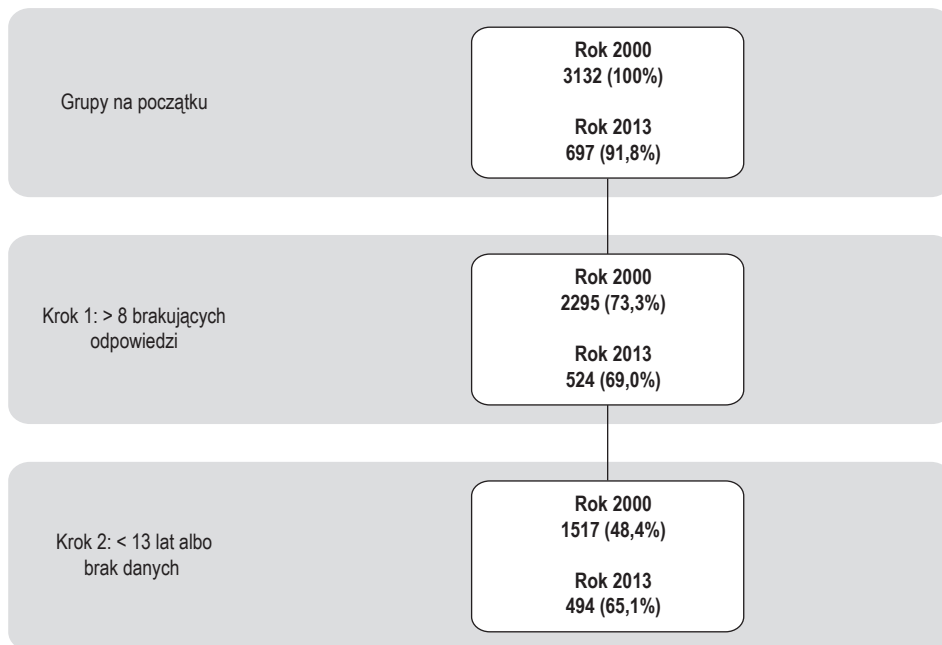
Opis prób badanych

Bieżąca analiza obejmuje dwie grupy uczestników innych badań (opis grup dalej w tekście). Obserwacje, w których brakowało: informacji o płci i wieku i/lub więcej niż 8 odpowiedzi, zostały usunięte z analizy. W pozostałych wypadkach braki danych zastąpiono wartością 0. Uczestnicy w wieku poniżej 13 lat nie zostali uwzględnieni w analizie. Statystyki opisowe zaprezentowano w tabeli 1.

Tabela 1. Statystyki opisowe grup badanych

Rok badania	Płeć	N	M_{wiek}	SD_{wiek}	Min_{wiek}	$Maks_{\text{wiek}}$
2000	M	778	15,73	1,74	13	20
	K	739	15,38	1,66	13	20
2013	M	261	14,74	1,06	13	19
	K	233	14,63	0,95	13	18

Różnica wieku między grupami badanymi jest istotna statystycznie, co potwierdza test Kruskala–Wallisa ($p < 0,01$).



Rysunek 1. Przepływ uczestników (% uczestników badań pierwotnych)

Grupa z roku 2000

Grupa z roku 2000 została zaczerpnięta z badań nad standaryzacją polskiej wersji YSR [20]. Grupa ta liczyła 3132 dzieci, pochodziła z populacji uczniów w wieku 7–19 lat. Sto procent dzieci wylosowanych do badania oddało kwestionariusze, ale niektóre oddały puste kartki i ci uczestnicy zostali usunięci z analizy w kroku 1. Badani zostali wylosowani z uwzględnieniem czynników demograficznych.

Grupa z roku 2013

Grupa badanych pochodzi z badań nad polską wersją *Inventory of Parent and Peer Attachment* (IPPA). W badaniu wzięło udział 759 gimnazjalistów wylosowanych z uwzględnieniem czynników demograficznych, z czego 697 uwzględniono w obecnej analizie.

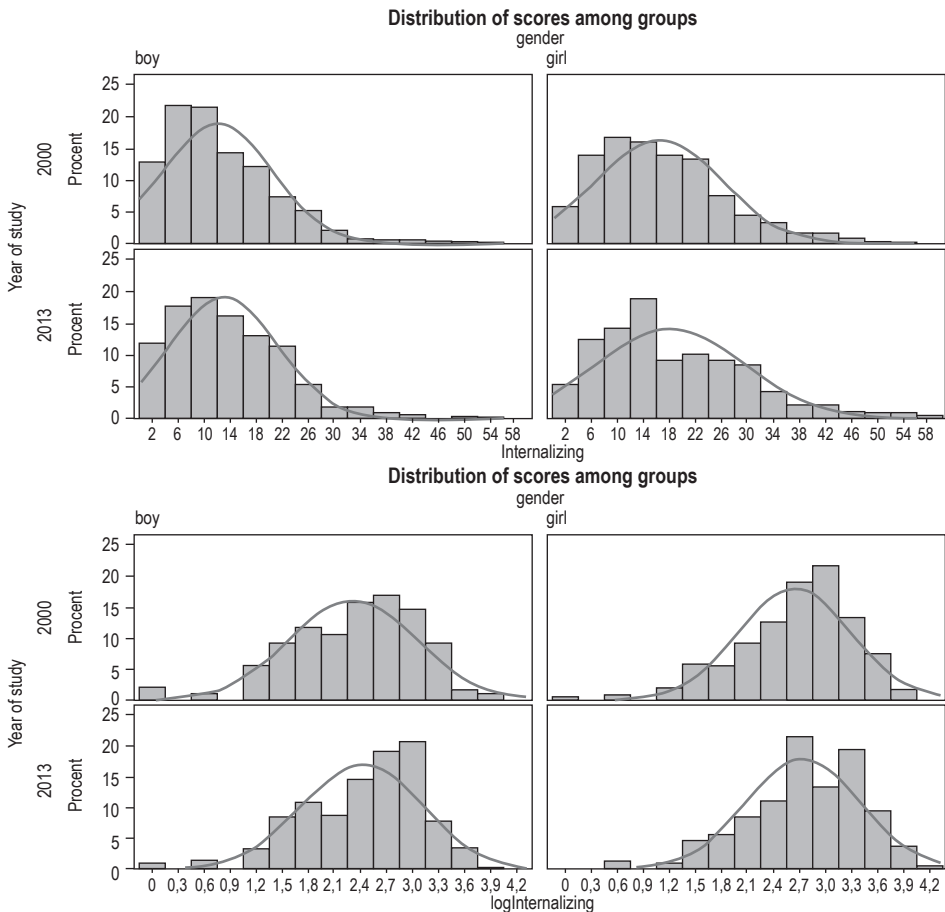
Analiza statystyczna

Dane wejściowe charakteryzowała bardzo wysoka skośność (odsetek podgrup o skośności $>1 = 45,5\%$; $>2 = 0\%$) i kurtoza (odsetek podgrup o kurtozie $>1 = 56,8\%$; $>2 = 25,0\%$; maks. kurtoza = 6,77). Analiza graficzna histogramów sugerowała, że analizę regresji liniowej należy przeprowadzić na wynikach poddanych transformacji logarytmicznej. Do przekształcenia wykorzystano następujący wzór: $\log_{\text{wynik}} = \log_{10}(\text{wynik})$

surowy + 1). Inni badacze dokonywali już podobnych przekształceń [22]. W efekcie wartości skośności (odsetek podgrup o skośności $>1 = 4,5\%$; $> 2 = 0\%$) i kurtozy (odsetek podgrup o kurtozie $>1 = 34,1\%$; $> 2 = 2,3\%$; maks. kurtoza = 3,07) znacząco spadły. Na rysunku 2 pokazano efekt przekształcenia logarytmicznego na rozkłady wyników na skali internalizacji.

Wykorzystano nieparametryczny test Wilcozona dla dwóch prób, aby porównać mediany wyników z różnych lat. Wartość p ustalono na $0,05/11 = 0,004$ (poprawka Bonferroniego dla pomiarów wielokrotnych).

Po analizie wstępnej stwierdzono istotną interakcję płci i wieku osób badanych. W związku z tym zdecydowano się przeprowadzić osobne wielozmiennowe analizy kowariancji (MANCOVA) dla chłopców i dziewcząt. Modele MANCOVA zdefiniowano następująco: $\log_{\text{wynik}} \text{YSR} = \text{rok badania} + \text{wiek}$, gdzie wiek jest kowariantem



Rysunek 2. Porównanie rozkładów wyników na skali internalizacji przed przekształceniem i po przekształceniu

(współzmienną) ciągłym. W analizach *post-hoc* zastosowano poprawkę Bonferroniego dla pomiarów wielokrotnych.

Dodatkowo przeprowadzono analizę regresji logistycznej, aby dowiedzieć się, które wyniki z obszaru klinicznego (z jakich skal) przewidywały rok badania.

Analizę statystyczną wykonano z użyciem programu SAS 9.4, wersja 64-bitowa.

Wyniki

Mediany wyników

Mediany wyników i wyniki testów Wilcoxon'a zostały zaprezentowane w tabeli 2.

Tabela 2. **Mediany testów Wilcoxon'a**

Skala	Rok	Mediana	IQR	Z	P
Wycofanie	2000	5,0	3,0–7,0	0,90	n.s.
	2013	5,0	3,0–8,0		
Skargi somatyczne	2000	2,0	1,0–4,0	2,87	0,004
	2013	3,0	1,0–5,0		
Lęk/depresja	2000	5,0	2,0–9,0	2,16	n.s.
	2013	6,0	2,0–10,0		
Problemy społeczne	2000	1,0	0,0–3,0	5,54	< 0,001
	2013	2,0	1,0–4,0		
Problemy w myśleniu	2000	2,0	1,0–3,0	6,07	< 0,001
	2013	2,0	1,0–4,0		
Problemy z uwagą	2000	6,0	4,0–9,0	3,79	< 0,001
	2013	7,0	5,0–10,0		
Niedostosowanie	2000	5,0	3,0–8,0	2,28	n.s.
	2013	5,5	4,0–8,0		
Zachowania agresywne	2000	8,0	4,0–12,0	3,40	< 0,001
	2013	9,0	5,0–14,0		
Internalizacja	2000	12,0	7,0–20,0	2,48	n.s.
	2013	13,0	8,0–21,0		
Eksternalizacja	2000	14,0	8,0–19,0	3,40	< 0,001
	2013	15,0	10,0–21,0		
Wynik całkowity	2000	32,0	21,0–46,0	4,08	< 0,001
	2013	37,0	24,0–52,0		

IQR – przedział międzykwartylowy; Z – Z Wilcoxon'a, n.s. – nieistotne

Istotne różnice na skalach problemowych nie przekraczają jednego punktu. W wyniku całkowitym różnica median wyniosła 5 punktów, czyli poniżej progu istotności

klinicznej oszacowanego na 7 punktów. Wszystkie różnice wskazują na wzrost wyników w roku 2013.

Wpływ roku badania i wieku w podziale na płeć

Wyniki MANCOVA wskazują na główny efekt roku badania u chłopców (Ślad Pillai = 0,06; $F(11, 1026) = 6,12$; $p < 0,001$) i dziewcząt (Ślad Pillai = 0,07; $F(11, 959) = 6,79$; $p < 0,001$) oraz na główny efekt wieku u chłopców (Ślad Pillai = 0,09; $F(11, 1026) = 9,01$; $p < 0,001$) i dziewcząt (Ślad Pillai = 0,06; $F(11, 959) = 5,83$; $p < 0,001$). Współczynniki beta i wartości p zostały zaprezentowane w tabeli 3.

Tabela 3. Współczynniki regresji liniowej

Chłopcy		Rok badania		Wiek		R ²	
Skala		Błąd standardowy	p		Błąd standardowy		p
Wycofanie	0,10	0,04	0,014	0,04	0,01	<0,001	0,01
Skargi somatyczne	0,14	0,05	0,006	-0,02	0,01	n.s.	0,01
Lęk/depresja	0,08	0,06	n.s.	0,01	0,01	n.s.	0,00 ^a
Problemy społeczne	0,11	0,05	0,019	-0,03	0,01	0,008	0,02
Problemy z myśleniem	0,23	0,04	<0,001	0,04	0,01	<0,001	0,04
Problemy z uwagą	0,17	0,04	<0,001	0,02	0,01	0,027	0,02
Niedostosowanie	0,18	0,04	<0,001	0,06	0,01	<0,001	0,04
Zachowania agresywne	0,21	0,06	<0,001	0,01	0,01	n.s.	0,01
Internalizacja	0,12	0,05	0,027	0,02	0,01	n.s.	0,00 ^a
Eksternalizacja	0,20	0,05	<0,001	0,04	0,01	0,002	0,02
Wynik całkowity	0,21	0,05	<0,001	0,02	0,01	n.s.	0,02
Dziewczęta		Rok badania		Wiek		R ²	
Skala		Błąd standardowy	p		Błąd standardowy		p
Wycofanie	0,08	0,04	0,035	0,07	0,01	<0,001	0,04
Skargi somatyczne	0,11	0,05	0,045	0,07	0,01	<0,001	0,02
Lęk/depresja	0,21	0,06	<0,001	0,10	0,02	<0,001	0,04
Problemy społeczne	0,28	0,06	<0,001	0,03	0,01	0,016	0,03
Problemy z myśleniem	0,23	0,04	<0,001	0,04	0,01	<0,001	0,04
Problemy z uwagą	0,11	0,04	0,002	0,05	0,01	<0,001	0,03
Niedostosowanie	0,08	0,04	0,027	0,06	0,01	<0,001	0,03
Zachowania agresywne	0,16	0,05	0,001	0,06	0,01	<0,001	0,03
Internalizacja	0,16	0,05	0,001	0,09	0,01	<0,001	0,05
Eksternalizacja	0,13	0,04	0,002	0,06	0,01	<0,001	0,03
Wynik całkowity	0,18	0,04	<0,001	0,07	0,01	<0,001	0,05

W rubryce „Rok badania” wartości dodatnie oznaczają, że rok 2013 przewiduje wyższe wyniki zlogarytmizowane; ^a – model statystycznie nieistotny; n.s. – nieistotne

Rok badania przewidział wszystkie wyniki zlogarytmizowane w taki sposób, że uczestnicy z roku 2013 mieli wyższe wyniki zlogarytmizowane. Wyjątkiem była skala „Lęk/depresja” u chłopców, gdzie efekt roku badania okazał się nieistotny.

Na skalach „Lęk/depresja”, „Problemy społeczne”, „Niedostosowanie” i „Eks-ternalizacja” współczynniki beta +/- błędy standardowe dla efektu głównego roku nie pokrywały się u chłopców i dziewcząt. Współczynniki na skalach „Lęk/depresja” i „Problemy społeczne” były wyższe u dziewcząt, a na skalach „Niedostosowanie” i „Eksternalizacja” wyższe dla chłopców.

Wyższy wiek przewidywał wyższe wyniki zlogarytmizowane na wszystkich skalach u dziewcząt, podczas gdy u chłopców tylko na skalach „Wycofanie”, „Problemy z myśleniem”, „Problemy z uwagą”, „Niedostosowanie” i „Eksternalizacja”. Na skali problemów społecznych wyższy wiek przewidywał niższe wyniki u chłopców.

Analizy *post-hoc* wykazały, że wszystkie różnice najmniejszych kwadratów między latami badania były istotne na poziomie $p < 0,05$, po poprawce dla wielokrotnych porównań i po uwzględnieniu wpływu wieku.

Wariancja wyjaśniona przez nasze modele wahała się między 0% a 5%.

Obszar kliniczny

Wyniki w obszarze klinicznym (powyżej 70. tena w skali standardowej) na skalach „Problemy z uwagą” (OR = 1,50; 95% CI = (1,06–2,14); $p = 0,023$) oraz „Problemy z myśleniem” (OR = 1,62; 95% CI = (1,22–2,14); $p < 0,001$) przewidywały późniejszy rok badania. Inne skale nie weszły do modelu. Dla porównania zamieszczono częstości wyników z obszaru klinicznego w obydwu etapach badania.

Tabela 4. Odsetek wyników w obszarze klinicznym w podziale na lata badania

Wyszczególnienie	2000	2013
Wycofanie	12,46%	14,78%
Skargi somatyczne	3,82%	6,28%
Lęk/depresja	7,05%	10,32%
Problemy społeczne	2,04%	4,25%
Problemy z myśleniem	6,86%	11,34%
Problemy z uwagą	12,13%	19,43%
Niedostosowanie	11,01%	13,16%
Zachowania agresywne	2,37%	4,45%
Internalizacja	20,63%	25,30%
Eksternalizacja	30,92%	37,04%
Wynik całkowity	5,67%	8,30%

Omówienie wyników

Mediany wyników na poszczególnych skalach nie uległy wyraźnym zmianom w ciągu 13 lat. Nawet jeśli zmiany były istotne statystycznie, nie okazały się istotne klinicznie. Jeśli chodzi o odsetek badanych w obszarze klinicznym, zaobserwowano statystycznie istotne wzrosty liczebności grupy klinicznej jedynie w dwóch obszarach problemowych (problemy z uwagą i myśleniem), z których oba mają związek z funkcjonowaniem poznawczym młodzieży.

Tym, co stanowi największą wartość dodaną niniejszej pracy, jest możliwość oszacowania wpływu wieku na dynamikę zgłaszanych problemów behawioralnych i emocjonalnych. Po pierwsze, należy zauważyć, że nasz model, uwzględniający rok badania oraz wiek, wyjaśnił jedynie niewielki procent wariacji wyników, co oznacza, że zmienne „obiektywne” w bardzo niewielkim stopniu wpłynęły na odpowiedzi respondentów. Oczywiście można nam zarzucić, że nie uwzględniliśmy innych zmiennych, takich jak status ekonomiczno-społeczny, ale dane z literatury przedmiotu potwierdzają, że wyjaśniają one nie więcej niż 10% wariacji. Po drugie, dziewczęta z naszej próby okazały się bardziej podatne na wpływ wieku niż chłopcy. Przeczy to obiegowej opinii, że chłopcy gorzej niż dziewczęta przechodzą wiek dojrzewania. Być może jest to związane z różnicami w przebiegu procesu dojrzewania płciowego oraz w socjalizacji dorastających dziewcząt. Po trzecie w końcu, w tych obszarach, w których zarówno dziewczęta, jak i chłopcy są wrażliwi na wpływ dojrzewania, wiek wydaje się mieć zróżnicowany wpływ na obydwie płci. W wypadku chłopców jest on czynnikiem protekcyjnym, jeśli chodzi o problemy społeczne, ale pozostaje czynnikiem ryzyka, jeśli chodzi o niedostosowanie i wycofanie. W wypadku dziewcząt jest on neutralny, jeśli chodzi o problemy społeczne, i pozostaje czynnikiem ryzyka we wszystkich innych obszarach. Jedyne wytłumaczenie dla uzyskanych wyników, jakie znaleźliśmy, odwołuje się do hipotezy, że chłopcy, socjalizując się do grup rówieśniczych, mają większą skłonność do podważania norm społecznych i prawnych („buntowania się”) niż dziewczęta. To z kolei sprawia, że grupy te stają się bardziej spójne.

Wnioski

Interpretując przedstawione wyżej wyniki, można wysnuć dwojakiego rodzaju wnioski. Z jednej strony można uznać, że lata 2000 oraz 2013 nie różniły się znacząco pod względem czynników zakłócających rozwój psychiczny i emocjonalny dzieci, a także że w ciągu 13 lat nie zaszły istotne zmiany społeczne, które mogłyby wpłynąć na dobrostan psychiczny dzieci i młodzieży. Z drugiej strony uzasadnione wydaje się domniemanie, że dzieci i młodzież z lat 2000 i 2013 cechowały się zbliżonym stopniem rezylencji, czyli odporności psychicznej.

W świetle wyników naszych badań powodem do niepokoju może być funkcjonowanie poznawcze młodzieży. W latach 2000–2013 znacznie zwiększyła się w Polsce dostępność do internetu i nowych technologii, drastycznie zmieniając sposób, w jaki stymulowany jest rozwijający się system poznawczy dzieci. Jednocześnie system

kształcenia nie zmienił się w sposób radykalny. Owszem, rok 2000 był okresem przejściowym, w którym wprowadzano gimnazja, ale zarówno wtedy, jak i w 2013 roku podstawą nauczania były 45-minutowe lekcje ze skromnym użyciem nowych technologii, z możliwym wyjątkiem lekcji informatyki. Podejrzewamy, że ów rozdźwięk między rozwojem opartym na telefonach, komputerach, konsolach i mediach społecznościowych a tradycyjną szkołą może przyczyniać się do odczuwania większych problemów z uwagą i z myśleniem.

Dalszych badań wymaga wyjaśnienie zróżnicowanego wpływu dojrzewania na zgłaszane problemy behawioralne i emocjonalne. Postęp w tej dziedzinie powinien poskutkować opracowaniem zaleceń, dzięki którym uda się zapewnić dziewczętom łagodniejsze przejście przez okres dojrzewania.

Dostępność danych: bazy danych są dostępne u autora korespondencyjnego.

Badanie z 2000 roku otrzymało finansowanie Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (Grant 4P05D0116).

Zgoda komisji etyki: oba badania uwzględnione w analizie zostały zatwierdzone przez Komitet Bioetyczny Warszawski Uniwersytet Medyczny.

Konflikt interesów: autorzy nie deklarują konfliktu interesów.

Wszyscy uczestnicy wyrazili zgodę na udział w badaniach.

Piśmiennictwo

1. Collishaw S, Maughan B, Goodman R, Pickles A. *Time trends in adolescent mental health*. J. Child Psychol. Psychiatry 2004; 45(8): 1350–1362.
2. Collishaw S, Maughan B, Natarajan L, Pickles A. *Trends in adolescent emotional problems in England: A comparison of two national cohorts twenty years apart*. J. Child Psychol. Psychiatry 2010; 51(8): 885–894.
3. Duinhof EL, Stevens GW, Van Dorsselaer S, Monshouwer K, Vollebergh WA. *Ten-year trends in adolescents' self-reported emotional and behavioral problems in the Netherlands*. Eur. Child Adolesc. Psychiatry 2015; 24(9): 1119–1128.
4. Fichter MM, Xepapadakis F, Quadflieg N, Georgopoulou E, Fthenakis WE. *A comparative study of psychopathology in Greek adolescents in Germany and in Greece in 1980 and 1998 – 18 years apart*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2004; 254(1): 27–35.
5. Hagquist C. *Ökar den psykiska ohälsan bland ungdomar i sverige?* Socialmedicinsk tidskrift. 2011; 88: 474–485.
6. Kleppang AL, Thurston M, Hartz I, Hagquist C. *Psychological distress among Norwegian adolescents: Changes between 2001 and 2009 and associations with leisure time physical activity and screen-based sedentary behaviour*. Scand. J. Public Health 2017; 47(2): 166–173.
7. Achenbach TM, Dumenci L, Rescorla LA. *Are American children's problems still getting worse? A 23-year comparison*. J. Abnorm. Child Psychol. 2003; 31(1): 1–11.
8. Levin KA, Currie C, Muldoon J. *Mental well-being and subjective health of 11-to 15-year-old boys and girls in Scotland, 1994–2006*. Eur. J. Public Health 2009; 19(6): 605–610.
9. Maughan B, Iervolino AC, Collishaw S. *Time trends in child and adolescent mental disorders*. Curr. Opin. Psychiatry 2005; 18(4): 381–385.

10. Mishina K, Tiiri E, Lempinen L, Sillanmäki L, Kronström K, Sourander A. *Time trends of Finnish adolescents' mental health and use of alcohol and cigarettes from 1998 to 2014*. Eur. Child Adolesc. Psychiatry 2018; 27(12): 1633–1643.
11. Ravens-Sieberer U, Ottova V, Hillebrandt D, Klasen F; das HBSC-Team Deutschland. *Gesundheitsbezogene Lebensqualität und psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der deutschen HBSC-Studie 2006–2010*. Gesundheitswesen 2012; 74(S 01): S33–S41.
12. Sourander A, Koskelainen M, Niemelä S, Rihko M, Ristkari T, Lindroos J. *Changes in adolescents mental health and use of alcohol and tobacco: A 10-year time-trend study of Finnish adolescents*. Eur. Child Adolesc. Psychiatry 2012; 21(12): 665–671.
13. Tick NT, Ende van der J, Verhulst FC. *Ten-year trends in self-reported emotional and behavioral problems of Dutch adolescents*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2008; 43(5): 349–355.
14. Twenge JM, Gentile B, DeWall CN, Ma D, Lacefield K, Schurtz DR. *Birth cohort increases in psychopathology among young Americans, 1938–2007: A cross-temporal meta-analysis of the MMPI*. Clin. Psychol. Rev. 2010; 30(2): 145–154.
15. Soest von T, Wichstrøm L. *Secular trends in depressive symptoms among Norwegian adolescents from 1992 to 2010*. J. Abnorm. Child Psychol. 2014; 42(3): 403–415.
16. West P, Sweeting H. *Fifteen, female and stressed: Changing patterns of psychological distress over time*. J. Child Psychol. Psychiatry 2003; 44(3): 399–411.
17. Wångby M, Magnusson D, Stattin H. *Time trends in the adjustment of Swedish teenage girls: A 26-year comparison of 15-year-olds*. Scand. J. Psychol. 2005; 46(2): 145–156.
18. Konowalek Ł, Wolanczyk T. *Changes in emotional and behavioral problems between 2000 and 2011 among 16-year-old polish children: A cross-sectional study*. Child Psychiatry Hum. Dev. 2018; 49(5): 757–765.
19. Achenbach TM. *Manual for the youth self-report and 1991 profile*. Department of Psychiatry, University of Vermont Burlington, VT; 1991.
20. Wolańczyk T. *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci i młodzieży szkolnej w Polsce*. Akademia Medyczna; 2002.
21. Ivanova MY, Achenbach TM, Dumenci L, Rescorla LA, Almqvist F, Weintraub S i wsp. *Testing the 8-syndrome structure of the child behavior checklist in 30 societies*. J. Clin. Child Adolesc. Psychol. 2007; 36(3): 405–417.
22. Kariuki SM, Abubakar A, Murray E, Stein A, Newton CR. *Evaluation of psychometric properties and factorial structure of the pre-school child behaviour checklist at the Kenyan Coast*. Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health 2016; 10: 1.

Adres: Łukasz Konowalek
Warszawski Uniwersytet Medyczny
Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego
02-091 Warszawa, ul. Żwirki i Wigury 63a
e-mail: e-mail: lkonowalek@wum.edu.pl

Otrzymano: 3.12.2020
Zrecenzowano: 8.04.2021
Otrzymano po poprawie: 12.09.2021
Przyjęto do druku: 19.09.2021