





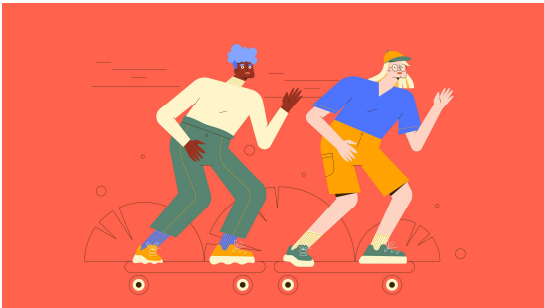
Praca terapeutyczna z nastolatkami z nieprawidłowo rozwijającą się osobowością

mgr Renata Bieniek – Pocielaj
25-26 stycznia 2025 r.

1



osobowość



- Każdy człowiek ma osobowość
- Osobowość to względnie trwałe sposoby doświadczania wewnętrznego (myśli, doznania, uczucia) oraz sposoby zachowania i wchodzenia w interakcje z innymi ludźmi, sposób myślenia o świecie i odczuwania go
- Osobowość mówi o indywidualności i wyjątkowości jednostki

2

zaburzenia osobowości

Mówimy o nich wtedy, gdy:

- wzorce doświadczania i zachowania cechuje brak elastyczności, stają się SZTYWNE, powtarzające się, a ich konsekwencje są niekorzystne i stają się przyczyną cierpienia i nieadaptacyjnego zachowania
- przejawiają się w charakterystyczny sposób w postaci nieprawidłowości w zakresie poznania, emocji, kontroli impulsów i relacji interpersonalnych
- są obserwowane od dzieciństwa – wczesne objawy ZO są obserwowane w późnym dzieciństwie i adolescencji
- mogą stanowić przeszkodę w prawidłowym rozwoju jednostek zanim osiągną dorosłość

3

zaburzenia osobowości

Zaburzenia osobowości **to stały wzorzec zachowania i przeżywania emocji**, który ma charakter **egosyntoniczny** tzn. subiektywnie postrzegany jest jako akceptowany lub pożądaný, czyli nie wymagający zmiany oraz różni się znacząco od tych, które są oczekiwane w danej kulturze.

Jako sztywny, pozbawiony elastyczności wzór powinien się wyrazić w co najmniej dwóch obszarach:

- postrzegania siebie i innych
- wyrażania emocji – ich zakres, intensywność, chwiejność i adekwatność
- funkcjonowanie w relacjach społecznych
- kontroli impulsów

4

zaburzenia osobowości

Badania **Johnson i wsp.**, **Westen i wsp.** szacują występowanie ZO u młodzieży na 6-17%, podobny poziom wskazują występowanie ZO u dorosłych 10-15%.

Grilo i wsp. podają, że ZO zaliczane do klastra A (o. paranoidalna, schizoidalna, schizotypowa) oraz klastra B (o. antyspołeczna, borderline, histrioniczna, narcystyczna) występują z podobną częstotliwością u młodzieży i dorosłych, zaś ZO z klastra C (o. obsesyjno-kompulsyjna, unikająca, zależna) występują z mniejszą częstotliwością wraz z wiekiem od 9-27 r.ż.

5

zaburzenia osobowości

Uznaje się, że ZO w wieku nastoletnim najczęściej dotyczą rozpoznań z klastra B, szczególnie typu borderline i zazwyczaj są rozpoznawane w wieku ok. 14 lat.

Współczynnik rozpoznawalności ZO w grupach klinicznych wynosi 41%-64% w porównaniu z populacją zdrową i podobnie jest tożsamy ze statystykami dorosłych.

U nastolatków prezentujących objawy ZO diagnozowane są na ogół objawy jednego lub większej liczby zaburzeń emocjonalnych i behawioralnych.

6

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży



- ZO u dzieci i młodzieży są problemem złożonym
- niewielka część młodych ludzi wykazuje trwałe i poważne problemy w funkcjonowaniu w obrazie klinicznym przypominającym ZO dorosłych
- w DSM-5 jest zawarte kryterium rozpoznania początku ZO co najmniej w wieku dorastania

7

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Zaburzenia osobowości mogą być trudne do rozpoznania i odróżnienia od normalnej rozwojowo zmienności i niestabilności w tym wieku, bowiem:

- dzieci i młodzież często doświadczają cierpienia psychicznego, a objawy nie zawsze spełniają kryteria konkretnego zaburzenia lub nie zawsze zaburzają funkcjonowanie jednostki w życiu codziennym
- cierpienie jest często związane z:
 - subiektywnym poczuciem zmian w osobowości – nastolatek ma poczucie, że zachowuje się inaczej niż zwykle lub niezgodnie z własnym systemem wartości
 - rozchwianiem emocjonalnym czyli nieuzasadnionym rozdrażnieniem, smutkiem, złością czy niepokojem)

8

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

- Wycofaniem lub izolacją od innych – rodziny czy przyjaciół, w tym rezygnacją z aktywności sprawiających dotychczas przyjemność
- Brakiem należytej troski o siebie – np. w postaci braku odpowiedniej higieny lub angażowania się w zachowania ryzykowne
- Doświadczaniem takich uczuć jak utrata nadziei, bezradność, przytłoczenie życiem i obowiązkami, poczucie winy, nadmierna i przedłużająca się rozpacz

9

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Cierpienie wymyka się klasyfikacjom medycznym, a młodzi ludzie potrafią je ukrywać – maskować. Doświadczają silnego cierpienia, myśli S czy samouszkodzeń, jednocześnie spełniają oczekiwania dorosłych, starają się prawidłowo funkcjonować w domu i szkole.

Często oznacza to brak zrozumienia i należytej uwagi ze strony dorosłych, którzy mogą bagatelizować problemy adolescenta.

10

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Brak cierpienia psychicznego nie zawsze jest oznaką zdrowia psychicznego.

W zaburzeniach eksternalizacyjnych na plan pierwszy może się wysuwać cierpienie otoczenia, bo problemy z samokontrolą emocji i zachowania prowadzą do konfliktów, co nie wyklucza cierpienia dziecka.



11

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Psychopatologia rozwojowa widzi wzajemną dynamiczną interakcję pomiędzy podatnością, odpornością i czynnikami, które je kształtują, a zmiennością i ciągłością w kształtowaniu się ścieżek rozwojowych młodych ludzi.

Powstaje ważne pytanie – na ile obserwowane u konkretnego dziecka trudności behawioralne i emocjonalne mają charakter przejściowy, a na ile będą utrwalonym patologicznym wzorcem funkcjonowania.

12

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Niewłaściwe rozpoznanie spowoduje dwie postawy:

- odwrócenie uwagi od rzeczywistych problemów dziecka w domu lub szkole, co może prowadzić do stygmatyzacji
- bagatelizowanie problemu może prowadzić do opóźnienia (lub nieudzielenia) właściwej i skutecznej pomocy

Wczesne i prawidłowe rozpoznanie patologii w rozwoju osobowości lub innej nieprawidłowości prowadzi do podjęcia właściwych interwencji, co daje nadzieję na dobre rokowanie.

13

zaburzenia osobowości

Najwyższy poziom ustabilizowania cech osobowości występuje ok. 50 r.ż.

Największa zmienność cech osobowości występuje w okresie dorosłości, a nie w okresie dojrzewania.

Osoby funkcjonujące z ZO sądzą, że ich sposób postępowania jest właściwy i najlepszy z możliwych, zazwyczaj też czują się dobrze z narzuconym sobie systemem zasad.

14

zaburzenia osobowości

Obecnie do badań nieprawidłowo kształtującej się osobowości u młodzieży najczęściej są wykorzystywane kryteria diagnostyczne wg DSM opracowane dla osób dorosłych, co nie jest dobrym podejściem, gdyż:

1. nieuwzględnienie charakterystycznych dla okresu rozwojowego dzieci i młodzieży zachowań, cech i postaw może prowadzić do pomyłek diagnostycznych
2. problemy w okresie dojrzewania są specyficzne rozwojowo, czasowo zmienne, a kryteria diagnostyczne w DSM mają charakter dychotomiczny
3. w przypadku wielu zaburzeń psychicznych młodzieży i dorosłych występuje nakładanie się objawów z osi I na objawy ZO, co utrudnia prawidłowe różnicowanie

15

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

W odniesieniu do dzieci i młodzieży **najczęściej** wskazuje się na nieprawidłowości w rozwoju osobowości podobne do obrazu klinicznego osobowości:

- borderline
- narcystycznej
- antyspołecznej

16

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Kontrowersje

wokół diagnozowania
zaburzeń osobowości
u dzieci i młodzieży



17

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Klinicyści są niechętni stawianiu poważnych diagnoz ZO u młodych ludzi, co wiąże ze zmiennością rozwoju i tendencją do nadmiernego diagnozowania dzieci i młodzieży.

Przedwcześnie postawiona diagnoza może prowadzić do:

- stygmatyzacji
- etykietowania
- powielania przez kolejnych specjalistów

Diagnoza ZO może powodować negatywny obraz siebie i rodziny, a w przypadku braku dostępu do terapii jest bezcelowa.

18

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Zwolennicy rozpoznawania nieprawidłowości w rozwoju osobowości u dzieci i młodzieży pokazują, że ZO są poważnym problemem, który nierozpoznany, może dać poważne powikłania teraz i w przyszłości.

Diagnoza ZO daje obraz rzeczywistych problemów i pokazuje jakie mechanizmy leżą u ich podłoża, pozwalają na wczesną interwencję, a jej brak utrwala zaburzenie.

Prawidłowe rozpoznanie daje plan leczenia i możliwość jego realizacji przy pomocy dostępnych specjalistów.

19

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Koncepcje wyjaśniające nieprawidłowy rozwój osobowości w większości mają charakter integracyjny i wywodzą się z perspektywy psychopatologii rozwojowej, która łączy normatywne i nienormatywne aspekty zdrowia i zaburzeń.

Kluczowe są **dwie zasady**:

1. Badania normalnego rozwoju są istotne dla zrozumienia nieprawidłowości w rozwoju osobowości, bo te same biopsychospołeczne czynniki leżą u podłoża normalnych i patologicznych ścieżek rozwojowych.

20

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

2. Zrozumienie nieprawidłowości w rozwoju osobowości jest możliwe dzięki analizie ścieżek wiodących ku zaburzeniu i ścieżek następujących później.

Ścieżki są złożone i przebiegają wg dwóch zasad:

- ekwipotencjalności czyli podobne okoliczności prowadzą do różnych rezultatów
- ekwifinalności czyli różne okoliczności początkowe mogą dać taki sam skutek

Przebieg ścieżek prowadzących do ZO wciąż jest słabo poznany.

21

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

U podłoża koncepcji wyjaśniających ZO u dzieci i młodzieży leży teza:

„ZO mają swój początek w dzieciństwie, ulegają przekształceniu we wczesnym okresie adolescencji, a przed ukończeniem 18. r.ż. utrwalają się i stabilizują”. (Cierpiatkowska i Górka, 2016, Mentalizacja z perspektywy rozwojowej i klinicznej)

czyli **rozwój osobowości to proces rozwijający się przez całe życie**, bez nagłych zmian zachodzących w 18. r.ż., a **stabilność i zmiany osobowości współistnieją w ciągu życia**.

Wczesne oznaki nieprawidłowości są widoczne w późnym dzieciństwie.

22

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Złożona sieć interakcji składających się z:

- podatności jednostki np. biologicznie uwarunkowane deficyty empatii i trudny temperament
 - skumulowanych czynników ryzyka związanych z nieprawidłowych doświadczeń emocjonalnych i społecznych dziecka np. trauma relacyjna czy zaniedbanie
 - temperamentu opiekunów i ich zachowań
- daje nieprawidłowy rozwój osobowości.

23

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Analiza ścieżek rozwoju prowadzących do nieprawidłowo rozwijającej się osobowości skupia się na dwóch obszarach funkcjonowania osobowości:

- self – tożsamość i samokierowanie
- relacjach z innymi – empatia i intymność

Te 4 aspekty to kamienie milowe w rozwoju osobowości dzieci i młodzieży, a ich dysfunkcje odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu się patologii osobowości.

24

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Wczesne sygnały wskazujące na niestabilność tożsamości, niską samoocenę i dysregulację emocjonalną oraz deficyty w zakresie intymności i empatii wynikające z pozabezpiecznego przywiązania i trudności w mentalizacji stanowią predyktory ZO.

Im wcześniej pojawiają się trudności i im bardziej są stabilne w czasie,
tym **większa predyspozycja do ZO** u dzieci i młodzieży.

25

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Istnieją trzy kluczowe dla rozwoju ZO okresy rozwoju:

1. wczesne dzieciństwo
2. przełom dzieciństwa i adolescencji
3. przełom adolescencji i wczesnej dorosłości

26

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

wczesne dzieciństwo

znaczenie mają:

- czynniki genetyczne i neurobiologiczne związane z psychobiologiczną podatnością na reaktywność interpersonalną
- niekorzystny temperament i wynikające z niego trudności w samoregulacji emocjonalnej
- jakość przywiązania
- wczesna trauma i jej wpływ na rozwój mózgu



27

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

przełom średniego dzieciństwa i wczesnej adolescencji

znaczenie mają:

- integracja tożsamości
- rozwój kompetencji społecznych

Następuje stabilizacja niekorzystnych cech osobowości, co daje początek rozwojowi ZO.

Objawy ZO nie mogą być traktowane jako typowe dla tego okresu i przemijające.



28

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

przełom późnej adolescencji i wczesnej dorosłości

znaczenie mają:

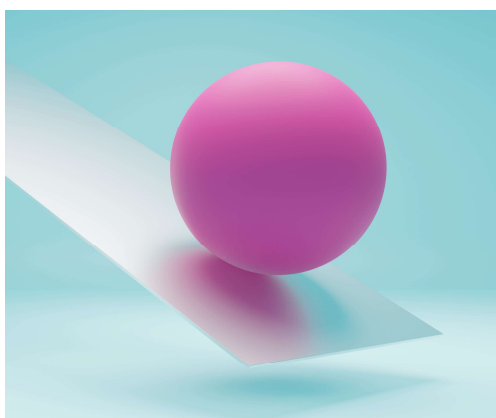
- opuszczenie domu rodzinnego
- rozpoczęcie dorosłego życia

Znaczenia ZO zmieniają się z upływem czasu w związku z istotnymi zadaniami rozwojowymi i wymaganiami środowiska.



29

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży



**Zaburzenia osobowości borderline
objawy u dzieci i młodzieży**
(Borderline personality disorder, BPD)

30

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

W obrazie klinicznym dzieci z ZO borderline zawierają się specyficzne wzorce przeżywania i zachowania pokazujące brak stabilności:

1. w obrazie Ja (także preferencji seksualnych)
2. zmienności i nieprzewidywalności w relacjach z innymi także bliskimi – rodzicami, rówieśnikami, partnerami
3. niestabilności i nieprzewidywalności w doświadczanych emocjach – szybkie przechodzenie od skrajnie pozytywnych do skrajnie negatywnych, łatwe wpadanie w złość i agresję
4. zmienności w odróżnianiu rzeczywistości zewnętrznej od fantazji i pragnień

31

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

5. doświadczania nieustającego lęku przed odrzuceniem – na początku znajomości skrajnie idealizują nową osobę, mają poczucie zależności i spełnienia, a gdy spełnienie mija, niekiedy po wpływie drobnych frustracji, mają poczucie zdrady, odrzucenia i oszukania, przeżywają wściekłość i nieodpartą chęć odrzucenia tej osoby.

32

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Aby określone cechy funkcjonowania i przeżywania były podstawą do rozpoznania ZO typu borderline w dzieciństwie i adolescencji, diagnosta powinien zadać pytanie o **funkcję określonych objawów** – czy wynikają z kryzysu rozwojowego czy z ZO – wściekłość i bunt mogą być wyrazem podważania modeli rodzicielskich.

33

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Otto Kernberg wskazywał brak realizacji zadań rozwojowych jako punktu wyjścia do myślenia o ZO typu borderline –

- w wieku przedszkolnym byłyby to następujące zachowania: nietolerancja rozłąki z mamą, brak standardów dobry/zły, brak zdolności wyrażania emocji i trudności ich regulowania nieadekwatne do wieku
- w wieku szkolnym – brak utrzymania tożsamości związanej z rolą płciową, trudności w kontroli impulsów, nieprzewidywalne i nieuzasadnione emocje, brak przyjemności z relacji z rówieśnikami, zależność od rodziców tak jak w okresie przedszkolnym, brak poczucia przynależności do grupy.

34

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Jules Bemporad, Hanson Smith, Gaeme Hanson, Dantte Cicchetti wskazali następujące kryteria diagnostyczne ZO typu borderline u dzieci

- niespodziewane przejścia między neurotycznym a psychotycznym poziomem testowania rzeczywistości
- gotowość do przeżywania paniki – jest związana z oznakami dysocjacji, poczuciem odrzucenia i/lub unicestwienia
- zniekształcenia w procesie i treści myślenia – poszczególne myśli tracą powiązanie ze sobą stając się wieloznaczne

35

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Jules Bemporad, Hanson Smith, Gaeme Hanson, Dantte Cicchetti wskazali następujące kryteria diagnostyczne ZO typu borderline u dzieci

- duża trudność w rozróżnieniu swoich myśli, pragnień i przeżyć od myśli, przeżyć i pragnień innych ludzi z którymi się jest w relacji, a stany zawieszenia nasilają się w stresie
- trudności w rozpoznaniu potrzeb innych osób, problemem jest integrowanie pozytywnych i negatywnych doświadczeń emocjonalnych w spójną całość
- niezdolność do odraczania nagród, nieumiejętność pomieszczania w sobie intensywnych emocji, brak kontroli impulsów oraz wściekłości wynikających z nieumiejętności regulowania destrukcyjnych i autodestrukcyjnych tendencji dziecka

36

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Efrain Bleiberg i współ. wskazują na wzorce dwóch do trzech wybranych objawów ZO typu borderline w okresie dojrzewania, które uważają za wiarygodny ich predyktor.

1. Chroniczne uczucie pustki oraz nieadekwatnie intensywny gniew mają największą siłę predykcyjną czyli są najbardziej stabilne (**Garnet i in.**)
2. Zaburzenia tożsamości, niestabilność emocjonalna, nieadekwatnie intensywny gniew (**Becker, McManus, Mejer, Pinto**)

37

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Adolescenci z BPD mają skłonność do popadania w stany depresyjne połączone z poczuciem winy, beznadziejnością i osamotnieniem oraz stany drażliwości i odczuwania nasilonej złości.

Nieadekwatnie silne wybuchy gniewu i chroniczne uczucie pustki są opisywane jako najbardziej stabilne cechy w rozwoju ZO typu borderline.

38

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Adolescenci z BPD ujawniają:

- brak bliskich relacji z rówieśnikami
- gorsze stosunki z rodzicami
- trudności w utrzymaniu trwałych i zadawalających relacji z innymi
- impulsywność w relacjach – zmniejsza się z wiekiem, co przekłada się na zmniejszanie zachowań autodestrukcyjnych
- złe radzenie sobie z napięciem
- w sytuacji stresowych przypisywanie innym intencji wrogich, nieuczciwych i krzywdzących
- labilność emocjonalną
- częste wybuchy złości
- zachowania agresywne

39

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Istotne miejsce w obrazie klinicznym adolescentów z ZO borderline zajmują zachowania autodestrukcyjne:

- samookaleczanie się
- podejmowanie prób S
- konflikty z prawem
- zaburzenia lękowe
- zaburzenia odżywiania – bulimia lub anoreksja typu bulimicznego
- szkodliwe zażywanie substancji psychoaktywnych

40

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Zmniejszenie liczby objawów związanych z impulsywnością spowodowane jest czasową remisją (podobnie jest u dorosłych) i przejściem do fazy subklinicznej.

W sytuacji dużego stresu funkcjonowanie nastolatka może mieć charakter zaburzeń psychiatrycznych, a sytuacji bezpiecznej bliżej jest do zaburzeń neurotycznych.

41

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Wiele badań pokazuje, że silnym predyktorem ZO typu borderline w adolescencji oraz dorosłości jest wystąpienie ADHD u dzieci i młodzieży.

Obraz kliniczny ZO w dzieciństwie i adolescencji różni się od objawów w dorosłości. Objawy impulsywności, niestabilności emocjonalnej i zmienności w relacjach mają ścisły związek z wiekiem pacjenta.

W badaniach porównawczych **Uleego Kramera** wykazano, że adolescenci z rozpoznaniem ZO borderline i bez rozpoznania wykazują różnice w **funkcjonowaniu psychospołecznym**.

42

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Adolescenci z rozpoznaniem ZO borderline ujawnili:

- poczucie gorszej relacji z rodzicami
- poczucie osamotnienia, braku bliskich osób
- więcej problemów z posiadaniem satysfakcjonującej pracy
- więcej problemów szkolnych typu zawieszenie lub relegowanie ze szkoły

43

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Dzieci i młodzież z ZO typu borderline prezentują część trudności obecnych w innych ZO z klastra B, co może być przyczyną trudności diagnostycznych.

W porównaniu z ZO narcystycznymi czy histrionicznymi wykazują większą labilność emocjonalną i impulsywność, więcej zachowań autodestrukcyjnych, częściej doświadczają epizodów psychotycznych.

Największą siłę prognostyczną ZO typu borderline mają: poczucie pustki, strach przed odrzuceniem, zaburzone poczucie tożsamości.

44

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Trudności diagnostyczne wynikają z:

- rozróżnienia normatywnej zmienności wynikającej z temperamentu, uczenia się radzenia sobie ze stresem, dojrzewania układu nerwowego, niezależności adekwatnej do wieku od niestabilności wynikającej z objawów ZO borderline.
- współwystępowania i konieczności różnicowania objawów BPD z objawami, które mogą je maskować: zaburzenia afektywne, depresyjne, lękowe (fobie), choroba afektywna dwubiegunowa, PTSD, nadużywanie substancji, zaburzenia zachowania, ADHD, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, kryzys tożsamości, samouszkodzenia, zaburzenia psychiatryczne.

16-50% osób z BPD spełnia kryteria innych ZO.

45

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży



Narcystyczne zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży
(Narcissistic personality disorder, NPD)

46

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Należy odróżnić narcyzm normatywny od patologicznego czyli rozwój zmierzający od skupienia na sobie i osiągnięcia doskonałości do widzenia swoich ograniczeń i perspektywy innych.

Dzieci koncentrują się na sobie, swoich pragnieniach, mają poczucie możliwości i zdolności, niemal omnipotencji przy wielkiej wrażliwości na ocenę swojej osoby – to cechy **normalnego narcyzmu**.

Może on się przekształcić w dwóch kierunkach:

1. docenianie i zadowolenie ze swoich możliwości, znajomość swoich ograniczeń
2. przecenianie swoich możliwości i talentu na przemian z przekonaniem o absolutnej bezwartościowości i nicości. To jest objaw **narcystycznego ZO**.

47

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Szczególnie widoczna jest uważność na ocenę innych i trudności z regulowaniem samooceny. Sprzeczność między bardzo wysoką samooceną a niemożliwą do spełnienia potrzebą uznania powoduje dążenie za wszelką cenę do sukcesu, a gdy go nie osiągają, to porażka powoduje rozpacz lub agresywne zachowania wobec innych i siebie.

48

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Normalny rozwój dziecka jest okresem podwyższonej narcystycznej wrażliwości, szczególnie w okresie dojrzewania kiedy zadaniem nastolatka jest zaadaptowanie się do zmian biologicznych, emocjonalnych, poznawczych i psychoseksualnych.

Adaptacja ta jest procesem trudnym, często wiąże się z brakiem umiejętności, które powstawały na bazie modelowania przez rodziców. Wprowadzane są nowe rozwiązania, które w kryzysie rozwojowym mogą przybierać obraz narcystycznego ZO.

49

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Diagnosta powinien sprawdzić czy dziecko/nastolatek ma zdolność do takich umiejętności jak:

- Potrzeba podziwu
- Zaspokojenie potrzeb
- Wyolbrzymianie swoich osiągnięć
- Rywalizacja
- Oczekiwania
- Zdolność do przyjmowania wsparcia
- Podatność na krytykę
- Samoakceptacja
- Zdolność do zaufania innym ludziom
- Satysfakcja z faktycznych osiągnięć

50

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

cecha/umiejętność	normatywny narcyzm	patologiczny narcyzm
Potrzeba podziwu	Adekwatna do wieku, dziecko rozumie zależność od troskliwego opiekuna	Wszechobecna, dziecko zaprzecza zależności, czuje się niekochane, nie doświadcza satysfakcji i wdzięczności
Zaspokojenie potrzeb	Potrzeby są zaspokajane i dziecko to rozumie, jest wzajemne, doświadcza wdzięczności i zależności	Narzuca swoje potrzeby innym, zaprzecza zależności, jest roszczeniowe, nie odwzajemnia się i nie jest wdzięczne
Wyołbrzymianie swoich osiągnięć	Pokazuje to przez żart, z humorem, zabawę w superbohatera	Dziecko wierzy głęboko, że wszystko co chciało, to osiągnęło, identyfikuje się z idealnym modelem, osiągnięcia traktuje bardzo poważnie, tylko ono może być wyjątkowe

51

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

cecha/umiejętność	normatywny narcyzm	patologiczny narcyzm
Rywalizacja	Cieszy się z wygranej, docenia swój wysiłek, umie tolerować przegraną nie tracąc relacji z dorosłym lub rówieśnikiem, przeżywa zazdrość, widzi co ma wartość u innych i chce dążyć do tego, aby też to mieć	Inny człowiek musi być gorszy, nikt nie może być równie dobry lub lepszy, chce wyeliminować przeciwnika, nie toleruje wygranej innej niż własna, nie uczy się od nikogo, bo wszyscy są gorsi, doświadcza zazdrości, gdy widzi coś wartościowego i tego nie ma
Oczekiwania	Adekwatne do wieku, uwzględnia w nich innych, rozumie odmowę spełnienia jego oczekiwań	Są wszechobecne i roszczeniowe, nie uznaje odmowy
Zdolność do przyjmowania wsparcia	Uznaje, że czegoś nie umie lub nie wie, potrafi przyjmować wsparcie	Nie uznaje, że czegoś nie umie lub nie wie, więc nie może przyjąć wsparcia
Podatność na krytykę	Potrafi przyjąć krytykę i umie ją wykorzystać do własnego rozwoju	Nie umie przyjąć krytyki, a propozycja jej przyjęcia wzbudza w nim poczucie zranienia

52

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

cecha/umiejętność	normatywny narcyzm	patologiczny narcyzm
Samoakceptacja	Posiada zdolność akceptowania się i umie realistycznie ocenić swoje zasoby i ograniczenia	Umie się idealizować i dewaulować
Zdolność do zaufania innym	Wie, że może zaufać innym ludziom, wierzy w ich pozytywne intencje	Trudno dziecku zaufać innym ludziom, bo widzi ich jako chcących go obnażyć, zawstydzić, upokorzyć i zmanipulować
Satysfakcja z faktycznych osiągnięć	Czerpie satysfakcję ze swoich osiągnięć, ma przyjemność z dążenia do swoich celów, może się nagradzać za osiągnięcia	Nie potrafi doświadczyć satysfakcji ze swoich osiągnięć, uważa, że jest doskonałe i wszystko osiągnęło bez wysiłku, a gdy wkłada wysiłek, to odbiera to jako zranienie

53

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Diagnosta powinien sprawdzić również czy dziecko/nastolatek:

- fantazjuje o niekończącym się sukcesie, władzy, pięknie, sile czy doskonałości
- ma przekonanie o prawie do szczególnych przywilejów
- wykorzystuje innych, a niekiedy stosuje wyzysk
- okazuje brak empatii oraz ma trudności w rozpoznawaniu emocji innych
- jest wyniosły i arogancki

54

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Diagnosta analizuje tożsamość, surowość oceny siebie i stabilność relacji i porównuje z normalnym u adolescentów przeżywaniem zawstyżenia, zażenowania, nieśmiałości, dylematów dotyczących własnej wartości i ich rozstrzygania.

Im szybsza interwencja, tym większa szansa na dobre funkcjonowanie.

Wraz z narcystycznym ZO współwystępują u dzieci i młodzieży (podobnie u dorosłych):

- depresja
- zaburzenia lękowe (lęk separacyjny, fobie)
- zaburzenia opozycyjno-buntownicze
- jadłowstręt psychiczny

55

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Na diagnozę podatności na narcystyczne ZO wpływają:

- wiek dziecka – im starsze, tym łatwiej widać stabilność, powtarzalność i sztywność w utrzymywaniu się objawów, szybciej można zauważyć obecność objawów, im są silniejsze
- wpływ objawów na realizację zdań rozwojowych
- ujawnienie się konkretnego wzoru objawów

56

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Otto Kerberg twierdził, że **dorośli** narcystyczni mają:

- wielką potrzebę miłości i podziwu ze strony innych
- bardzo wysokie mniemanie o sobie
- niemożliwą do zaspokojenie potrzebę podziwu i uwagi innych ludzi

Bleiberg twierdził, że **dzieci** przejawiają narcyzm przez:

- nadwrażliwość w obszarze poczucia własnej wartości
- łatwo przeżywają poczucie zranienia i poniżenia
- za wszelką cenę dążą do sukcesu, a gdy ponoszą porażkę przeżywają rozpacz lub stają się agresywne lub autoagresywne

57

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Podczas diagnozy narcystycznego ZO u adolescentów należy zwracać dużą uwagę na rozróżnienie pomiędzy normatywnym poczuciem kryzysu tożsamości a rozmyciem tożsamości, bowiem adolescencja z założenia jest okresem konfliktu wobec zależności, poddania się i buntu, w następstwie czego młody człowiek odczuwa bezradność wobec jednoczesnej potrzeby odrębności i bliskości.

Adolescenci z NPD charakteryzują się tendencją do odczuwania złości, frustracji i wrogości, nadmiernym samokrytycyzmem, niskim altruizmem i wysokim poziomem aspiracji. Młodzi ludzie szukają własnych sposobów integrowania zmian wynikających z rozwoju, co niekiedy może przybierać obraz narcystycznego ZO.

58

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Decydujące dla postawienia diagnozy są:

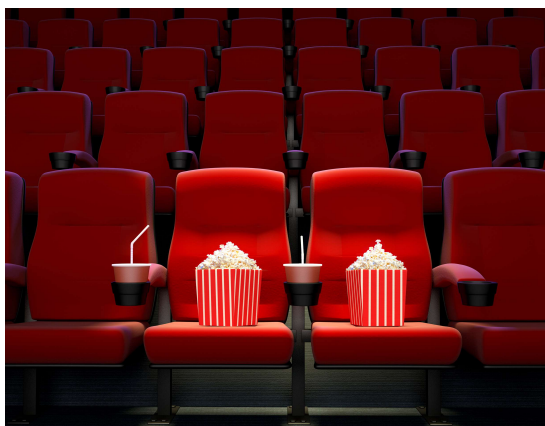
- Ujawnienie konkretnego wzoru objawów charakterystycznych dla NPD
- Wpływ objawów na realizację zadań rozwojowych

Istotny diagnostycznie jest objaw polegający na **fanatazjowaniu** o własnej doskonałości w postaci odniesionego sukcesu, posiadaniu władzy, byciu pięknym i silnym czy prawie do szczególnych przywilejów.

Takim myśłem towarzyszą zachowania wyniosłe i aroganckie wobec innych, wykorzystywanie innych dla własnych celów czy też manipulowanie nimi z jednoczesną trudnością w rozpoznawaniu emocji innych.

59

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży



Zaburzenia osobowości antyspołecznej/psychopatii u dzieci i młodzieży

(Antisocial personality disorder,
ASPD)

60

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Hervey Cleckley w 1941 roku, twórca współczesnego rozumienia psychopatii, zajmował się wczesnym występowaniem jej objawów.

Badania nad psychopatią zajmują się aspektami rozwojowymi, szczególnie stabilnością cech w czasie.

Współczesna konceptualizacja definiuje psychopatię jako rozwojowe zaburzenie neuropsychologiczne (Anderson i Kiehl).

Cechy psychopatyczne należy rozumieć jako destrukcyjną wersję skrajnych cech normalnej osobowości.

61

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Obecnie psychopatię rozumie się jako zbiór specyficznych cech:

1. Interpersonalnych
2. Afektywnych/emocjonalne
3. Behawioralnych/styl życia

Cechy **interpersonalne i afektywne stanowią rdzeń osobowości psychopatycznej**, których konsekwencją są zachowania, które można nazwać antyspołecznym stylem życia, a w życiu dorosłym wiążą się z przemocą i przestępczością.

Badania dowodzą, że cechy charakterystyczne psychopatii **nie odpowiadają** kryteriom diagnostycznym zaburzenia opozycyjno-buntowniczego, zaburzeń zachowania czy zaburzenia hiperkinetycznego.

62

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Cechy interpersonalne	Cechy emocjonalne (afektywne)	Cechy behawioralne (styl życia)
Powierzchowny czar i urok osobisty Wyołbrzymione poczucie własnej wartości Tendencja do patologicznego kłamstwa i manipulacji	Bezdusznosc Bezwzględność Brak poczucia winy Brak wyrzutów sumienia Brak lub niski poziom empatii	Potrzeba stymulacji Brak długoterminowych celów Nieodpowiedzialność Pasożytniczy sposób funkcjonowania Tendencja do ignorowania lub przekraczania prawa, zwyczajów i zasad

63

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Model trójczynnikiowy psychopatii **Paula F. Fricka** powstał na podstawie badań, a psychopatia została opisana na podstawie trzech wymiarów:

- 1. Interpersonalnym (megalomania-manipulacyjność)
- 2. Afektywnym (uczuciowa bezdusznosc-aemocjonalność)
- 3. Behawioralnym (impulsywnosc-nieodpowiedzialność)

Najbardziej diagnostyczny jest wymiar afektywny, który należy uznać za rzetelne kryterium diagnozy. Brak lęku (nieustraszenosc) u dzieci sprzyja rozwojowi cech psychopatycznych, wiąże się też z mniejszą wrażliwością na karę, a dalej z trudnością w rozwijaniu odczuwania poczucia winy i empatii.

64

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Cechy interpersonalne	Cechy afektywne	Cechy behawioralne
megalomania-manipulacyjność	bezdusznosc-emocjonalność	impulsywność-manipulacyjność
Uważa się za ważniejszego od innych Nadmiernie się przechwala Wykorzystuje innych Oszukuje innych Dokucza innym Gniewa się, gdy zwraca się uwagę Ma splecione emocje	Nie troszczy się o uczucia innych Nie odczuwa poczucia winy, gdy nieprawidłowo się zachowuje Nie przywiązuje wagi do zadań domowych Nie dotrzymuje obietnic Nie okazuje emocji Nie utrzymuje stałych relacji z rówieśnikami	Działa bez namysłu Nie planuje Angażuje się w ryzykowne zachowania Obwinia innych za własne pomyłki Łatwo się nudzi

65

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Badania **Fricka i Vidinga** nad czynnikiem afektywnym pozwoliły zrozumieć ścieżki rozwoju zaburzeń zachowania i poważnych zachowań antyspołecznych, ale jednocześnie spowodowały utożsamienie czynnika afektywnego z osobowością antyspołeczną.

Szczególną rolę w przewidywaniu rozwoju osobowości psychospołecznej przypisuje się **empatii** – jej obecność lub jej brak można zbadać już od dzieciństwa (jako reakcję niemowląt i małych dzieci na emocje innych), a jej deficyt jest podstawowym elementem psychopatii.

66

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Wczesne objawy psychopatii – płytkie emocje i aemocjonalność (brak responsywności emocjonalnej) mogą być obserwowane u przedszkolaków i być traktowane jak potencjalne prognozy psychopatii.

Podobnie poczucie winy może być prognostykiem psychopatii – pojęcie winy jest elementem rozwoju moralnego, odczuwa się napięcie, wyrzuty sumienia i żal, a małe dzieci wyrażają objawy dyskomfortu behawioralnego i emocjonalnego – unikanie, zwiększone napięcie, pobudzenie. Małe dzieci podejmują próby naprawienia tego co zrobiły źle, próbują naprawić szkodę albo mówią co zrobiły, chcąc wywołać pozytywne emocje u innych.

67

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Kłamanie i oszukiwanie zakłada intencjonalność zachowania, przyjmowanie perspektywy innej osoby (teoria umysłu) oraz działania funkcji wykonawczych (pamięć robocza i hamowanie). Są to normatywne zachowania dzieci w wieku przedszkolnym, podobnie kłamią osoby dorosłe.

Różnica między psychopatami a normatywnymi zachowaniami polega na częstotliwości kłamania, gotowości do kłamania, pozornej łatwości kłamstwa oraz sposobu reagowania, gdy kłamstwo zostaje ujawnione – brak poczucia wstydu i winy.

68

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Dorośli psychopaci mają wyolbrzymione poczucie własnej wartości, przeceniają swoje kompetencje i umiejętności, są postrzegani jako wywyższający się, aroganccy, dominujący, ulegający słabościom, przechwalający się i chcący imponować.

Cechy interpersonalne wykazują podobieństwo do cech opisujących narcystyczne ZO – chęć bycia w centrum uwagi i pewność siebie, mogą być prawidłowo ocenione u dzieci 3-letnich i można je uważać za dobry predyktor wystąpienia ich w dorosłości, dlatego uznaje się za istotne w ocenie zachowań psychopatycznych bez względu na wiek.

69

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Wymiar behawioralny psychopatii obejmuje impulsywność, potrzeba stymulacji, poszukiwanie doznań, podatność na nudę, pasożytniczy tryb życia, brak realistycznych długoterminowych celów i nieodpowiedzialność.

Istotna jest impulsywność – niezdolność do odraczania, hamowania i kontrolowania zachowania. Można ją mierzyć w wieku przedszkolnym, gdy rozwija się hamowanie reakcji motorycznych i emocjonalnych. Od 1/5 do 1/3 dzieci ujawnia zachowania impulsywne bardzo często.

70

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Poszukiwanie doznań czy ryzykowane zachowania mogą być normatywnymi zachowaniami we wczesnym dzieciństwie, ale u niektórych dzieci podwyższony poziom poszukiwania doznań może wskazywać na rozwój cech psychopatycznych.

Miarą poszukiwania doznań u starszych dzieci, adolescentów i dorosłych może być nietolerancja monotonnych i powtarzających się wydarzeń.

71

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Dla pełnego zrozumienia psychopatii potrzebna jest wiedza kliniczna, z zakresu psychologii rozwojowej, neuropsychologii i różnic indywidualnych.

Przekonania dziecka jak powinno się zachowywać i co robić w określonym okresie życia są kształtowane przez obserwację i porównania społeczne, zmieniają się pod wpływem jawnych i ukrytych oczekiwań otoczenia, dążąc do adekwatnych w określonej sytuacji zachowań.

72

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Badania kliniczne i naukowe oraz obserwacje wskazują na wyraźną stabilność (utrzymywanie się przez kolejne fazy rozwojowe) zachowań antyspołecznych u niektórych dzieci. Tylko ta część dzieci może przejawiać cechy osobowości antyspołecznej jako dorośli.

Tendencje antyspołeczne u dorosłych są silniej skorelowane z zachowaniami antyspołecznymi z okresu dzieciństwa niż z wpływami środowiska rodzinnego.

Nieprawidłowe zachowania z okresu dzieciństwa nie są jednoznacznym wyznacznikiem rozwoju osobowości psychopatycznej, ale im większa stabilność cech psychopatii w adolescencji tym większe ich nasilenie we wczesnej dorosłości, a badania pokazały, że stabilność cech psychopatii wiąże się ze stosowaniem przez rodziców nieadekwatnych metod wychowawczych wobec młodszych chłopców.

73

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Wyniki badań (**Sevecke i Kosson**) sugerują, że jest większa zależność pomiędzy cechami psychopatycznymi a zaburzeniami zachowania niż cechami psych. a ADHD, ale te ostatnie zależności pośredniczą w zaburzeniach zachowania. Zaburzenia opozycyjno-buntownicze odnoszą do zaburzeń zachowania, a w umiarkowanym stopniu łączą się z psychopatią.

U młodzieży z podwyższonym poziomem cech psychopatii obserwuje się problemowe używanie substancji psychoaktywnych, co oznacza wczesny początek i dużą intensywność.

74

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Młodzież o wysokich poziomach psychopatii hospitalizowana wykazywała znacznie niższy poziom objawów lękowych, ale nie wykazywała istotnych różnic w objawach depresyjnych i zaburzeniach odżywiania, ale relacja między cechami psychopatii a zachowaniami internalizacyjnymi jest znacznie mniej zbadana i opisana.

Bardziej rozpowszechniony jest w literaturze model relacji cech psychopatii a zaburzeń eksternalizacyjnych – wiążą się z agresją, impulsywnością i poszukiwaniem wrażeń.

75

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Mechanizm powstawania zachowań agresywnych jest tak samo rozumiany bez względu na płeć – lęk prowadzi do impulsywnego odreagowania, a następnie do zachowań agresywnych, ale:

- u chłopców obserwuje się dłuższą ścieżkę diagnostyczną w rozpoznaniu psychopatii – zaburzenia emocjonalne, uzależnienia, zaburzenia osobowości
- u dziewcząt rozpoznaje się zaburzenia zachowania i następnie psychopatię.

Odmienne sposoby postrzegania i diagnozowania cech psychopatycznych u dzieci i młodzieży ma źródło w kulturowej ocenie zachowań agresywnych.

76

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży diagnoza i ocena

We współczesnych opisach ZO mamy **dwa podejścia**:

- **Model taksonomiczny/kategorialny** – typowy dla nauk medycznych, skupiony na charakterystyce objawów, gdzie osobowość normatywna i zaburzona to odrębne i rozłączne jednostki, a ZO są podzielone na rozłączne kategorie czyli dany opis funkcjonowania może należeć tylko do jednej grupy. Kategorie są jednorodne, do danego klastra należą pacjenci z podobnymi objawami. Poszczególne ZO mają pewną liczbę cech, z których określona część jest niezbędna do postawienia rozpoznania, czyli kryteria tego samego rozpoznania mogą być spełniane na wiele różnych sposobów, co daje zróżnicowanie obrazu klinicznego osób z tą samą diagnozą. Daje możliwość dobrej komunikacji między diagnostami i klinicystami.

77

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

ZO po raz pierwszy znalazły się w DSM-III (1980). Wprowadzono kryteria opisowe i wyraźne zasady diagnostyczne na podstawie których uznano, że postawiona diagnoza opisze całościowo funkcjonowanie człowieka w oparciu o pięć osi, które opisywały różne poziomy czynniki wpływających na zachowanie człowieka.

- **oś I** – choroby psychiczne/zespół kliniczny
- **oś II** – zaburzenia osobowości
- **oś III** – objawy somatyczne istotne do zrozumienia zaburzeń osi I oraz osi II (np. temperament, zespoły genetyczne, urazy głowy)
- **oś IV** – czynniki psychospołeczne i środowiskowe
- **oś V** – ogólny poziom funkcjonowania psychologicznego, społ. i zawodowego

78

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

W DSM-III, DSM-IV i DSM-IV-TR zaburzenia osobowości były umieszczone w osi II, podzielone **trzy wiązki/klastry**:

1. **Klaster A** – charakterystyczna dziwaczność i ekscentryczność – o. paranoiczna, schizotypowa, schizoidalna
2. **Klaster B** – charakterystyczna emocjonalność, dramatyczność i lekceważenie konsekwencji – o. histrioniczna, narcystyczna, borderline, antyspołeczna
3. **Klaster C** – charakterystyczne napięcie, lęk i przerażenie – o. unikająca, zależna, obsesyjno-kompulsyjna

79

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

W DSM-III, DSM-IV i DSM-IV-TR wydzielono również **nieokreślone zaburzenia osobowości** (not otherwise specified NOS), które obejmuje osoby, które nie spełniają kryteriów żadnej kategorii ZO z trzech klastrów oraz osoby, u których można określić wystąpienie cech więcej niż jednego zaburzenia osobowości – osobowości mieszanej, a objawy powodują znaczne cierpienie lub pogorszenie w jednym lub wielu obszarach funkcjonowania, np. zawodowego lub społecznego.

80

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

We współczesnych opisach ZO mamy **dwa podejścia**:

- **Model dymensjonalny** – opisuje ZO jako skrajne, nieadaptacyjne nasilenie cech ujętych w teorii Wielkiej Piątki Paula Costy i Roberta McCrae – neurotyczność, ekstrawersja, otwartość, ugodowość, sumienność. Znacząca część ZO została opisana w kategoriach wysokiego neurotyzmu i niskiej ugodowości, a bardziej szczegółowe opisy zaburzeń odnoszą się do analizy podwymiarów tych dwóch cech. Model dymensjonalny umożliwia diagnozowanie ZO, ocenianie nasilenia ZO na skali liczbowej oraz określenie stylu osobowości.

Teoria Wielkiej Piątki wg niektórych argumentów dobrze opisuje normatywną osobowość, ale nie jest wystarczająca do opisu ZO.

81

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Do konceptualizacji ZO za użyteczny uznaje się:

opis patologicznych cech osobowości przez następujące czynniki:

- emocjonalna dysfunkcja
- zachowania dys socjalne
- zahamowanie
- kompulsywność

oraz użycie **ustrukturuwanej oceny osobowości Lee A. Clarka’a wg 15 wymiarów:**

82

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Negatywny temperament

Brak zaufania
Szkodzenie sobie
Ekscentryczna percepcja
Agresywność
Manipulacyjność
Roszczeniowość
Ekshibicjonizm

Pozytywny temperament

Przyzwoitość
Pracholizm
Obojętność
Zależność
Rozhamowanie
Impulsywność

83

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Model dymensjonalny pokazuje, że różnica pomiędzy zdrową i zaburzoną osobowością jest jedynie ilościowa, a także daje on większą uważność na nietypowe przypadki graniczne oraz dokładniejszy opis obrazu klinicznego.

Liczni badacze ZO proponują **integrację obu modeli** – kategoryjnego i dymensjonalnego, co dałoby diagnozę ZO zgodnie z obowiązującymi kryteriami oraz ocenę różnic indywidualnych w zakresie funkcjonowania osobowości.

84

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

ZO wyjaśniają też koncepcje wywodzące się z psychologii rozwojowej mające charakter integracyjny – wykluczony jest determinizm w rozwoju prowadzącym do ZO – podobne czynniki dadzą odmienne rezultaty oraz różne okoliczności dadzą ten sam wynik (ekwipotencjalność i ekwifinalność).

Żadna pojedyncza perspektywa **nie tłumaczy** powstania zaburzenia.

Czynniki wpływające na pojawienie się zaburzeń mają niejednakową wartość, **każdy z nich** może być czynnikiem predysponującym, pośredniczącym i podtrzymującym, **te same czynniki** mogą pełnić **inną funkcję** w zależności od etapu życia i z innymi czynnikami wchodzić w interakcje.

85

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Duże znaczenie dla powstawania ZO ma podatność jednostki:

- powstaje w okresie dzieciństwa
- warunkują ją czynniki genetyczne i biologiczne czyli tzw. trudny temperament i deficyty w regulacji emocji związane z reaktywnością dziecka.

Reaktywność i responsywność opiekunów (głównie matki) wpływa na budowanie **wczesnodziecięcego przywiązania**. Jeśli obie strony odczuwają satysfakcję z wzajemnego kontaktu, chcą go jak najczęściej, a jego dobra jakość buduje pozytywną samoocenę, poczucie bezpieczeństwa i autonomii oraz umiejętność regulacji emocji.

86

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Im dziecko ma trudniejszy temperament, tym większa szansa na mniejsze zaangażowanie emocjonalne opiekunów czy ich ambiwalencję, która powstaje, gdy dorośli nie odnosi sukcesów w uczeniu dziecka regulowania emocji.

Stan psychiczny dorosłego i jego styl przywiązania (pozabezpieczny) są tak samo ważne jak reaktywność dziecka, bo to dorośli jest bardziej aktywny w budowaniu więzi.

Trudności w budowaniu więzi wpływają na proces socjalizacji, hamowania i regulacji emocji, zachowania, prowadzą do powstania niskiej samooceny i nieprawidłowej oceny relacji z innymi czyli wpływają na ważne obszary w budowaniu osobowości.

87

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Bezpieczny styl przywiązania stanowi czynnik protekcyjny i sprzyja rozwojowi prawidłowej osobowości.

Pozabezpieczne style przywiązania mogą być istotnym czynnikiem ryzyka powstawania ZO szczególnie z klastra B.

Styl lękowo-unikający wykazuje silny związek z zaburzeniami z klastra A.

Styl lękowo-ambiwalentny zwiększa ryzyko rozwoju o. histrionicznej, boreddeline, schizotypowej i obsesyjno-kompulsywnej.

Styl zdeorganizowany wiąże się z różnymi rodzajami ZO, szczególnie borderline.

88

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Szczególne miejsce w wyjaśnianiu ZO u dzieci i młodzieży przypisuje się:

- **niedostosowaniu postaw rodzicielskich** do temperamentu dziecka
- **nieadekwatnemu zaspokajaniu potrzeb dziecka przez rodzica** poprzez stosowanie surowych kar, przemocy fizycznej, emocjonalnej i seksualnej, zaniedbywaniu.

89

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Czynniki ryzyka po stronie rodziny:

- intensywny konflikt w parze rodzicielskiej
- zaburzenia psychiczne rodzica oraz podejmowanie prób S przez rodzica
- śmierć matki we wczesnym okresie rozwoju
- konflikt z prawem jednego z rodziców

90

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Czynniki ryzyka po stronie rówieśników:

- odrzucenie społeczne
- doświadczanie przemocy w grupie
- słabo rozwinięte kompetencje społeczne

91

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Czynniki ryzyka, które nie mają siły determinującej nieprawidłowy rozwój osobowości:

- zaniedbywanie potrzeb biologicznych i psychicznych dziecka
- złe traktowanie, w tym maltretowanie
- porzucenie dziecka

Zdarzenia korygujące w późniejszym rozwoju mogą skutecznie wzmacniać zasoby dziecka.

Za podatność na ZO odpowiadają geny, zaś środowisko wpływa na rodzaj zaburzeń osobowości i współwystępowanie zaburzeń osobowości w ramach klastrów.

92

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Różne podejścia do diagnozy ZO wyznaczają stosowanie odmiennych narzędzi diagnostycznych:

- w modelu kategoryalnym – głównie **wywiady ustrukturalizowane**
- w modelu dymensjonalnym – głównie **kwestionariusze i inwentarze samoopisowe**, co powoduje rozważanie, czy korzystanie z wiedzy o sobie samym daje diagnoście rzetelne dane, bowiem nie wiadomo jakim wglądem posługuje się osoba badana, na ile ten osąd jest adekwatny do funkcjonowania oraz na ile rzeczywistość i własny udział w niej pacjenta jest zmienione przez jego zniekształcenia poznawcze, a także na ile pacjent ukrywa własne trudności i na ile różni się opis własny od opisu ze środowiska.

93

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Kryteria wykorzystywane do diagnozowania ZO w wieku dorastania są tożsame z kryteriami dla dorosłych wg DSM-5.

Identyfikacja cech nieprawidłowego rozwoju osobowości spójnych z obrazem ZO u dorosłych pozwala określić młodzież najbardziej zagrożoną rozwojem ZO.

W diagnozie należy uwzględnić specyfikę wieku rozwojowego i charakterystyczną dla tego wieku zmienność występowania trudności w czasie. Należy pamiętać, niektóre zachowania rozumiane jako objawy ZO, np. labilność emocjonalna, bardzo intensywne okazywanie emocji mogą być objawami prawidłowo przebiegającego dojrzewania.

94

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Nieprawidłowe zrozumienie prawidłowego rozwoju adolescenta może spowodować nieadekwatną diagnozę ZO.

Z tego powodu bardziej użyteczny może być model zaburzeń osobowości wg DSM-5, który uznaje ZO za skrajne warianty normatywnego funkcjonowania, umożliwia też ocenę nasilenia objawów i sposobu funkcjonowania adolescenta.

95

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Klasyfikacje diagnostyczne określają **stabilności objawów** jako kluczową cechę do rozpoznania ZO. Stabilność jest rozumiana jako wzorzec zachowania i funkcjonowania intrapsychicznego i interpersonalnego w czasie i różnych sytuacjach życiowych.

Oznacza to konieczność różnicowania ZO od stanów pogorszenia funkcjonowania ograniczonych w czasie czyli choroby z osi I oraz symptomy wywołane stanem ogólnomedycznym.

ZO z klastra B wymagają różnicowania z zaburzeniami depresyjnymi, nadużywania substancji psychoaktywnych, zaburzeniami zachowania i kontroli impulsów w wieku rozwojowym i w dorosłości, zaburzeniami w epizodzie maniakalnym, zaburzeń tej grupy między sobą co jest związane z labilnością emocjonalną, deficytami w empatii i zachowaniami manipulacyjnymi.

ZO borderline i histrioniczna dodatkowo musi być różnicowana z o. zależną.

96

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Współchorobowość – ZO współwystępują ze sobą oraz z zaburzeniami z osi I:

- 66-97% pacjentów ma diagnozę ZO oraz spełnia kryteria zaburzeń emocjonalnych i behawioralnych (zaburzenia depresyjne, lękowe, odżywiania, zachowania i kontroli impulsów oraz nadużywania substancji psychoaktywnych)
- 13-81% pacjentów ma diagnozę ZO oraz spełnia kryteria zaburzeń afektywnych (zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu I i II)

97

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

Relację między występowaniem ZO a zaburzeniami emocjonalnymi i zachowania opisują **modele**:

1. model podatności – obecność ZO może być czynnikiem ryzyka rozwoju zaburzeń z osi I (depresja u BPD i NPD, zaburzenia lękowe u NPD, uzależnienia u ASPD)
2. model blizny – zaburzenia emocjonalne i behawioralne utrudniają prawidłowy rozwój osobowości (zaburzenia zachowania w adolescencji zwiększają ryzyko wszystkich ZO, a najczęściej schizoidalnych, zaś zaburzenia afektywne i lękowe w adolescencji zwiększają ryzyko ZO z klastra C bardziej niż z klastra A i B).
3. model niezależnego rozwoju chorób psychicznych, ale ZO wpływa na nasilenie objawów i leczenie zaburzeń z osi I.

98

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży leczenie

NICE (National Institute for Health and Care Excellence) w Wielkiej Brytanii przedstawia wytyczne w populacji dzieci i młodzieży dla ZO:

- 1. borderline
- 2. antyspołecznego

Nie ma leków o udowodnionej skuteczności dla BPD.

Nie powinny być stosowane leki dla ASPD ani dla współwystępujących zachowań agresywnych, wybuchów złości i zachowań impulsywnych.

W przypadku zaburzeń współwystępujących wskazane jest leczenie rekomendowane dla każdego z nich.

99

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży leczenie

oddziaływanie wobec BPD	opis
Analityczna terapia poznawcza (cognitive analytic therapy, CAT)	Podkreśla się znaczenie pracy osób pod superwizją, które są dobrze przygotowane do prowadzenia interwencji; jej skuteczność jest wymagana potwierdzenia badaniami w schemacie RCT (czyli randomizowane kontrolowane badania kliniczne randomized controlled trial, RCT – „złoty standard” eksperymentów klinicznych) w odniesieniu do skutków średniookresowych min. 18 miesięcy, takich jak m.in. jakość życia, funkcjonowanie psychospołeczne, zatrudnienie, wpływ na objawy
Terapia poznawczo-behawioralna (cognitive-behavioural therapy, CBT)	Tak samo

100

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży leczenie

oddziaływanie wobec BPD	opis
Terapia uważności oparta na schematach (Schema Mindfulness Therapy, SMT) vs Korygowanie zaburzonego obrazu siebie przy użyciu przeciwwarunkowania (Correcting a Dysfunctional Self-Image Using Counterconditioning, COMET)	Trwające badanie w schemacie RCT, obiecujące, mogące wpłynąć na zmianę w wytycznych.
Terapia dialektyczno-behawioralna (Dialectical Behavior Therapy, DBT)	Trwające badanie w schemacie RCT, obiecujące, mogące wpłynąć na zmianę w wytycznych.
Terapia Schematów (Schema Therapy, ST) – oddziaływania grupowe	Dwa trwające badania w schemacie RCT, obiecujące, mogące wpłynąć na zmianę w wytycznych.

101

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży leczenie

oddziaływanie wobec ASPD	opis
Terapia uważności oparta na schematach (Schema Mindfulness Therapy, SMT) vs Korygowanie zaburzonego obrazu siebie przy użyciu przeciwwarunkowania (Correcting a Dysfunctional Self-Image Using Counterconditioning, COMET)	Trwające badanie w schemacie RCT, obiecujące, mogące wpłynąć na zmianę w wytycznych.
Psychoterapia oparta na mentalizacji (Mentalization-Based Therapy, MBT)	Trwające badanie w schemacie RCT, obiecujące, mogące wpłynąć na zmianę w wytycznych.
Psychoterapia grupowa w modelu poznawczo-behawioralnym	Obszar oddziaływań: impulsywność, trudności interpersonalne, zachowania aspołeczne i przestępcze Stosowana w uzależnieniach od substancji psychoaktywnych. Dla adolescentów w wieku 17 lat i poniżej z historią zachowań przestępczych w opiece zinstytucjonalizowanej

102

zaburzenia osobowości u dzieci i młodzieży

leczenie

oddziaływanie wobec ASPD	opis
Terapia poznawczo-behawioralna (cognitive-behavioural therapy, CBT)	Obszar oddziaływań: redukcja zachowań przestępczych i aspołecznych Powinno się wprowadzać modyfikacje ukierunkowane na intensyfikację oddziaływań, np.. terapia indywidualna i grupowa, sesje przypominające, ścisły monitoring funkcjonowania
Programy treningów rodzicielskich dla rodziców dzieci poniżej 12. roku życia mających trudności w zachowaniu	Nie należy dokładać do treningów rodzicielskich dodatkowych modułów dotyczących funkcjonowania małżeńskiego czy interpersonalnego, bo nie wykazano ich skuteczności
Terapia dialektyczno-behawioralna (Dialectical Behavior Therapy, DBT)	Trwające badanie w schemacie RCT, obiecujące, mogące wpłynąć na zmianę w wytycznych.