

Zaburzenia osobowości – różne spojrzenia i próby ich integracji

Personality disorders – different outlooks and attempts at their integration

Bartosz Grabski¹, Józef Krzysztof Gierowski^{1,2}

¹ Katedra Psychiatrii UJ CM
Kierownik: prof. dr hab. n. hum. J. K. Gierowski
² Instytut Ekspertyz Sądowych w Krakowie
Kierownik: prof. dr hab. M. Kała

Summary

The paper presents different approaches to personality disorders. The authors critically discuss the contemporary categorical psychiatry (medical) classification and also present psychological approaches with the special attention put to personality trait theories and stemming from them the Five Factor Model (FFM).

Due to the coming time of the publication of a new revision of the American classification DSM-5 the detailed description of the proposals for the new system has been presented. The authors included the most updated version which has just recently been published on the DSM-5 APA web site on 1st June 2011.

The proposed changes go forward to the voices of critique of present solutions, and create a hybrid system which will incorporate some elements of the dimensional approach to personality disorders.

Słowa kluczowe: zaburzenia osobowości, DSM-5

Key words: personality disorders, DSM-5

Wstęp

Zaburzenia osobowości różnią się od innych stanów patologicznych swoją złożonością. Niektórzy nawet uważają je za niemożliwe do sklasyfikowania, podkreślając, że idiograficzna intuicja jest istotnym elementem oceny klinicznej [1]. Z drugiej strony pamiętać należy, że podobne intuicje stosowane są mniej lub bardziej wprost w diagnostyce innych zaburzeń (np. schizofrenii). Nawet jeśli przyjąć nieużyteczność empiryczną takiego stanowiska w diagnostyce zaburzeń osobowości, trudno zaprzeczyć, iż rozumowanie sprowadzające osobowość człowieka do prostego zestawu cech i ich implikacji behawioralnych wydaje się mocno uproszczone i redukcjonistyczne. Allport i Odbert [za: 2] wykazali, że słownik języka angielskiego Webstera zawiera 4404 słowa opisujące cechy osobowości, które usiłujemy, jak zauważył Jablensky [2], zamknąć w mniej niż tuzinie kategorii diagnostycznych. Tyrer [1] podkreśla ponadto,

że to, co z reguły opisujemy, używając dostępnych systemów diagnostycznych i innych narzędzi oceny osobowości, to w gruncie rzeczy jedna jej warstwa – funkcja, a niekoniecznie bardziej stabilne w czasie – jej cechy i organizacja (struktura). Obserwowana zmienność i niestabilność może w gruncie rzeczy odzwierciedlać nie tyle niestabilność struktury i cech, które zachowują względną stałość, ile zmieniającą się funkcję osobowości, która bardziej odzwierciedla bieżącą interakcję jej cech i struktury ze zmiennymi środowiskowymi [1].

Wpływ na opis osobowości i jej zaburzeń we współczesnych klasyfikacjach miało wiele tradycji. Wspomnieć należy tutaj: 1) kliniczną psychiatrię, 2) teorie psychodynamiczne i 3) teorie wywodzące się z naukowej psychologii, szczególnie teoria cech.

Na szczególną uwagę zasługują prace Kurta Schneidera, wybitnego psychopatologa niemieckiego. Wiele z wydzielonych przez niego „typów psychopatycznych” stało się później źródłem inspiracji dla tworzenia współczesnych kategorii diagnostycznych. Nie sposób przy tym zauważyć, że zignorowano proroczą, z dzisiejszego punktu widzenia, uwagę Schneidera. Stwierdził on jednoznacznie (cytat za: [2], tłumaczenie własne), że: „typologia może być nadużywana” oraz podkreślał, iż: „typy psychopatyczne wyglądają jak diagnozy, ale ta analogia jest fałszywa [...] Ludzie lub osobowości nie mogą być zaetykietowane diagnozą, tak jak choroby lub psychiczne wpływy chorób”.

Diagnoza zaburzeń osobowości w praktyce klinicznej – krytyczne ujęcie

Diagnoza zaburzeń osobowości nie jest diagnozą neutralną emocjonalnie. W postzeganiu osób z tymi zaburzeniami, sposobie odnoszenia się do nich oraz nastawieniu do procesu leczenia uaktywnia się wiele niekorzystnych zjawisk. Należy wspomnieć o często niemiłych i krzywdzących stereotypach, związanych z nimi uprzedzeniach, a nawet dyskryminacji, albo często *explicite* wyrażanym pesymizmie czy wręcz nihilizmie terapeutycznym. Dotyczy to głównie tych poszukujących pomocy pacjentów, których problemy mają przewlekłą, nie odpowiadającą na leczenie (starania terapeuty, lekarza) naturę, budząc uczucia bezradności, pesymizmu i frustracji, prowadzącą do przerzucania na nich odpowiedzialności za stan rzeczy. Kolejne osoby ochoczo zaopatrywane w diagnozę zaburzeń osobowości to te, których cechy, styl funkcjonowania interpersonalnego uaktywnia silne i trudne emocje osoby pomagającej. Diagnoza ta, mówiąc w uproszczeniu, zbyt często naznacza tych, których po prostu nie lubimy lub się boimy, albo nie potrafimy im pomóc. Podobnie Tyrer [1] zauważa, że diagnoza zaburzeń osobowości używana jest często przez zespół leczący do klasyfikowania pacjentów charakteryzujących się dwiema cechami: 1) nieuprzejmością i napastliwością, i 2) dużą trudnością angażowania się. Porównując tę grupę pacjentów z innymi, także w sensie formalnym spełniającymi diagnozę zaburzeń osobowości, konkluduje następnie, że to, co różnicuje te dwie grupy, to charakter osobistej interakcji.

Na inne zagrożenia, związane z pracą kliniczną, zbyt pochopnego diagnozowania zaburzeń osobowości wskazuje także wybitny badacz zaburzeń nastroju Hagopp Akiskal [3], który zauważa, iż zaopatrzenie pacjenta nie odpowiadającego na leczenie etykietą diagnozy zaburzeń osobowości może w gruncie rzeczy hamować wysiłki klinicysty, aby

pomóc choremu. Inaczej – według tego autora – niż miałyby to miejsce w przypadku przyjęcia, iż mamy do czynienia z opornym na leczenie, chronicznym i podprogowym stanem pokrewnym lub tożsamym z zaburzeniem z tzw. osi pierwszej.

Tyrer z kolei stwierdza wprost, iż diagnoza zaburzeń osobowości często legitymizuje wręcz pozbawianie różnych ofert terapeutycznych pacjentów trudnych, opornych na leczenie, budzących silne emocje [1]. Problem ten obserwujemy także na gruncie rodzimym, choć wydaje się on tracić na znaczeniu wraz z przybywaniem specyficznych ofert terapeutycznych dla pacjentów z zaburzeniami osobowości.

Zwraca się ponadto uwagę, iż można zidentyfikować dwie grupy klinicystów o skrajnym nastawieniu do tej klasy rozpoznań. Pierwsza to ci, którzy prawie nigdy lub w ogóle nie używają tego rozpoznania, drudzy to ci, którzy go nadużywają. Wskazuje to na niebezpiecznie mało rzetelny i silnie podatny na emocjonalną dystorsję konstrukt [1].

Osobowość i jej zaburzenia – ujęcie psychiatryczne (medyczne)

Zaburzenia osobowości we współczesnym ujęciu psychiatrycznym rozumiane są najczęściej przez pryzmat obowiązujących klasyfikacji. Klasyfikacje te poddawane są ożywionej, nie całkiem bezpodstawnej krytyce. Jednak zastosowany w nich sposób podziału, opisu i rozumienia zaburzeń psychicznych pozostaje wciąż oficjalnym językiem, którym powinien posługiwać się psychiatra. Sposób ten nawiązuje do klasycznych, taksonomicznych ujęć charakterystycznych dla modelu medycznego. W psychiatrii znany jest jako tzw. podejście neokraepelinowskie, tj. takie, które dąży do wyodrębniania oddzielnych kategorii zaburzeń, tak jakby istniały one realnie jako naturalne byty.

Oba systemy klasyfikacyjne zezwalają na diagnozę zaburzeń osobowości po spełnieniu kryteriów ogólnych, a następnie kryteriów konkretnych specyficznych zaburzeń. DSM-IV-TR pozwala ponadto na ich quasi-wymiarowe ujęcie, poprzez zastosowanie nadrzędnych, grupujących zaburzenia, skupień (klasterów), z przypisaną im charakterystyką, odnoszącą się do pewnych ukrytych wymiarów, i intuicją etiopatogenetyczną [4, 5].

Wadami dotychczasowych rozwiązań, tj. typologii kategoryjnej, są: 1) ograniczona rzetelność, a zwłaszcza trafność diagnostyczna niektórych kategorii; 2) arbitralnie ustawione progi diagnostyczne z wynikającą z nich dychotomizacją kryteriów diagnostycznych na poziomie kategorii (obecne zaburzenie lub nieobecne); 3) dychotomizacja na poziomie danego kryterium (objaw obecny lub nieobecny); 4) poliftetyczność kryteriów (możliwość, iż dwie osoby spełniać będą dwa całkowicie różne zestawy kryteriów, a jednak należeć do tej samej kategorii diagnostycznej, i wynikająca stąd znaczna heterogenność w obrębie grupy); 5) niestabilność diagnoz (zaburzenia osobowości to najmniej stabilny typ diagnozy w praktyce klinicznej); 6) absurdalnie wysokie wskaźniki współwystępowania zaburzeń (większość pacjentów spełnia kryteria więcej niż jednego zaburzenia); 7) wyniki badań nad osobowością i jej zaburzeniami z użyciem modeli kategoryjnych pozostają w sprzeczności z wynikami badań z użyciem modeli wymiarowych; 8) brak oceny kryteriów pod kątem ważności

dla procesu diagnozy; 9) brak zapewnienia możliwości oceny i opisu niepatologicznych wariantów osobowości; 10) nakładanie się i interferencja zespołów z tzw. osi I i zaburzeń osobowości kodowanych na osi II; 11) nieuwzględnienie mocnych stron osobowości, tj. zasobów (radzenia sobie, umiejętności rozwiązywania problemów); 12) ograniczona użyteczność kliniczna (planowanie leczenia, formułowanie prognozy, możliwość zapamiętania poszczególnych kryteriów przez klinicystów i ich ścisłego przestrzegania); 13) brak wystarczającej empirycznej bazy dla wyszczególnionych kategorii; 14) brak możliwości stworzenia pełnego, możliwie wyczerpującego, opisu osobowości, jeśli sytuacja kliniczna tego wymaga [2, 6].

Niezadowolenie z obecnych diagnoz powoduje, że najczęściej używaną w praktyce kategorią stały się zaburzenia osobowości bliżej nieokreślone (PDNOS – personality disorder non otherwise specified), oddające heterogenną, wieloaspektową naturę osobowości człowieka i jej dysfunkcji [za: 1]. Istniejące ujęcia nie pozbawione są też pewnych zalet. Należy stwierdzić, że ich wprowadzenie w postaci tzw. osi pierwszej w ramach klasyfikacji DSM-III pozwoliło, przynajmniej częściowo, zwiększyć rangę zaburzeń osobowości w psychiatrii klinicznej jako istotnych elementów obrazu klinicznego mającego wpływ na symptomatologię, przebieg, wyniki leczenia zaburzeń psychicznych i planowanie terapii [1].

Osobowość i jej zaburzenia – ujęcie psychologiczne

Osobowość w ujęciu psychologicznym to teoretyczna konstrukcja pojęciowa, opisująca ogólne właściwości jednostki – jej zachowania, postawy, zainteresowania, a także specyficzne i indywidualne cechy określające sposób jej reagowania [7]. Diagnoza osobowości jest nie tylko opisem, lecz służy również do wyjaśniania spójnego wzorca uczuć, myślenia i zachowania, a także do predykcji (a więc do formułowania sądów prognostycznych), tj. przewidywania prawdopodobnych reakcji osoby w różnych sytuacjach [8]. Osobowość jest rozumiana jako centralny system, integrujący i regulujący procesy zarówno przystosowywania się do świata zewnętrznego, jak i intrapsychiczne, przebiegające niejako wewnątrz jednostki. Można ją rozpatrywać jako system sposobów funkcjonowania w relacji „ja–świat” lub jako strukturę powiązań między różnymi funkcjami psychicznymi (potrzebami, motywami, normami i wartościami). Uwarunkowana zarówno cechami konstytucjonalnymi, jak i doświadczeniami jednostki jest przy tym względnie niezależna od tego, co aktualnie dzieje się w otoczeniu. Kiedy mówimy o tym, jaką ktoś ma osobowość, najczęściej posługujemy się teoriami cech osobowości. Opisują one osobowość za pomocą cech. Jest to oszczędna forma opisu tego, w jaki sposób ludzie różnią się od siebie albo są do siebie podobni. Podstawę teoretyczną takiego ujęcia osobowości stanowi fakt względnej stałości niektórych elementów zachowania się człowieka w podobnych sytuacjach. Znaczenie ma także regularność i podobieństwo zachowań różnych ludzi, co pozwala wnosić o wspólności ich cech i opisywać za pomocą tych samych pojęć [8]. Są to cechy ukształtowane głównie w wyniku oddziaływań środowiska w toku rozwoju jednostki i w tym sensie różnią się od charakterystyk temperamentu, zdeterminowanego raczej genetycznie. Model, wywodzący się z psychologii osobowości i psychologii klinicznej, akcentuje

dysfunkcje mechanizmów przystosowania i mechanizmów regulacji psychicznej człowieka. Ustala się w nim przyczyny i patomechanizm powstawania różnych zespołów klinicznych oraz kryteria ich diagnozy.

Jak dotąd, wszystkie koncepcje i badania zaburzeń osobowości rozwijają się w czterech głównych kierunkach, opierających się na odrębnych założeniach teoretycznych [7, 8, 9]. Są to: konstytucjonalne teorie typologiczne, teorie psychodynamiczne, teorie systemowe oraz teorie cech. Pierwsze z nich mają dziś jedynie historyczny charakter, teorie psychodynamiczne natomiast są ściśle powiązane z konkretnymi szkołami psychoterapeutycznymi, nie bardzo nadając się do analiz i rozważań klasyfikacyjnych. Wspomniane kierunki badań nad zagadnieniami patologii osobowości w różnym zakresie odnoszą się do podstawowych obszarów wiedzy klinicznej. Zmierzają też do doskonalenia procedur diagnostycznych, w nieco mniejszym zakresie służą wyjaśnianiu genezy i patomechanizmów powstawania zaburzeń, w najmniejszym natomiast zakresie zajmują się programami leczenia i oceną ich efektywności [10].

Teorie systemowe, propagowane i rozwijane w Polsce przez Andrzeja Jakubika, to względnie nowe ujęcie teoretyczno-metodologiczne, które wywodzi się głównie z ogólnej teorii systemów. W odniesieniu do patologii osobowości znajduje się jednak jeszcze na wstępnym etapie opracowań i empirycznych weryfikacji. Można opisać je jako „zakładające konieczność międzydyscyplinarnej integracji wiedzy o człowieku, która stworzyłaby możliwość powiązania różnych danych empirycznych i teoretycznych w ramy jednej, szerokiej teorii o wysokim poziomie ogólności” [9, s. 113]. Podstawą teorii systemowych jest fundamentalne pojęcie systemu (układu), którego to definicja nie jest do dzisiaj jednoznaczna i przyjęta przez wszystkich psychologów. Wydaje się jednak, że definicja Jakubika [11, s. 149] jest jedną z prostszych i bardziej przystępnych: „system to zbiór elementów i zachodzących między nimi – wzajemnych dynamicznych relacji i sprzężeń, tworzących zdolną do funkcjonowania całość”. Ważną zasadą jest to, iż cechy systemu nie dają się sprowadzić do sumy cech jego podsystemów. Podejście systemowe konsoliduje w jedną całość przypuszczalne znaczenie czynników biologicznych, psychologicznych czy społeczno-kulturowych mających rolę w wyjaśnieniu genezy powstawania zaburzeń osobowości. Uwzględnia jednocześnie dynamiczne mechanizmy funkcjonowania osobowości oraz uznaje, że podstawowym regulatorem zachowania się człowieka jest swoista motywacja wzbudzana w strukturach systemu, głównie na poziomie struktur informacyjnych (poznawczych). Jak podaje Reykowski i Kochańska [12, s. 6], „osobowość jest systemem działającym jako całość, który, uwzględniając zmieniające się warunki, steruje zachowaniem się”. Wychodząc z takich założeń, Jakubik [9] przyjął, iż zaburzenie osobowości to względnie trwałe zahamowanie rozwoju osobowości jako systemu. Używając określenia „względnie trwałe” chciał podkreślić możliwość rozwoju osobowości w przypadku zaistnienia sprzyjających temu okoliczności (np. jako pozytywny skutek terapii psychologicznej, modyfikacji zachowań pod wpływem otoczenia czy chociażby zmiany warunków środowiskowych). Zahamowanie rozwoju osobowości charakteryzuje się głównie spowolnieniem rozwoju struktur systemu – w szczególności dotyczy to struktur poznawczych – pociągając za sobą nieprawidłowości w jego funkcjonowaniu jako całości. Z tego powodu, jak podaje Jakubik, analiza zaburzeń osobowości po-

winna być prowadzona na dwóch poziomach systemu: strukturalnym (wewnętrznym) i funkcjonalnym (zewnętrznym). Warto również wspomnieć, że zgodnie z postulatami ogólnej teorii systemów zaburzenia osobowości rozpatrywane są jako jednolita, całościowa kategoria diagnostyczna. Nie ma w niej wyszczególnionych odrębnych postaci klinicznych, co pozwala uniknąć zbędnych polemik i nieporozumień w tym temacie. Koncepcja Andrzeja Jakubika, chociaż powstała z krytycznej oceny wiedzy i doświadczeń klinicznych dotyczących szerokiej problematyki zaburzeń osobowości, ma przede wszystkim charakter teoretyczny. Wymaga więc praktycznej weryfikacji w codziennej pracy klinicznej, co oznacza konieczność dalszej konceptualizacji konstruktów zaburzeń osobowości, a zwłaszcza operacjonalizacji użytych teoretycznych pojęć czy wymiarów.

Ostatnią omawianą grupą teorii są teorie cech, inaczej nazywane teoriami deskryptywnymi. Warto zauważyć, że teorie te stanowią dziś zasadniczy kierunek badań nad zaburzeniami osobowości w psychiatrii klinicznej. Spośród innych wyróżniają się tym, iż klasyfikują ludzi z perspektywy ich stałych właściwości psychofizycznych, czyli cech. Cecha, jak podaje Jakubik [11, s. 149], „to hipotetyczny komponent osobowości, definiowany przez przypisywanie ogólnej nazwy dla zbioru współwystępujących zachowań”. Za podstawę takiego opisowego ujęcia osobowości uznano fakt względnej stałości pewnych elementów zachowania się człowieka w podobnych sytuacjach, a także podobieństwo i regularność zachowań różnych ludzi, pozwalające wnioskować o wspólności ich cech i opisywać je za pomocą tych samych pojęć. Określona konfiguracja cech stanowi zatem strukturę osobowości, sama cecha zaś jest determinantą i skrótowym opisem zachowań człowieka. W myśl założeń teorii cech, zaburzenie osobowości definiowane jest jako względnie trwale zahamowanie rozwoju, cechujące się głównie zakłóceniem prawidłowego funkcjonowania mechanizmów integracyjno-regulacyjnych. Najczęściej dzieli się je na dwie kategorie: zaburzenia struktury osobowości (tzw. osobowość nieprawidłowa) oraz na zaburzenia cech osobowości. Jak wyjaśniają Pervin i John [8], różnice pomiędzy tymi grupami dotyczą patogenezy, obrazu klinicznego, przebiegu, stopnia trwałości i nasilenia zaburzeń, dynamiki zmian, a także skuteczności stosowanych metod leczenia.

Za reprezentatywnych przedstawicieli teorii cech uznać można Allporta, Eysencka i Cattela. Dziś dominującą koncepcją jest tzw. Wielka Piątka P. T. Costy i R. R. McCrea. Ta pięcioczynnikowa teoria cech zakłada, że osobowość składa się z pięciu wymiarów: otwartości na doświadczenie, sumienności, ekstrawersji, ugodowości i neurotyczności. Powyższy model osobowości wydaje się uniwersalny kulturowo, wykazano bowiem, iż sprawdza się on w ponad 50 kulturach Europy, Azji Afryki i obu Ameryk [13]. Stanowi więc dobry przejaw unifikacji i globalizacji również w obszarze nauk społecznych i psychologicznych.

Osobowość i jej zaburzenia – w poszukiwaniu wspólnej perspektywy psychiatryczno-psychologicznej

Poszukiwanie wspólnej perspektywy psychiatryczno-psychologicznej w diagnozowaniu i opisie zaburzeń osobowości przebiega na dwóch podstawowych poziomach

czy też w dwóch uzupełniających się kierunkach. Pierwszy z nich związany jest z tym obszarem postępowania diagnostycznego, który – akceptując aktualny stan psychopatologii, jej symptomatologii i nozologii – usiłuje dać możliwie precyzyjny opis struktury i funkcjonalnych właściwości osobowości pacjenta, charakterystyczny czy też typowy dla różnych rodzajów zaburzeń psychicznych. W takim właśnie celu stworzono wiele dekad temu test MMPI. Wielowymiarowy Minnesocki Inwentarz Osobowości nie ocenia, tak jak NEO-PI Wielkiej Piątki, konkretnych wymiarów osobowości, lecz skale kliniczne (10 skal) odpowiadające najważniejszym grupom zaburzeń psychicznych. Uzyskujemy więc opis funkcjonowania osobowości typowy i specyficzny dla określonego typu zaburzenia psychicznego (np. schizofrenii, depresji czy psychopatii). Kolejny kierunek czy poziom poszukiwania wspólnej psychiatryczno-psychologicznej perspektywy w opisie zaburzeń osobowości ma zdecydowanie bardziej eksploracyjny i diagnostyczny charakter. Polega on na poszukiwaniu zależności pomiędzy teoretycznym konstruktem osobowości a ujmowanymi w klasyfikacjach psychiatrycznych typami zaburzeń pod postacią konkretnych zespołów psychopatologicznych. Mówiąc dokładniej chodzi o pytanie, w jakim stopniu procedury wyodrębniania zaburzeń psychicznych powinny uwzględniać koncepcje prototypów, wielowymiarowych dymensji bądź kategorii typów osobowości normalnej czy zaburzonej, a także o to, czy pomiędzy cechami osobowości normalnej i patologicznej istnieje pewna ciągłość, w końcu również o to, jaki jest charakter podstawowych procesów i właściwości struktury osobowości normalnej i zaburzonej [10]. Najogólniej biorąc – chodzi o problem dotyczący relacji medycznych i psychologicznych modeli zaburzeń osobowości. Dobrym przykładem tego kierunku poszukiwań są badania nad związkami wymiarów Wielkiej Piątki z zaburzeniami osobowości.

Model Wielkiej Piątki, przedstawiony przez Costę i McCrea, spełnia formalne założenia dotyczące statusu teorii cech osobowości. Wymiary te cechuje nie tylko uniwersalność i ogólność, ale przede wszystkim niezmienność oraz realność istnienia – są one uogólnieniem wielu charakterystyk osobowościowych i odgrywają istotną rolę w procesie adaptacji jednostki do środowiska. Inwentarz NEO-PI-R używany do diagnozy wymiarów Wielkiej Piątki znajduje zastosowanie w wielu dziedzinach życia, w tym także w psychologicznej praktyce klinicznej [14]. Mówiąc inaczej – pomimo że nie został stworzony w celu wykrywania zaburzeń psychicznych, może z pożytkiem być stosowany również w kontekście klinicznym. Otrzymane dzięki niemu dane mogą okazać się niezwykle pomocne w postawieniu diagnozy czy też wyborze rodzaju terapii, umożliwia on bowiem szybkie uzyskanie wielu podstawowych informacji o pacjencie. Trzeba jednak zaznaczyć, że nie powinien być stosowany u pacjentów z zaawansowaną demencją, u dzieci, a także u pacjentów z wyraźnymi objawami psychotycznymi. Wyniki uzyskane w inwentarzu dostarczają bogatego obrazu osobowości pacjenta, odnoszą się do jego charakteru, poziomu aspiracji, wyznawanego systemu wartości, mówią o wewnętrznych potrzebach oraz o charakterze kontaktów osobistych. Znaczenie wyników w kontekście diagnozy zaburzeń związane jest z potwierdzonym licznymi badaniami faktem, iż wymiary osobowości mają związek z jednostkami chorobowymi diagnozowanymi w DSM-IV [15]. I tak na przykład Piedmont [14] podaje, że u osoby z wysokim wynikiem ekstrawersji wykluczyć należy diagnozę osobowości schizoidal-

nej; wysoki wynik w składniku N4 (nadmierny samokrytycyzm) mógłby sugerować występowanie fobii społecznej, a niski wynik w S3 (obowiązkowość) – diagnozę osobowości antyspołecznej. Zawadzki i współpracownicy [16] z kolei twierdzą, że osobowość narcystyczna związana jest z niską ugodowością i wysokim neurotyzmem, antyspołeczne zaburzenie osobowości z podwyższonym neurotyzmem oraz niską sumiennością i ugodowością, osobowość obsesyjno-kompulsyjna zaś z podwyższonym neurotyzmem i obniżoną otwartością na nowe doświadczenia i ugodowością.

Według Widigera i Costy [17] DSM-IV zaopatruje nas w kryteria rozpoznawania zaburzeń osobowości, nie dostarczając jednak jakiegokolwiek niezawodnego czy ważnego narzędzia do oceniania jednostek bądź ich cech charakteru. Faktem jest, że istnieje kilka rzetelnych metod oceniających wymiary modelu Wielkiej Piątki, które, jeśli miałyby być konsekwentnie używane w badaniach na temat zaburzeń osobowości, mogłyby przyczynić się do postępów w tej dziedzinie. Wiggins i Pincus [18] byli pierwszymi, którzy opublikowali naukowe badanie dotyczące empirycznego pokrewieństwa wymiarów Wielkiej Piątki z symptomami zaburzeń osobowości. Przedstawione początkowo badania wskazywały na istnienie korelacji między wymiarami modelu Wielkiej Piątki a zaburzeniami osobowości z DSM tylko na poziomie głównych wymiarów. Analiza tych pięciu głównych domen modelu dostarcza poważnej ilości informacji, lecz pełniejsze zrozumienie zaburzeń osobowości wymaga pracy na głębszym poziomie. Za najważniejsze i najobszerniejsze badania w tym temacie uznaje się pracę Widigera i Costy [17], którzy podjęli się przełożenia konstruktów zaburzeń osobowości ujętych w czwartej edycji DSM na bardziej szczegółowy język, użyty w pięcioczynnikowym modelu osobowości. W związku z uzyskiwanymi wynikami, badacze doszli do wniosku, iż korzystanie z głównych wymiarów oraz podskal Wielkiej Piątki w interpretowaniu zaburzeń osobowości nie tylko pozwala na zrozumienie ich współwystępowania (włączając w to występowanie tych samych głównych wymiarów Wielkiej Piątki), lecz także daje możliwość bardziej adekwatnego ich różnicowania, odnosząc się do głębszych poziomów wymiarów głównych. Przedstawione badania stwarzają także podstawy do rozumienia zaburzeń osobowości wyszczególnionych w klasyfikacji DSM jako dezadaptacyjnych związków tak głównych wymiarów pięcioczynnikowego modelu osobowości, jak i ich poszczególnych podskal.

Kolejnym problemem na styku medycznego i psychologiczno-klinicznego podejścia do zaburzeń osobowości jest kwestia występowania latentnych (ukrytych) kryteriów diagnostycznych, które pozwalałyby na ich wykorzystanie w ogólnym czy też podstawowym opisie wszystkich typów zaburzeń osobowości. Podejmowane próby wykorzystania, z jednej strony analizy czynnikowej, z drugiej – analizy skupień, pozwalają na wskazanie ograniczonej liczby czynników (zmiennych, cech), za pomocą których można opisać wszystkie znane typy zaburzeń osobowości. W poszczególnych typach zaburzeń występują one w stałym, typowym nasileniu, wymiarze czy układzie. Takie ukryte kryteria stanowią podstawę czy też uzasadnienie wyodrębnienia wiązek zaburzeń osobowości [10], tak jak ujmuje je DSM-IV. Procedury, o których mowa, wykorzystano szeroko w proponowanych modyfikacjach klasyfikacji DSM w przygotowywanej aktualnie piątej edycji klasyfikacji.

DSM-5. Przedstawienie propozycji konstrukcji nowego systemu

Pierwsza publikacja propozycji zmian w klasyfikowaniu i diagnozowaniu zaburzeń osobowości na stronach internetowych DSM-5 Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego ukazała się w lutym 2010 roku. Ostatnia zmodyfikowana wersja nowego ujęcia pojawiła się 21 czerwca 2011 roku (www.dsm5.org) [19].

Autorzy nowego podejścia klasyfikacyjnego i diagnostycznego, uwzględniając krytykę dotychczasowego kategoryjnego systemu, jakim jest DSM-IV-R, zaproponowali model mieszany, wymiarowo-prototypowy, zastępując go jednak w ostatniej ww. modyfikacji modelem wymiarowo-kategoryjnym. Model ten ma zostać poddany badaniom terenowym.

Proponuje się obecnie kryteria diagnostyczne sześciu specyficznych zaburzeń osobowości i zaburzeń osobowości określonych przez cechy (PDTS – personality disorders trait specified).

Istota rozpoznawania zaburzeń osobowości z obu grup zawarta jest w ogólnych kryteriach diagnostycznych zamieszczonych w tabeli 1 i sprowadza się do uwzględnienia obecności zarówno upośledzenia funkcjonowania osobowości w obszarze „ja” i „interpersonalnym”, jak i przynajmniej jednej patologicznej domeny cech (trait domain) lub aspektu przejawiania się cechy (trait facet).

Tabela 1. **Ogólne kryteria diagnostyczne zaburzeń osobowości w DSM-5**
(tłumaczenie własne; aktualizacja z 21 czerwca 2011)

| Ogólne kryteria diagnostyczne zaburzeń osobowości |
|---|
| Istotnymi cechami zaburzenia osobowości jest upośledzenie funkcjonowania (ja i interpersonalnego) oraz obecność patologicznych cech osobowości. Aby zdiagnozować zaburzenie osobowości, muszą być spełnione następujące kryteria: |
| A. Znaczące upośledzenie w obszarze ja (tożsamość lub samoukierunkowanie) i interpersonalnym (empatia lub intymność) |
| B. Jedna lub więcej z patologicznych domen cech lub aspektów przejawiania się cechy |
| C. Upośledzenie funkcjonowania osobowości i ekspresja cech jednostki są względnie stabilne w czasie i powtarzalne w różnych sytuacjach |
| D. Upośledzenie funkcjonowania osobowości i ekspresja cech jednostki nie dają się lepiej zrozumieć jako normatywne dla jej etapu rozwojowego lub socjokulturowego środowiska |
| E. Upośledzenie funkcjonowania osobowości i ekspresja cech jednostki nie wynikają wyłącznie z bezpośredniego działania substancji (np. narkotyku, lekarstwa) lub ogólnego stanu medycznego (np. poważnego urazu głowy) |

Specyficzne zaburzenia osobowości (antysocjalne, unikające, z pogranicza, narcystyczne, obsesyjno-kompulsyjne i schizotypowe) zdefiniowane zostają poprzez typowe dla nich upośledzenie w zakresie funkcjonowania osobowości i obecność typowych cech patologicznych (tabela 2).

Tabela 2. **Unikające zaburzenia osobowości (kryterium A i B) (tłumaczenie własne; aktualizacja z 21 czerwca 2011)**

| | |
|----|--|
| A. | <p>Znaczące upośledzenie funkcjonowania osobowości manifestujące się:</p> <p>1 – upośledzeniem w obszarze funkcjonowania ja:</p> <p>Tożsamość: niska samoocena powiązana z oceną siebie jako osoby społecznie niekompetentnej, nieciekawej, gorszej; nadmierne uczucia wstydu lub nieadekwatności</p> <p>Samoukierunkowanie: nierealistyczne standardy dla zachowania powiązane z niechęcią do podążania za celami, podejmowania osobistego ryzyka lub angażowania się w nowe aktywności, które wymagają nawiązania kontaktu interpersonalnego</p> <p>2 – upośledzeniem w obszarze funkcjonowania interpersonalnego:</p> <p>Empatia: zaabsorbowanie i wrażliwość na krytycyzm lub odrzucenie powiązane ze zmniejszonym wnioskowaniem na temat negatywnej oceny siebie przez innych</p> <p>Intymność: niechęć do angażowania się w relacje z ludźmi póki nie jest się pewnym bycia lubianym; zmniejszona wzajemność w relacjach intymnych z powodu lęku przed zawstydzeniem lub wyśmianiem</p> |
| B. | <p>Patologiczne cechy osobowości w następujących domenach:</p> <p>Oderwanie, charakteryzujące się:</p> <p>a – Wycofaniem: małomówność w sytuacjach społecznych; unikanie kontaktów społecznych i aktywności; brak inicjacji kontaktów społecznych</p> <p>b – Unikaniem intymności: unikanie bliskich lub romantycznych związków, przywiązania i intymnych związków seksualnych</p> <p>Anhedonia: brak zadowolenia z, zaangażowania w, lub energii dla doświadczeń życiowych; deficyty odczuwania przyjemności z lub zainteresowania się różnymi sprawami</p> <p>Negatywna uczuciowość, charakteryzująca się:</p> <p>a. Lękliwością: intensywne uczucia nerwowości, napięcia lub paniki, często w reakcji na sytuacje społeczne; zamartwianie się wpływem nieprzyjemnych przeszłych doświadczeń lub przyszłych negatywnych możliwości; bojaźliwość, zagrożony lub przerażony przez niepewność; lęki przed zakłopotaniem</p> |

Z kolei PDTS stanowiąc będą mocno heterogenną grupę, w której dysfunkcji w zakresie „ja” i „interpersonalnym”, szacowanym za pomocą Skali Poziomów Funkcjonowania Osobowości (Levels of Personality Functioning Scale) (tabela 3), towarzyszyć będzie przynajmniej jedna z patologicznych domen cech lub jeden z aspektów przejawiania się cechy (tabela 4). Opisowo i wymiarowo zdefiniowana kategoria PDTS zastąpi powszechnie używaną rezidualną, silnie heterogenną i słabo zdefiniowaną kategorię zaburzeń osobowości bliżej nieokreślonej (PDNOS) systemu DSM-IV-TR.

Wymiarowa komponenta systemu wyrażona ma być możliwością opisu każdej osoby (także niezaburzonej) zarówno przez nadrzędne domeny (grupy) cech i różne aspekty ich przejawiania się, jak i poprzez uwzględnienie różnych poziomów nasilenia danej cechy (tabela 4). Wymiarową komponentą proponowanego systemu będzie

również ocena poziomu dysfunkcji osobowości odnoszona do różnych wymiarów jej funkcjonowania (tabela 3).

Tabela 3. Ocena osobowości w DSM-5 (tłumaczenie własne; aktualizacja z 21 czerwca 2011)

| Skala Poziomów Funkcjonowania Osobowości (Levels of Personality Functioning Scale) |
|--|
| Charakteryzowane oddzielnie dla dwóch obszarów |
| Ja (Self) |
| Tożsamość (Identity): doświadczanie siebie jako osoby niepowtarzalnej, z jasnymi granicami pomiędzy sobą a innymi; stabilność i adekwatność samooceny i poczucia własnej wartości; zdolność doświadczania różnych emocji i ich regulacji |
| Samoukierunkowanie (Self-direction): dążenie do spójnych i znaczących celów krótkoterminowych i życiowych; stosowanie konstruktywnych i prospołecznych standardów zachowania; umiejętność produktywnej autorefleksji |
| Interpersonalny (Interpersonal) |
| Empatia (Empathy): rozumienie i ceniienie doświadczeń i motywacji innych; tolerancja różnych perspektyw; rozumienie wpływu własnego zachowania na innych |
| Intymność (Intimacy): głębia i trwałość związków z innymi; pożądanie i umiejętność bycia blisko z innymi; wzajemny szacunek mający wyraz w zachowaniu interpersonalnym |
| Poniższe poziomy funkcjonowania zostały oddzielnie opisane dla poszczególnych aspektów funkcjonowania „ja” i funkcjonowania „interpersonalnego”. |
| 0 = brak upośledzenia |
| 1 = łagodne upośledzenie |
| 2 = umiarkowane upośledzenie |
| 3 = poważne upośledzenie |
| 4 = skrajne upośledzenie |

Opis osobowości mógłby uwzględniać jedynie nadrzędne domeny cech (tzw. ogólny opis osobowości – personality overview) lub zawierać ocenę wszystkich możliwych aspektów cech (tzw. pełny profil osobowości – comprehensive personality profile). System zakłada także trzecią możliwość opisu, tj. uwzględniania w nim tylko takich aspektów przejawiania się danych cech, które w „umiarkowany” lub „skrajny” sposób adekwatnie opisują daną osobę. O wyborze jednego ze sposobów opisu decydować mają okoliczności (dostępny czas) lub względy merytoryczne (cel diagnozy i opisu, poziom konceptualizacji przypadku). Tabela 4 – *na następnej stronie*.

Na stronach internetowych DSM-5 umieszczono także tabelę zawierającą sposób translacji klasycznych diagnoz w ujęciu DSM-IV-TR na proponowany nowy system. Tabela 5 – *na stronie 841* zawiera przykład takiego przekładu dla osobowości skupienia B.

Tabela 4. **Formularz oceny cech osobowości dla DSM-5**
(tłumaczenie własne; aktualizacja z 21 czerwca 2011)

| |
|--|
| <p>Ogólny opis osobowości (Personality overview)</p> <p>Domeny cech osobowości (Trait domains) i aspekty przejawiania się cechy (Trait facets)</p> <p>Negatywna uczuciowość (Negative affectivity; NA)</p> <p>= częste i intensywne doświadczanie negatywnych emocji</p> <p>Aspekty przejawiania się: labilność emocjonalna, lękliwość, submisyjność, niepewność separacyjna, perseweratywność, depresyjność, podejrzliwość, ograniczenie emocjonalne</p> <p>Oderwanie (Detachment; DT)</p> <p>= odsunięcie się od innych i wycofanie się z interakcji społecznych</p> <p>Aspekty przejawiania się: ograniczony afekt, depresyjność, podejrzliwość, wycofanie, anhedonia, unikanie intymności</p> <p>Antagonizm (Antagonism; A)</p> <p>= angażowanie się w zachowania, które są źródłem trudności w relacjach z innymi</p> <p>Aspekty przejawiania się: manipulacyjność, kłamliwość, wielkościowość, potrzeba uwagi, nieczułość, wrogość</p> <p>Rozhamowanie (Disinhibition; DS)</p> <p>= angażowanie się w zachowania kierowane impulsem, bez uwzględnienia przyszłych konsekwencji</p> <p><i>UWAGA: Kompulsywność (Compulsivity; C) jest przeciwieństwem rozhamowania i, jeśli obecna, powinna być zapisana na poziomie aspektów przejawiania się cechy jako sztywny perfekcjonizm, bez towarzyszących innych aspektów związanych z rozhamowaniem.</i></p> <p>Aspekty przejawiania się: nieodpowiedzialność, impulsywność, rozpraszalność, podejmowanie ryzyka, sztywny perfekcjonizm</p> <p>Psychotyczność (Psychoticism; P)</p> <p>= niezwykle i dziwaczne doświadczenia</p> <p>Aspekty przejawiania się: niezwykle przekonania i doświadczenia, ekscentryczność, dysregulacja poznawcza i percepcyjna</p> |
| <p>Pełny profil osobowości (Comprehensive personality profile) – przykład</p> <p>Negatywna uczuciowość:</p> <p>Labilność emocjonalna = niestabilne doświadczenia emocjonalne i częste zmiany nastroju; emocje są łatwo wzbudzone, intensywne i/lub nieproporcjonalne do wydarzeń i okoliczności</p> |
| <p>Ocena dopasowania opisu poszczególnych domen cech</p> <p>0 = bardzo słabo lub w ogóle nie opisuje</p> <p>1 = słabo opisuje</p> <p>2 = umiarkowanie opisuje</p> <p>3 = skrajnie dobrze opisuje</p> |

Tabela 5. Przełożenie diagnoz z DSM-IV-TR na DSM-5 (przykład dla zaburzeń osobowości skupienia B) (tłumaczenie własne; aktualizacja z 21 czerwca 2011)

| Zaburzenie osobowości (DSM-IV-TR) | Typ zaburzeń osobowości (DSM-5) | Znaczące cechy osobowości (Domeny cech) |
|-----------------------------------|---|---|
| Antyspołeczne | Antyspołeczne | Manipulacyjność (A) Kłamliwość (A) Nieczułość (A) Wrogość (A) Nieodpowiedzialność (DS) Impulsywność (DS) Podejmowanie ryzyka (DS) |
| Borderline | Borderline | Labilność emocjonalna (NA) Łęklliwość (NA) Niepewność separacyjna (NA) Depresyjność (NA) Impulsywność (DS) Podejmowanie ryzyka (DS) Wrogość (A) |
| Histrioniczne | Zaburzenie osobowości określone przez cechy (PDTS = personality disorder trait specified) | Labilność emocjonalna (NA) Manipulacyjność (A) Szukanie uwagi (A) |
| Narcystyczne | Narcystyczne | Wielkościowość (A) Szukanie uwagi (A) |

Podsumowanie

Na koniec warto podkreślić, iż nie udało się jak dotąd zidentyfikować w sposób jednoznaczny i spójny żadnego biologicznego markera, który skorelowany byłby z diagnozą któregośkolwiek zaburzenia osobowości definiowanego według kryteriów DSM-IV. Podjęto również próby poszukiwań neurobiologicznych mechanizmów, które korelowałyby z wymiarowymi ujęciami osobowości i jej zaburzeniami; jakkolwiek otrzymane wyniki są zachęcające, to wciąż pozostają niespójne. Próby takie podjęte zostały przede wszystkim dla wymiarowych ujęć osobowości (temperamentu) zaproponowanych przez Cloningera, wskazującego na przykład na istnienie silnej asocjacji pomiędzy wariantem promotora transportera serotoniny a neurotyzmem. Sugeruje się jednak, że próby budowania modeli dymensjonalnych tylko na podstawie hipotetycznych mechanizmów neurobiologicznych mogą być za wczesne. Wydaje się, że wciąż wiemy raczej więcej o neurobiologii podstawowych emocji i zachowań niż o bardziej obszernych wymiarach osobowości. Trudno też wskazać taką funkcję mózgu, która ograniczona byłaby tylko do jednej lokalizacji lub do jednego neurotransmitera. Zjawi-

ska wzajemnej modulacji i interakcji pomiędzy neurotransmiterami są raczej regułą niż wyjątkiem. Dodatkowo efekty ich działania nie są liniowe, co związane jest zarówno z dużą heterogennością samych receptorów dla danego neuroprzekaźnika, jaki i ze zróżnicowaną ich funkcją w różnych obszarach mózgu. Wydaje się więc nieprawdopodobne, że wykażemy kiedykolwiek istnienie prostego powiązania między jednym konkretnym neuroprzekaźnikiem a jakąś cechą behawioralną [20].

Расстройства личности - различные взгляды и попытка их интеграции

Содержание

В статье представлены различные взгляды на расстройства личности. Авторы критически оценивают современные категориальные подходы к психиатрическим (медицинским) классификациям, а также анализируют психологические подходы к данной проблематике, уделяя особое внимание теории личностных качеств и базирующей на ней модели т.н. «Большой Пятерки».

В связи с предстоящим изданием новой версии американской классификации DSM-5 представлены также детальные предложения изменений в новой системе, иллюстрируя излагаемую информацию обширным табличным материалом. Авторы используют при этом самую последнюю версию планируемого издания, опубликованную 21 июня 2011 года.

Предлагаемые изменения учитывают критические замечания к существующим до сих пор решениям, создавая своеобразную гибридную систему, которая будет включать элементыdimensionального подхода к описанию расстройств личности.

Persönlichkeitsstörungen – unterschiedliche Gesichtspunkte und Versuche ihrer Integration

Zusammenfassung

Die Arbeit ist ein Versuch, unterschiedliche Stellungen zu Persönlichkeitsstörungen zu schildern. Die Autoren nehmen kritische Stellung zu den zeitgenössischen, kategoriellen Auffassungen in den psychiatrischen (medizinischen) Klassifikationen, sie schildern auch psychologische Auffassungen dieser Problematik mit besonderer Berücksichtigung der Theorie der Persönlichkeitseigenschaften und des daraus hervorgehenden sogenannten „Fünf-Faktoren – Modells“ – Big Five.

Im Hinblick auf die nahe Zeit der Veröffentlichung der neuen Version der amerikanischen Klassifikation DSM-5 wurden auch ausführlich illustriert die Vorschläge für Veränderungen im neuen System dargestellt. Die Autoren berücksichtigten dabei die neueste Modifizierung der geplanten Revision vom 21. Juni 2011.

Die Veränderungen kommen den kritischen Stimmen entgegen, die die bisherigen Lösungen betreffen, und bilden dabei ein Hybridsystem, das die Bestandteile der dimensional Auffassung zur Beschreibung der Persönlichkeitsstörungen verbindet.

Les troubles de la personnalité – diversés approches et essai de les intégrer

Résumé

Ce travail présente plusieurs approches des troubles de la personnalité. Les auteurs discutent les catégories contemporaines des classifications psychiatriques (médicales) ainsi qu'ils présentent ces approches psychologiques y compris surtout la conception des Big Five.

Vu que la publication de la nouvelle version américaine de DSM-5 s'approche les auteurs présentent en détaille ces nouvelles propositions en se référant à la modification présentée le 21 juin 2011.

Ces propositions de modification prennent en considération les voix critiques concernant la version actuelle et il en résulte un certain système hybridé qui y incorpore quelques éléments de l'approche dimensionnelle des troubles de la personnalité.

Piśmiennictwo

1. Tyrer P. *Personality structure as an organizing construct*. J. Personal. Disord. 2010; 24, 1: 14–24.
2. Jablensky A. *The classification of personality disorders: critical review and need for rethinking*. Psychopathol. 2002; 35: 112–116.
3. Akiskal HS. *Przedmowa*. W: Rosenbluth M, Kennedy SH, Bagby RM, red. *Depression and personality. Conceptual and clinical challenges*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2005, s. XIII–XV.
4. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, IPiN; 1998.
5. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Text Revision*. Washington DC: APA; 2000.
6. Cloninger CR. *A practical way to diagnosis personality disorder: a proposal*. J. Personal. Disord. 2000; 14: 99–108.
7. Aleksandrowicz J. *Zaburzenia nerwicowe, zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (według ICD-10) – psychopatologia, diagnostyka, leczenie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1997, s. 121–134.
8. Pervin LA, John OP. *Osobowość – teoria i badania*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002, s. 10–36.
9. Jakubik A. *Zaburzenia osobowości*. Warszawa: PZWL; 2003.
10. Cierpiałkowska L. *Zaburzenia osobowości w modelach medycznych i psychologicznych*. W: Cierpiałkowska L, red. *Psychologia zaburzeń osobowości. Wybrane zagadnienia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 2004, s. 11–32.
11. Jakubik A. *Histeria*. Warszawa: PZWL; 1979.
12. Reykowski J, Kochańska G. *Szkice z teorii osobowości*. Warszawa: WP; 1980.
13. Zimbardo PG, Johnson RL, McCann V. *Psychologia, kluczowe koncepcje*. Tom 4: *Psychologia osobowości*. Warszawa: PWN; 2010, s. 38–43.
14. Piedmont RL. *The Revised NEO Personality Inventory. Clinical and research applications*. New York: Plenum Press; 1998.
15. Siuta J. *Inwentarz Osobowości NEO-PI-R Paula T. Costy Jr i Roberta R. McCrae. Adaptacja polska*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2006.
16. Zawadzki B, Szczepaniak P, Strelau J. *Diagnoza psychometryczna pięciu wielkich czynników osobowości: Adaptacja kwestionariusza NEO-FFI Costy i McCrae do warunków polskich*. Studia Psychol. 1995; XXXIII, 1–2.
17. Widiger TA, Costa PT Jr. *Personality disorders and the Five-Factor Model of personality*. Washington: American Psychological Association; 2001.
18. Wiggins JS, Pincus HA. *Conceptions of personality disorder and dimensions of personality*. Psychol. Assessm. 1989; 1: 305–316.
19. www.dsm5.org

20. Widiger TA, Simonsen E, Krueger R, Livesley WJ, Verheul R. *Personality disorder research agenda for the DSM- V. J. Personal. Disord.* 2005; 19 (3): 315–338.

Adres: Katedra Psychiatrii UJ CM
31-511 Kraków, ul. Kopernika 21a

Otrzymano: 21.11.2011
Zrecenzowano: 21.07.2012
Otrzymano po poprawie: 6.08.2012
Przyjęto do druku: 13.08.2012
Adiustacja: L. Sz.