

Zaburzenia osobowości u osób w okresie dojrzewania

Gwen Adshead, Paul Brodrick, Jackie Preston, Mayura Deshpande

Advances in Psychiatric Treatment 2012; 18: 109-118

Trwa intensywna dyskusja dotycząca rozpoznawania zaburzeń osobowości u osób w okresie dojrzewania. Argumentuje się, że ponieważ u nastolatków osobowość wciąż się kształtuje, nie można z całą pewnością stwierdzić, że osobowość młodej osoby jest zaburzona. Niektórzy badacze i klinicyści twierdzą, że teoria cech osobowości umożliwia rozpoznanie kształtujących się zaburzeń osobowości. W artykule omówiono argumenty przytaczane przez zwolenników każdej ze stron tej dyskusji.

Zaburzenia osobowości u nastolatków są pojęciem złożonym. Z jednej strony, patologia osobowości może być trudna do odróżnienia od normalnej rozwojowej nietrwałości i niestabilności. Perspektywa rozwojowa zmusza do otwartości w postrzeganiu trajektorii patologii i równowagi między odpornością a czynnikami podatności.¹ Z drugiej strony, wydaje się, że u niewielkiej podgrupy młodych osób występuje kształtujący się obraz psychopatologiczny przypominający zaburzenia osobowości u dorosłych. W tym przypadku wczesne rozpoznanie może prowadzić do podjęcia wczesnych interwencji, co wpływa na poprawę rokowania. Wyzwaniem jest jednak właściwe rozpoznanie. Mylne rozpoznanie zaburzeń osobowości u młodej osoby może odwrócić uwagę od interwencji wpływających na poprawę warunków domowych, a także stygmatyzować młodego człowieka w sposób ostatecznie przyczyniający się do nasilenia jego problemów. W tym artykule autorzy szczegółowo przeanalizują te problemy, wykorzystując doświadczenie z pracy na stacjonarnym oddziale zabezpieczającym dla młodych pacjentów.

Trudności w rozpoznawaniu zaburzeń osobowości w okresie dojrzewania

Głównym elementem dyskusji dotyczącej rozpoznawania zaburzeń osobowości w okresie dojrzewania jest spór między uważającymi, że do początku dorosłości osobowość nie jest w pełni ukształtowana, a tymi, którzy są zdania, że pewne cechy osobowości są obecne i stabilne od wczesnego dzieciństwa.

CIĄGŁOŚĆ I CECHY

Caspi i wsp.² podsumowali teorie rozwoju osobowości i ciągłości od dzieciństwa do wieku dorosłego. Niektóre zespoły cech występujących u dorosłych, takie jak neurotyczność, ekstrawersja, sumienność, życzliwość i otwartość (tzw. wielka piątka cech osobowości³) były identyfikowane u dzieci w wieku przedszkolnym. Ich obecność u dzieci pozwala przewidzieć zachowania tych dzieci w przyszłości,⁴ co przemawiało za ciągłością pewnych cech. W innych badaniach opisywano podłużną zależność między zachowaniami u dzieci a cechami osobowości i cechami osobowości u dorosłych.^{2,5,6,7}

Najważniejszym zarzutem wobec teorii osobowości w okresie dojrzewania opartej na cechach jest to, że wydaje się redukcjonistyczna i nie tłumaczy, w jaki sposób osobowość zmienia się w czasie. Badania prospektywne dotyczące cech „wielkiej piątki” u dzieci przeważnie wykorzystują wyniki uzyskane z doniesień dotyczących dorosłych, które mogą odzwierciedlać bardziej osobowość i nastrój u dorosłych niż cechy charakteryzujące dzieci.^{8,9}

ZMIANA I ROZWÓJ

Zmiana osobowości od okresu dojrzewania do dorosłości jest bardzo często opisywana w różnych badaniach dotyczących całego życia i badaniach obserwacyjnych.¹⁰⁻¹² Dostępne są także dowody na to, że cechy osobowości i rozpoznanie mogą ulegać istotnym zmianom w dzieciństwie i wczesnej fazie okresu dojrzewania (10-15 r.ż.), natomiast w późniejszej fazie okresu młodzieńczego (16-21 r.ż.) zmiany są znacznie mniejsze, a stabilność większa.¹³

Gwen Adshead jest konsultantem, psychoterapeutą sądowym; Paul Brodrick jest głównym psychologiem klinicznym; Jackie Preston jest konsultantem, psychologiem klinicznym; i Mayura Deshpande jest konsultantem, psychiatrą sądowym w Bluebird House, Southern Health NHS Foundation Trust. Bluebird House jest oddziałem terapeutycznym dla młodzieży o pośrednim stopniu zabezpieczenia.

Adres do korespondencji: dr Gwen Adshead, Dadd Centre, Broadmoor Hospital, Crowthorne, Berkshire RG45 7EG, Wielka Brytania; e-mail: gwen.adshead@wlmht.nhs.uk
Konflikt interesów: Brak.

Ramka 1

Warstwy funkcjonowania osobowości i interwencje¹⁴

Zaburzenia mogą wystąpić na dowolnym poziomie: osoby z zaburzeniami osobowości przeważnie mają dużo negatywnych cech, ograniczone poczucie sprawstwa oraz zubożoną autonarrację, którą charakteryzuje bierność, wrogość i poczucie zagrożenia.

Warstwa 1

Osoba jest aktorem: cechy, usposobienie, temperament (ograniczone możliwości interwencji: stosuje się leki w celu złagodzenia objawów).

Warstwa 2

Osoba jest pośrednikiem: motywacje, intencjonalność, indywidualne cechy charakterystyczne (skuteczne interwencje wpływają na pojęcia, wartości, przekonania, cele, np. terapia poznawczo-behawioralna, terapia dialektyczno-behawioralna).

Warstwa 3

Osoba jest autorem: opowiedziane, odzwierciedlone ja (skuteczne interwencje wpływają na społeczne, samoodzwierciedlające ja: terapia grupowa, społeczność terapeutyczne, terapia oparta na mentalizacji, terapia poznawczo-analityczna).

Bardziej przydatne może być postrzeganie osobowości w okresie dojrzewania jako złożonej struktury różnych funkcji psychologicznych, zróżnicowanych na hierarchicznych poziomach. Możliwe, że zmiana w okresie dojrzewania zachodzi na różnych poziomach funkcjonowania osobowości, szczególnie na poziomie adaptacji charakteru lub przekonań, wartości i pojęć (ramka 1¹⁴). Narracyjny poziom osobowości oznacza poziom nadawania znaczeń i subiektywnego poczucia tożsamości, co McAdams¹⁵ określił jako „opowiedziane ja” (storied self). Taka narracja zaczyna pojawiać się pod koniec okresu dojrzewania i jest bardzo blisko związana z kształtowaniem się świadomości moralnej, odpowiedzialnej za dokonywanie etycznych wyborów w grupach społecznych.¹⁶ Kształtowanie się tej moralnej świadomości narracyjnej może być istotne w kontekście łamania zasad i konformizmu w okresie dojrzewania.

PRZYWIĄZANIE, NADUŻYWANIE I ZABURZONE KSZTAŁTOWANIE SIĘ OSOBOWOŚCI

Wyniki badań nad rozwojem wykorzystujących teorię przywiązania okazały się istotne dla zrozumienia, w jaki sposób środowisko zapewniające opiekę może powodować problemowe zachowania u wrażliwych dzieci. Te zachowania stanowią podstawę rozpoznania kształtujących się zaburzeń osobowości. Środowisko wychowawcze stwarzane przez rodziców i innych dorosłych działa jak podłoże wzrostowe, w którym rozwija się przedomózgowie dziecka, z udziałem takich procesów, jak zwiększenie liczby i gęstości rozgałęzień dendrytycznych i trzebieenie (pruning). Jeżeli środowisko jest wrogie, przerażające lub nieobecne wskutek zaniedbania, wpływa to na te procesy neuronalne.^{17,18}

Wiele dowodów przemawia za związkiem między lękowym stylem przywiązania (niezapewniającym poczucia bezpieczeń-

stwa) a różnymi postaciami patologii osobowości.¹⁹ W ramach projektu Minnesota przeprowadzono ważne badanie,¹² w którym grupę dzieci obciążonych wysokim ryzykiem obserwowano do wczesnej dorosłości. Autorzy skupili się na dzieciństwie jako okresie złożonego rozwoju, argumentując, że osiągnięcie rzeczywistej dojrzałości psychicznej wiąże się z dużym stopniem zróżnicowania i złożoności reprezentacji „ja” i „innych”. W badanej grupie lękowy styl przywiązania silnie korelował z późniejszym rozwojem zaburzeń osobowości w okresie dojrzewania. Potwierdziło to wyniki wcześniejszych badań, w których stwierdzono, że odrzucające cechy przywiązania w okresie dojrzewania wiązały się z rozwojem cech osobowości narcystycznej i aspołecznej, zaburzeń zachowania i problemów spowodowanych nadużywaniem substancji.²⁰ Natomiast u nastolatków wychowywanych w środowisku nadopiekuńczym częściej kształtowały się cechy charakterystyczne dla osobowości histrionicznej, borderline i schizotypowej.

W kształtowaniu się patologicznego obrazu osobowości znaczenie ma również doświadczenie urazu w dzieciństwie i okresie dojrzewania, szczególnie związanego z dużym poziomem lęku, wstydu lub obydwu tych emocji.²¹ Istotne dowody pochodzą z badań sondażowych nastolatków przeprowadzonych przez Johnsona i wsp.,²² którzy prospektywnie obserwowali dużą grupę dzieci w ich środowisku do czasu ukończenia przez badanych 20 r.ż. Zaletą tego badania było to, że dotyczyło początkowo dzieci z populacji ogólnej, tzn. nie tylko wybranych ze względu na dostrzegalne problemy z zachowaniem. W tej grupie jednoznacznie wykazano, że złe traktowanie dzieci, w tym zaniedbywanie, istotnie zwiększało ryzyko rozwoju zaburzeń osobowości w okresie dojrzewania.²³ Badacze nie stwierdzili zależnych od płci różnic między zakresem maltretowania ani rodzajami kształtujących się zaburzeń osobowości.

NEUROBIOLOGIA, GENY, A KSZTAŁTOWANIE SIĘ OSOBOWOŚCI

Rozpoznanie zaburzeń osobowości u dzieci i młodzieży może być skomplikowane, co wynika z przyczyn neurologicznych. W okresie dojrzewania trwa rozwój mózgu – zachodzi mielinizacja i powstawanie sieci synaptycznych,¹⁷ co oznacza, że podłoże neuronalne wielu układów psychoregulacyjnych nadal się rozwija. Układy te nie będą w pełni funkcjonalne lub całkowicie dostosowane do indywidualnych potrzeb i środowiska, co może przejawiać się w postaci niedojrzałych psychologicznych mechanizmów obronnych, takich jak zaprzeczanie czy somatyzacja.^{24,25} Na rozwój płatów czołowych nadal może wpływać charakter przywiązania w okresie dojrzewania, który może się zmieniać w miarę, jak rodzice starzeją się, a dziadkowie umierają.²⁶

Badania metodą rezonansu magnetycznego, w których porównywano mózgi nastolatków z mózgami młodych dorosłych, wykazały istotne zmiany związane z dojrzewaniem płatów czołowych, skroniowych i potylicznych.²⁷ Obszary mózgu odpowiedzialne za hamowanie reakcji, regulację emocjonalną, planowanie i organizację nadal się rozwijają, dlatego u osób w okresie

dojrzwania tak często spotykamy się z nadmierną impulsywnością. Sugerowano, że nastolatków motywuje się do uczestniczenia w nowych dorosłych doświadczeniach, jednak brakuje im wiedzy sytuacyjnej, która mogłaby pokierować procesem podejmowania decyzji, co sprawia wrażenie większej impulsywności w tej dziedzinie.²⁸ Sieci neuronalne nastolatka reagują również na ekspozycję na duże stężenia hormonów płciowych, co wtórnie wpływa na regulację nastroju. Inaczej niż u dzieci w wieku przedszkolnym (u których podobne zmagania się z nastrojem i regulacją impulsów są normą), u nastolatków w większości dojrzałe są: język, świadomość przestrzenna i funkcje czuciowe.²⁹

Wyniki badań dotyczących interakcji między genami a środowiskiem ujawniły kolejny problematyczny aspekt rozpoznawania zaburzeń osobowości u dzieci i nastolatków. Wskazują one na to, że środowisko wychowawcze wpływa na ekspresję uwarunkowanej genetycznie podatności neurofarmakologicznej. Na przykład w badaniach dotyczących chłopców znaleziono dowody na interakcję między genetyczną podatnością a niekorzystnym środowiskiem. Wrogie środowisko wychowawcze zwiększa prawdopodobieństwo zachowań społecznych u chłopców z wariantami długości allelu dla białek serotoninergeicznych w większym stopniu niż u chłopców bez tej mutacji.³⁰⁻³²

W końcu, biorąc pod uwagę rozpowszechnienie nadużywania substancji u niektórych nastolatków, ważne jest uwzględnienie tego zjawiska przy ocenie obrazu psychopatologicznego i ustalaniu rozpoznania. Osoby w okresie dojrzwania są zachęcane do używania substancji psychoaktywnych, które zmniejszają lęk, zwiększają pewność siebie i umożliwiają przyłączenie się do grupy rówieśniczej. Bezpośredni wpływ używania narkotyków i alkoholu na zachowanie i funkcjonowanie społeczne jest dobrze udokumentowany i stanowi główny obszar zainteresowania praktyki klinicznej i pracy społecznej. Skutki pełnego i długotrwałego oddziaływania substancji psychoaktywnych na kształtujące się i rozwijające sieci neuronalne, szczególnie w korze przedczołowej, nie są jednak dobrze poznane. Możliwe, że zwłaszcza etanol może działać neurotoksycznie na takie procesy, jak synaptogeneza i wzrost liczby połączeń dendrytycznych, czyniąc mózg nastolatka szczególnie wrażliwym na wyzwania środowiskowe, co w konsekwencji może zwiększać prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń psychicznych w wieku dorosłym.³³

Kształtujące się zaburzenia osobowości a ośrodki psychiatryczne dla dzieci i młodzieży

Czynniki omawiane w poprzedniej części powodują dwie podstawowe implikacje dla ośrodków psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży (child and adolescent mental health services, CAMHS). Po pierwsze, jeżeli mózg młodego człowieka się zmienia, to również wszelkie objawy psychopatologiczne prawdopodobnie będą ulegać zmianom. Terapeutyczne konceptualizacje i rozpoznania muszą być zatem elastyczne i wrażliwe na zmiany. Zaburzenia osi I i II często współwystępują za sobą.

Ramka 2

Pozytywne i negatywne cechy osobowości: wielka piątka i zła piątka

Wielka piątka

Obecna w postaci wymiarów w populacji ogólnej:

- Ekstrawersja: otwarta osobowość, umiejętność socjalizacji
- Skrupulatność: przegłądanie na wylot
- Życzliwość: bycie sympatycznym, postawa prospołeczna
- Otwartość na doświadczenia
- Neurotyzm: przeżywanie lęku i tendencja do nadmiernego wzbudzenia w stresujących sytuacjach

Zła piątka

Obecna przede wszystkim w populacji osób z rozpoznaniem zaburzeń osobowości, związana z istotnymi krzywdami; również wymiarowa:

- Unikanie kontaktu z innymi i brak zaufania
- Impulsywność i problemy z uwagą
- Postawy aspołeczne: pogarda dla relacji społecznych, szczególne potrzeby lub wrażliwość
- Sztuczność myślenia i brak ciekawości
- Dysregulacja emocjonalna: nieprzewidywalność, brak modulacji afektu przy przeżywaniu stresu

W okresie dojrzwania ta wymiana między zaburzeniami I i II osi często jest jeszcze wyraźniejsza, ponieważ każde zaburzenie zwiększa prawdopodobieństwo innego, a obydwa sugerują wrażliwość psychologicznego systemu autoregulacji.³⁴

Kolejnym problemem jest to, że nastawienia rodziców i ich przekonania dotyczące sposobu, w jaki wychowują dziecko, a także to, w jaki sposób dziecko uzyskuje opiekę, są najważniejszymi czynnikami wpływającymi na rozwój i zachowanie dziecka.³ To, co robią rodzice, nie wpływa w takim stopniu na zachowanie dziecka, jak to, co rodzice sądzą na temat dziecka, a także ich relacja z nim. Są dowody, że właściwe podejście matki do dziecka i jego potrzeb wpływa na sposób rozwijania przez dziecko języka emocjonalnego i teorii umysłu, które są elementem struktury osobowości.³⁵ Dlatego wspieranie rodziców jest ważnym aspektem pomagania młodym ludziom z kształtującym się patologicznym obrazem osobowości. Dodatkowo, rodzice dzieci z zaburzeniami zachowania lub nadaktywnością częściej sami wykazują istotne problemy osobowościowe.³⁶⁻³⁹ Najbardziej zatwardziali redukcjoniści genetyczni muszą zaakceptować to, że nawet jeżeli problemy osobowościowe są uwarunkowane przede wszystkim czynnikami genetycznymi, to zarówno geny, jak i środowisko, pochodzą od rodziców. Jeżeli na przykład dziecko jest nieczułe i pozbawione empatii, to prawdopodobnie są to cechy przynajmniej jednego z rodziców, co potencjalnie bardzo ujemnie wpływa na środowisko wychowawcze, w którym rozwija się dziecko.

Obecny sposób myślenia o zaburzeniach osobowości faworyzuje podejście wymiarowe w rozumieniu patologii. Zgodnie z nim zaburzenia osobowości są krańcem kontinuum nasilenia normalnych cech.⁴⁰ Takie cechy jak ekstrawersja, skrupulatność, życzliwość, otwartość i neurotyzm są określone

mianem wielkiej piątki, można jednak wyróżnić także zestaw cech określanych jako zła piątką (ramka 2). Ten drugi zestaw będzie składał się z następujących cech: unikanie kontaktu z innymi i brak zaufania, impulsywność i problemy z uwagą, postawy aspołeczne i pogarda dla innych, sztywność myślenia i brak ciekawości oraz dysregulacja emocjonalna skutkująca brakiem modulacji afektu i naporem negatywnych emocji w reakcji na nieprzewidywalne bodźce.³⁴

Shiner opisuje,³⁴ czym te cechy mogą objawiać się w dzieciństwie i okresie dojrzewania, uwzględniając grupy cech wyróżniane na podstawie DSM-IV (tabela). Grupa A obejmuje unikanie, sztywność i zaburzenia sprawdzania rzeczywistości (czyli to, co Shiner nazywał „czynnikami dziwności” [peculiar factor]). Grupa C również obejmuje unikanie i zinternalizowaną dysregulację emocjonalną charakteryzującą się nadmiernym lękiem. Grupa B (która, podobnie jak w ośrodkach dla dorosłych, przeważnie budzi największe zainteresowanie) łączy postawy aspołeczne i pogardę dla innych z impulsywnością i dysregulacją emocjonalną.

Największy niepokój budzą autodestrukcyjne i aspołeczne cechy zaburzeń osobowości, ponieważ mogą powodować największy dyskomfort u dorosłych z otoczenia. Są one również najczęstszymi przyczynami kierowania do CAMHS lub ośrodków psychiatrii sądowej. Dzieci i nastolatki są jednak również narażone na rozwój innych form dysfunkcji osobowości. Interwencje potrzebują także młode osoby z zaburzeniami zaliczanymi do grup A i C, ponieważ dowolne zaburzenie osi II zwiększa ryzyko rozwoju zaburzenia osi I.⁴¹ Dodatkowo każde zaburzenie osobowości w okresie dojrzewania zwiększa ryzyko użycia przemocy w zachowaniach typu acting-out, co może mieć potencjalnie tragiczne następstwa dla młodego człowieka.⁴²

Rozpowszechnienie zaburzeń osobowości u dzieci i nastolatków

Mimo sceptycznego nastawienia do tego, czy zaburzenia osobowości rzeczywiście występują u dzieci, są wyniki badań po-

twierdzające, że rozpoznanie zaburzeń osobowości u nastolatków charakteryzuje się trafnością i stabilnością w czasie.⁴³⁻⁴⁵

Zaburzenia osobowości u nastolatków przebywających w ośrodkach wydają się przypominać te same zaburzenia spotykane u dorosłych. Jak zawsze, na szacowanie rozpowszechnienia wpływają błędy doboru związane z ośrodkiem wybranym do badania oraz zasadami kwalifikowania uczestników. Na przykład w badaniu dotyczącym zaburzeń osobowości w środowiskowej próbie dzieci i nastolatków⁴⁴ wykazano ich rozpowszechnienie rzędu 31%, a najczęstszym typem zaburzeń osobowości były zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Tylko 17% badanej grupy cierpiało na poważne zaburzenia – najczęściej narcystyczne zaburzenie osobowości. Natomiast w innym badaniu⁴⁵ stwierdzono u 61% nastolatków leczonych w warunkach szpitalnych zaburzenie osobowości z grupy B, najczęściej typu borderline. Znalezione niewielu pacjentów z rozpoznaniem grupy C. W żadnym badaniu nie oceniano rozpowszechnienia osobowości aspołecznej.

Kasen i wsp.⁴⁶ ukończyli prospektywne badanie obserwacyjne dotyczące patologicznego obrazu osobowości u dzieci w wieku 9-13 lat. Badanych oceniano w trzech punktach czasowych w ciągu 10 lat. Uzyskane przez nich dane dotyczące rozpowszechnienia wskazują, że mniej więcej 15% nastolatków przed wczesną dorosłością przejawia zaburzenia osobowości grupy B. Rozpowszechnienie zaburzeń osobowości było porównywalne u obydwu płci. Na początku badania wynosiło 9,6% dla grupy A, 16,7% dla grupy B i 8,2% dla grupy C. Jednak rozpowszechnienie zaburzeń osobowości zmieniło się z czasem: na przykład na początku badania u 7,6% chłopców i 9,4% dziewcząt ustalono rozpoznanie z grupy B, a 9 lat później rozpowszechnienie tych zaburzeń wynosiło 22,4% dla chłopców i 11,9% dla dziewcząt. Rozpowszechnienie zwiększało się u obu płci, jednak znacząco bardziej u chłopców.

Większość badań dotyczących zaburzeń osobowości prowadzonych w szpitalach koncentruje się na zaburzeniach zaliczanych do grupy B, tj. osobowości borderline i aspołecznej. Autorzy dokonali przeglądu niektórych danych dotyczących objawów osobowości aspołecznej, należy jednak podkreślić, że w okresie dojrzewania mogą rozwijać się inne zaburzenia osobowości, które jednak są ignorowane, ponieważ nie zaburzają życia społecznego.

Kształtujące się cechy osobowości aspołecznej i zaburzenia towarzyszące

Zaburzenia zachowania u dzieci, osobowość aspołeczna i psychopatia są ze sobą wzajemnie powiązane, ale są odrębnymi pojęciami klinicznymi. Poważnie interesowano się zależnością między wczesnymi problemami behawioralnymi u dzieci a późniejszymi cechami aspołecznymi od czasu, kiedy wczesne badania Robins⁴⁷ wykazały, że niewielka podgrupa dzieci z zaburzeniami zachowania charakteryzowała się utrzymującymi się zachowaniami aspołecznymi w wieku dorosłym.

Tabela Grupy zaburzeń i cech osobowości (według DSM-IV)⁸⁴

Grupa	Zaburzenie osobowości	Cechy zespołu
A	Paranoidalna Schizoidalna Schizotypowa	Unikanie, sztywność, zaburzenia testowania rzeczywistości
B	Aspołeczna Borderline Histroniczna Narcystyczna	Postawy aspołeczne, impulsywność, dysregulacja emocjonalna
C	Unikająca Zależna Obsesyjno-kompulsyjna	Unikanie, nadmierny lęk

Rozpoznanie osobowości społecznej wymaga udowodnienia łamania zasad i nieodpowiedzialnych zachowań w dzieciństwie.

Frick i wsp.^{48,49} wykazali, że dzieci z poważnymi zaburzeniami behawioralnymi mogą czasami przejawiać cechy bezwzględności i bezduszności, które są odmienne od cech zawartych w behawioralnych definicjach zaburzeń zachowania. Frick sugerował,⁵⁰ że współwystępowanie nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami uwagi, rozpoczynających się w dzieciństwie zaburzeń zachowania i bezwzględności-bezduszności jest silnie skorelowane z pojęciem psychopatii. Nie ma jednak empirycznych danych przemawiających za progresją tych czynników do psychopatii spotykanej u dorosłych, którą charakteryzują deficyty emocjonalne, różnorodne zachowania kryminalne i zwiększone ryzyko poważnej przemocy.⁵¹

Farrington^{52,53} opisuje badanie prospektywne z udziałem 400 chłopców obserwowanych do wieku dorosłego. W badaniu posługiwano się Hare Psychopathy Checklist Screening Version (PCL-SV). Stwierdzono, że wysoki wynik w skali PCL-SV w wieku 48 lat był prognozowany przez czynniki środowiskowe (w większym stopniu niż osobowościowe) w okresie dzieciństwa, w wieku 8-10 lat, w tym zaniedbywanie fizyczne, słaby nadzór ze strony rodziców, rozbita rodzina, duża rodzina, rodzic odbywający karę więzienia, depresja u matki. Badania te potwierdziły znaczenie niekorzystnych czynników działających w okresie dzieciństwa jako dobrych predyktorów późniejszych cech społecznych, które są tak samo istotne, jak dowolne czynniki genetyczne.

Wykroczenia młodych kobiet często są przeoczone. Fontaine i wsp.⁵⁴ przeprowadzili metaanalizę 46 badań empirycznych oceniających rozwojową trajektorię zachowań antyspołecznych u kobiet. Stwierdzili podobną trajektorię jak w badaniach dotyczących mężczyzn w okresie dojrzewania, przy czym dołączono kolejną kategorię w postaci opóźnionego początku w okresie dojrzewania, ponieważ kobiety nie przejawiały wyraźnych zachowań społecznych aż do późnej fazy okresu dojrzewania. Uważano, że pojawienie się zachowań społecznych w tym okresie było związane ze zmniejszeniem kontroli ze strony rodziny i szkoły nad tymi młodymi kobietami, a także przyłączeniem się do przestępczych grup rówieśniczych i zmianami hormonalnymi okresu dojrzewania. Caspi i wsp.⁵⁵ sugerowali istnienie swoistych biologicznych czynników ryzyka przestępczości u kobiet (np. wczesne wystąpienie pierwszej miesiączki).

Konflikty z prawem a zaburzenia osobowości u nastolatków

Wiek, w którym najczęściej młodzi ludzie popełniają drobne przestępstwa, to 17-18 lat. Dlatego nietrudno spotkać nastoletniego chłopca, który popełnił przestępstwo. Można jednak wyróżnić podgrupę nastoletnich sprawców, którzy popełniają większość przestępstw. Można ich podzielić na:

- osoby przejawiające zachowania społeczne tylko w okresie dojrzewania (i skutecznie z nich wyrastające w późniejszym czasie);

- osoby, którzy podejmują działania społeczne również w późniejszym okresie życia.

Badania dotyczące przebiegu doświadczeń przestępczych wykazują, że tylko 5-10% nastolatków przejawiających cechy społeczne nadal podąża tą drogą w okresie dorosłości. Są oni określanymi mianem grupy o wczesnym początku zachowań przestępczych.^{56,57} Grupa ta jest odrębna pod względem klinicznym i charakteryzuje się gorszym rokowaniem w porównaniu do osób przejawiających zachowania społeczne tylko w okresie dojrzewania. Uważa się, że w tym drugim przypadku zachowania społeczne są częścią walki o zdobycie niezależności, budowanie własnego statusu i uwolnienie się od nadzoru rodziców.

Istnieją dowody wskazujące na to, że grupa o wczesnym początku zachowań przestępczych wychowuje się w bardziej niekorzystnych warunkach rodzinnych i doświadcza represyjnego stylu rodzicielskiego.⁵⁶ Uważa się, że osoby z tej grupy są narażone na bardziej niekorzystne oddziaływania środowiskowe przez dłuższy okres. W badaniu prospektywnym dotyczącym mężczyzn przejawiających w dzieciństwie agresywne zachowania społeczne, ale niewiele zachowań przestępczych w okresie dojrzewania, wykazano, że w wieku 26 lat badani przeważnie częściej charakteryzowali się izolacją społeczną, a także mieli problemy z przystosowaniem i zaburzenia nastroju oraz trudności finansowe, niż przejawiali poważne zachowania społeczne.⁵⁸

Vizard i wsp.,⁵⁹ na podstawie badań dotyczących cech charakterystycznych młodych osób, które dopuściły się napaści na tle seksualnym lub innych poważnych przestępstw, opowiedzieli się za występowaniem poważnych zaburzeń osobowości u dzieci i nastolatków. Przyjęli hipotezę, zgodnie z którą takie cechy osobowości, jak bezwzględność i bezduszność, kształtują się w następstwie wspólnego oddziaływania czynników genetycznych, okołoporodowych i wczesnych trudności rozwojowych, które wywierają coraz bardziej niekorzystny wpływ w miarę dorastania jednostki. Autorzy zwracają uwagę na wieloczynnikowe uwarunkowania rozwoju poważnych zaburzeń osobowości z uwzględnieniem wczesnych zaburzeń przywiązania, złych relacji rówieśniczych, wczesnego i poważnego wykorzystywania w dzieciństwie, które następnie objawiają się agresją i seksualizacją zachowań u dzieci. Badacze podkreślają terapeutyczne znaczenie wczesnego wykrywania tych problemów.

Ocena osobowości u dzieci i młodzieży

Ponieważ proces diagnostyczny u osób w okresie dojrzewania jest złożony, nie jest oczywiste, czy narzędzia diagnostyczne do oceny zaburzeń osobowości u dorosłych okażą się trafne i skuteczne. Nie wiadomo również, czy właściwe jest stosowanie narzędzi diagnostycznych standaryzowanych w populacjach

Ramka 3

Niektóre narzędzia diagnostyczne do oceny zaburzeń osobowości wykorzystywane u młodzieży

- Hare Psychopathy Checklist – Youth Version: wersja dla młodzieży standaryzowanego narzędzia do oceny psychopatii⁶⁶
- Millon Adolescent Clinical Inventory: opracowany do stosowania u nastolatków⁶⁴
- Minnesota Multiphasic Personality Inventory – Adolescence (MMPI-A): oparte na podstawach empirycznych narzędzie do badania psychopatologii u nastolatków⁶³
- Kwestionariusz osobowości NEO – wersja zrewidowana: ogólne narzędzie do badania cech osobowości wielkiej piątki⁶¹

klinicznych. Dostępne są różne narzędzia do oceny temperamentu i zachowania u dzieci, które poza protokołami badawczymi są jednak rzadko wykorzystywane. W większości badań dotyczących rozwijających się zaburzeń osobowości wykorzystywano narzędzia diagnostyczne oparte na analogicznych narzędziach stosowanych u dorosłych.⁶⁰ Nie ma pewności co do zasadności stosowania tych narzędzi w zwykłych ośrodkach klinicznych.

Niektóre specjalistyczne ośrodki dla młodzieży wykorzystują jednak narzędzia do oceny osobowości (ramka 3). Należą do nich: kwestionariusz osobowości NEO – wersja zrewidowana (NEO-PI-R⁶¹), który ocenia cechy „wielkiej piątki” u nastolatków^{62,63} oraz Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI⁶⁴). MACI jest narzędziem samooceny opartym na Millon Clinical Multiaxial Inventory. Pojęcia używane w skalach są oparte na kryteriach diagnostycznych DSM-IV. Dotyczą trzech różnych rodzajów zgłaszanych trudności: cech osobowości, sygnalizowanych problemów i zachowań.

Narzędzia do oceny przywiązania mogą być pomocne, ponieważ nadają znaczenie patologii osobowości i sugerują interwencje zmieniające dynamikę rodzinną. Westen i wsp.⁶⁵ opisali różne narzędzia do oceny przywiązania i zaburzeń osobowości u nastolatków.

Sądowe CAMHS i niektóre ośrodki dla nieletnich przestępców wykorzystują przeznaczone dla młodzieży narzędzia do oceny ryzyka, takie jak Hare Psychopathy Checklist – Youth Version (PCL-YV⁶⁶) i ustrukturyzowaną skalę oceny ryzyka przemocy u młodzieży (Structured Assessment of Violence Risk In Youth, SAVRY⁶⁷). Rutynowe wykorzystywanie tych narzędzi budzi zastrzeżenia etyczne, ponieważ mogą stygmatyzować, prowadząc do ograniczenia dostępu młodych ludzi do ogólnie psychiatrycznych ośrodków dla młodzieży.

Leczenie zaburzeń osobowości u nastolatków

Praca z dziećmi i młodzieżą różni się od pracy z dorosłymi, ponieważ w ośrodkach stosowane jest w większym stopniu podejście systemowe. Szczególnie istotną różnicą w porównaniu

z ośrodkami dla dorosłych jest ustawowe zaangażowanie systemu edukacyjnego oraz konieczność pracy z członkami rodzin, którzy nadal są obecni w otoczeniu społecznym młodej osoby. Jednak w terapii młodego człowieka z kształtującymi się zaburzeniami osobowości generalnie należy kierować się ogólnymi zasadami obowiązującymi w CAMHS. Szczególnie ważne jest badanie przesiewowe w kierunku zaburzeń I osi, takich jak depresja i zaburzenia psychotyczne, zwłaszcza u dzieci i młodzieży z kształtującym się zaburzeniem osobowości typu borderline, u których depresja jest częstym zaburzeniem współistniejącym.

Swoiste interwencje w zaburzeniach osobowości u nastolatków opierają się na podobnych zasadach jak u dorosłych, chociaż niewiele z nich poddano w jakiegokolwiek ocenie empirycznej. Wytyczne National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) dotyczące postępowania w zaburzeniu osobowości borderline podkreślają, że dostępne jest tylko jedno randomizowane badanie kontrolowane dotyczące interwencji u nastolatków z zaburzeniem osobowości, co może być spowodowane niechęcią klinicystów do rozpoznawania tego zaburzenia u młodzieży.⁶⁸ Podobnie nie ma wzmianki o żadnych dowodach dotyczących leczenia współistniejących zaburzeń osobowości u młodych osób cierpiących na depresję i zaburzenia odżywiania się, mimo że stwierdzono częste współwystępowanie tych zaburzeń u dorosłych. Brak dowodów komplikuje leczenie, szczególnie że okres przejściowy między dorastaniem a dorosłością może być krytycznym momentem dla interwencji.

TERAPIA DIALEKTYCZNO-BEHAWIORALNA

Terapia dialektyczno-behawioralna (dialectical behaviour therapy, DBT) została dostosowana do wielu różnych populacji klinicznych, w tym nastolatków. Programy oferujące DBT nastolatkom były adaptowane na wiele sposobów, ale jedna z wersji okazuje się lepsza od innych.

Wstępne dowody popierają stosowanie DBT w wersji przystosowanej dla nastolatków, którzy spełniają kryteria zaburzenia osobowości borderline.⁶⁹ DBT dla nastolatków (adolescent DBT, DBT-A) różni się od DBT dla dorosłych, ponieważ jest zaprojektowana do stosowania w mniejszej liczbie sesji (24 sesje w ciągu 12 tygodni w porównaniu z typowymi cotygodniowymi sesjami przez 12 miesięcy u dorosłych); uwzględnia rodziców w programie terapeutycznym; kładzie większy nacisk na rodzinę oraz koncentruje się na nauczaniu mniejszej liczby umiejętności. Podczas terapii wykorzystywany jest język odpowiedniejszy dla nastolatków.⁶⁹

W wielu z tych adaptacji powszechny jest udział członków rodziny lub opiekunów w treningu umiejętności. Nauczanie pewnych umiejętności innych członków rodziny może umożliwić im pełnienie funkcji trenerów w celu rozpowszechnienia tych umiejętności u młodej osoby w jej codziennym środowisku. Chociaż w przebiegu DBT pacjenci są zachęceni do pracy w kierunku zmiany swojego otoczenia, wiadomo, że osoby

w okresie dojrzwania nie zawsze dysponują wystarczającą autonomią, aby było to możliwe.

Rathys i Miller⁶⁹ stwierdzili, że nastolatki uczestniczące w DBT rzadziej trafiają do szpitala i częściej kończą leczenie, a także zmniejsza się u nich nasilenie myśli samobójczych i objawów zaburzenia osobowości borderline w porównaniu z pacjentami leczonymi standardowo. Obserwowano istotne zmniejszenie zaburzeń zachowania przy stosowaniu DBT na oddziale szpitalnym w porównaniu z oddziałem, w którym stosowano terapię zorientowaną psychodynamicznie i zgodne z tym zasady.⁷⁰ James i wsp.⁷¹ zaproponowali DBT środowiskowej próbie nastolatków w systemie „looked after” oferowanym przez lokalne władze. Autorzy stwierdzili istotne zmniejszenie wyników w skali samooceny objawów depresji (skala depresji Becka), skali beznadziejności (skala beznadziejności Becka) i epizodów samoookaleceń.

Wykazano również, że terapia dialektyczno-behawioralna przynosi pewne korzyści w ośrodkach rehabilitacyjnych dla dziewcząt.⁷² W badaniu stwierdzono wpływ DBT na młode osoby, a także zmiany reakcji personelu na nie. Personel, który ukończył dogłębne szkolenie DBT, rzadziej stosował represyjne interwencje.

STEPS

Innym programem mającym na celu poprawę regulacji emocjonalnej jest program STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving,⁷³ trening systemów ukierunkowany na przewidywalność emocjonalną i rozwiązywanie problemów). Program STEPPS był wykorzystywany z dobrymi efektami u nastolatków.⁷⁴ Osoby w okresie dojrzwania, które ukończyły STEPPS, relacjonowały większe poczucie kontroli nad swoimi wahaniami nastroju w porównaniu z leczeniem standardowym. Program STEPPS, podobnie jak DBT, obejmuje szkolenie nie tylko młodych osób, ale również ich rodzin, przyjaciół i lekarzy w kierunku pojmowania umiejętności w ten sam sposób. Dzięki temu sieć społeczna osób najbliższych młodemu człowiekowi może nauczyć się wzmacniać i wspierać nowo nabyte przez niego umiejętności.

LECZENIE ZABURZEŃ ZACHOWANIA

W Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii oceniano różnorodne interwencje ukierunkowane na zaburzenia zachowania.^{75,76} Takie interwencje obejmują szkolenie rodziców, poznawczy trening rozwiązywania problemów dla nastolatków, programy łączące pracę z rodzicami i dziećmi, terapię rodzinną i umieszczenie w rodzinie zastępczej. Wykazano, że wszystkie te interwencje były skuteczne w wybranych grupach pacjentów. Stwierdzono, że terapia rodzinna i umieszczenie w rodzinie zastępczej zmniejszało nasilenie problemów behawioralnych i przestępczości. Wielokrotnie wykazano skuteczność programów szkoleniowych dla rodziców, prawdopodobnie ze względu na wpływ na negatywne postawy rodziców wobec dziecka.

TERAPIA WIELOSISTEMOWA

Terapia wielosystemowa jest wykorzystywana u dzieci i nastolatków obciążonych ryzykiem zachowań aspołecznych. Oceniano ją w licznych badaniach i wykazano jej skuteczność w wybranych grupach młodych osób i ich rodzin. Jest to program terapeutyczny oparty na rodzinie i środowisku, który ma na celu poprawę komunikacji, wzmacnianie umiejętności rodzicielskich, kształtowanie prospołecznych relacji z rówieśnikami, poprawę funkcjonowania w szkole i wspieranie sieci społecznej. Terapia ma na celu raczej utrzymanie młodych osób w ich domach rodzinnych, a nie w ośrodkach więziennych lub szpitalach.^{77,78} Rodziny zgłaszały większe poczucie jedności, zaś młode osoby rzadziej trafiały do aresztu i popełniały mniej przestępstw (w ocenie własnej).

CZY LECZENIE PSYCHOLOGICZNE JEST SKUTECZNE?

Możliwe jest zastosowanie u nastolatków interwencji psychologicznych zmniejszających nasilenie problemowych zachowań. Nie jest jednak jasne, czy te interwencje zmieniają podstawową strukturę osobowości. Biorąc pod uwagę znaczenie lękowego stylu przywiązania w rozwoju zaburzeń osobowości, ważne wydaje się stworzenie bezpiecznej bazy do terapii, a także promowanie ciekawości oraz nabywania nowych przekonań i ocen dotyczących siebie samego i innych. Młodzi ludzie z różnymi stylami przywiązania mogą prezentować różne profile objawów i problemów behawioralnych.

Podsumowanie i pytania

Wydaje się jasne, że u niewielkiej liczby nastolatków z pełnym przekonaniem można rozpoznać zaburzenia osobowości. U dotkniętych nimi nastolatków obserwuje się istotną współchorobowość. Podobnie jak w przypadku dorosłych, wśród młodych osób z zaburzeniami osobowości, szczególnie borderline i aspołecznych, częste są przedwczesne zgony.^{79,80} Dlatego te rodzaje zaburzeń osobowości zasługują na to, aby poświęcić im więcej czasu i uwagi badaczy, klinicystów i ubezpieczycieli.

Rozpoznanie zaburzeń osobowości jest jednak mieczem obosiecznym (ramka 4). Chociaż wczesne rozpoznawanie i leczenie prawdopodobnie złagodzi potencjalne cierpienie jednostki i społeczeństwa, rozpoznanie zaburzeń osobowości jest stygmatyzującą etykietą, która może przywierać do młodego człowieka na dłuższy czas i paradoksalnie blokować dostęp do leczenia i ośrodków terapeutycznych. W ostatnich dziesięcioleciach pojawiło się alternatywne słownictwo. Klinicyści wydają się preferować wykorzystywanie rozpoznań, które podkreślają raczej doznane urazy niż problemowe zachowania, np. powszechnie wykorzystuje się określenie złożone zaburzenie stresowe pourazowe, zamiast kształtująca się osobowość borderline, szczególnie jeżeli w wywiadzie poprzedzającym rozpoznanie odnotowuje się traumatyczną sytuację trwającą przez dłuższy czas. Podobnie, młode osoby z nasilonymi cechami

Ramka 4

Zalety i wady rozpoznawania zaburzeń osobowości**Zalety**

- Wczesne rozpoznanie oznacza wczesną interwencję
- Trafniejsze rozpoznanie oznacza lepszy plan leczenia i jego realizację
- Rozpoznanie zaburzeń osobowości odzwierciedla podsumowanie rozwoju młodego człowieka i jego doświadczeń
- Zaburzenie osobowości jest rzeczywistym problemem; jeżeli nie zostanie nazwane, kiedy zachodzi taka potrzeba, może to przyczynić się do stygmatyzacji i mitologizacji
- Są skuteczne metody leczenia zaburzeń osobowości

Wady

- Istnieje tendencja do przywierania rozpoznania zaburzeń osobowości; brak modyfikacji w miarę jak młody człowiek się zmienia
- Często odmawia się dostępu do ośrodków osobom z rozpoznaniem zaburzeń osobowości
- Rozpoznanie jest stygmatyzujące i naraża młodego człowieka na ryzyko odrzucenia przez ośrodki i niezajęcia problemu lekarzy
- Rozpoznanie nie odzwierciedla historii urazów u młodych osób
- Rozpoznawanie zaburzeń osobowości w przypadku braku dostępu do ośrodków terapeutycznych jest bezcelowe

aspołecznymi są określane jako przejawiające zaburzenia zachowania, mieszane zaburzenia zachowania i emocji lub nawet reaktywne zaburzenie przywiązania, a nie osoby z osobowością aspołeczną.

Podjęcie to obrazuje utrzymującą się niechęć klinicystów do rozpoznawania zaburzeń osobowości u młodych osób, których osobowość nadal się rozwija. Oczywiście, stawianie rozpoznania bez dogłębnego przemyślenia jego użyteczności lub celowości jest nieprofesjonalne. Wartościowe jest promowanie zdrowienia i wzmocnianie umiejętności radzenia sobie we wszystkich zaburzeniach psychicznych, włącznie z zaburzeniami osobowości. Trudność związana z niestosowaniem rozpoznania zaburzeń osobowości polega na tym, że może to maskować potrzeby kliniczne, często w związku z najtrudniejszymi objawami, takimi jak wrogość i wybuchy gniewu. Może to również utrudniać psychiatrom przyjrzenie się swoim własnym negatywnym reakcjom na trudności młodych osób, szczególnie tych, które były okrutne lub wrogie dla innych.

Niezależnie od przyjętych opisów diagnostycznych klinicyści często spotykają młode osoby z objawami osobowości aspołecznej i borderline. Dlatego potrzebna jest dalsza dyskusja i wypracowanie porozumienia dotyczącego tego, które opisowe rozpoznania są najprzydatniejsze. Przesunięcie od czysto kategoryalnych do bardziej wymiarowych systemów diagnostycznych może pomóc w przezwyciężeniu tego problemu. Nie wolno odmawiać interwencji i leczenia nastolatkom z tymi rozpoznaniem jedynie z powodu obawy przed etykietowaniem lub wzmocnianiem stygmatu.

Można postawić wiele pytań badawczych. Najważniejsze z nich dotyczy zapobiegania rozwojowi osobowości aspołecznej

w okresie dojrzewania i identyfikowania osób stanowiących grupę dużego ryzyka rozwoju tego rodzaju zaburzenia osobowości.⁸² Nie wiadomo również, dlaczego dziewczęta, które doznały traumatycznych przeżyć, są w większym stopniu narażone na rozwój zaburzenia osobowości typu borderline, a u chłopców częściej pojawiają się zaburzenia zachowania, a w ostateczności osobowość aspołeczna. Nie można również stwierdzić, u których młodych osób dojdzie do rozwoju tego zaburzenia, w którym momencie życia i dlaczego. Dochodzą do tego problemy etyczne związane z kwestią identyfikowania dzieci i nastolatków stanowiących grupę wysokiego ryzyka lub aspołeczną, szczególnie na podstawie czynników genetycznych.

Badania dotyczące zaburzeń osobowości u młodych osób są powiązane z kwestią etiologii i patogenezы tych zaburzeń. W ostatnich latach zwracano coraz więcej uwagi na interakcję między genami a środowiskiem, próbując wyjaśnić złożone interakcje między tymi dwiema grupami czynników. Przyszłe badania muszą skoncentrować się na wypełnieniu luki między genami a środowiskiem, ponieważ wydaje się mało prawdopodobne, aby każdy tych punktów widzenia oddzielnie dostarczył odpowiedzi na nasuwające się pytania. Mało prawdopodobne wydaje się również, aby można było zmieniać profil genetyczny w bliskiej przyszłości, możemy stanąć przed dodatkowym obowiązkiem zainterweniowania w więc niekorzystne środowisko dziecka.

Biorąc wszystko to pod uwagę, ośrodki terapeutyczne powinny być przystosowane do wczesnej interwencji w środowisku nastolatka – w domu, szkole i jego otoczeniu. Interwencje terapeutyczne u dzieci i nastolatków muszą koncentrować się na dążeniu do zwiększania ich odporności, na równi z leczeniem zaburzenia, a także na kształtowaniu tożsamości prospołecznej. Trzeba położyć nacisk na zapobieganie w formie interwencji dla rodziców i opiekunów. Niekorzystne warunki środowiskowe u dzieci zwiększają ryzyko rozwoju całego zakresu problemów (zaburzeń I i II osi) w dzieciństwie i okresie dojrzewania, które mogą utrzymywać się w okresie dorosłości. Te zaburzenia są obciążające nie tylko dla młodych osób i ich rodzin, ale również dla całego społeczeństwa.

From the *Advances in psychiatric treatment* (2012), vol. 18, 109-118. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyrights ©2012 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

Piśmiennictwo

1. Werner E (1993) Risk, resilience and recovery: perspectives from the Kauai Study. *Development and Psychopathology* 5: 503-15.
2. Caspi A, Roberts B, Shiner R (2005) Personality development: stability and change. *Annual Review of Psychology* 56: 453-84.
3. Ehrler D, Evans JG, McGhee RL (1999) Extending Big-Five theory into childhood: a preliminary investigation into the relationship between Big-Five personality traits and behavior problems in children. *Psychology in the Schools* 36: 451-8.
4. Shiner R (2005) A developmental perspective on personality disorders. *Journal of Personality Disorders* 19: 202-10.
5. John O, Caspi A, Robins R, et al (1994) The 'Little five': exploring the nomological network of the five-factor model of personality in adolescent boys. *Child Development* 65: 160-78.

6. Caspi A, Harrington H, Milne B, et al (2003) Children's behavioural styles at age 3 are linked to their adult personality traits at age 26. *Journal of Personality* 71: 495-514.
7. Shiner RL, Masten AS, Roberts JM (2003) Childhood personality foreshadows adult personality and life outcomes two decades later. *Journal of Personality* 71: 1145-70.
8. Lewis ML (2001) On the development of the personality. In *Handbook of Personality: Theory and Research* (2nd edn) (eds LA Pervin, OP John): 327-46. Guilford Press.
9. Kroes G, Verman JW, Der Bruyn EE (2005) The impact of the Big 5 traits on reports of child behaviour by different informants. *Journal of Abnormal Child Psychology* 33: 231-40.
10. Vaillant G (1983) *The Wisdom of the Ego*. Harvard University Press.
11. Soldz B, Vaillant G (1999) The Big 5 and the life course: a 45 year longitudinal study. *Journal of Research into Personality* 33: 208-32.
12. Sroufe A, Egeland B, Carlson E, et al (2005) *The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood*. Guilford Press.
13. Klimstra TA, Hale WW, Raaijmakers QA (2009) Maturation of personality in adolescence. *Journal of Personality, Society & Psychology* 96: 898-912.
14. McAdams D, Olsen B (2010) Personality development: continuity and change over the life course. *Annual Review of Psychology* 61: 517-42.
15. McAdams D (2008) Personal narratives and the life story. In *Handbook of Personality: Theory and Research* (3rd edn) (eds O John, RW Robins, LA Pervin): 242-62. Guilford Press.
16. Tappan M (1989) Stories lived and stories told: the narrative structure of late adolescent moral development. *Human Development* 32: 300-15.
17. Rice D, Barone Jr S (2000) Critical periods of vulnerability for the developing nervous system: evidence from humans and animal models. *Environmental Health Perspectives* 108 (suppl 3): 511-33.
18. Schore A (2001) The effect of early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal* 22: 201-69.
19. Sarkar J, Adshad G (2006) Personality disorders as disorganisation of attachment and affect regulation. *Advances in Psychiatric Treatment* 12: 297-305.
20. Rosenstein DS, Horowitz HA (1996) Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64: 244-53.
21. Lee DA, Scragg P, Turner S (2001) The role of shame and guilt in traumatic events: a clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *British Journal of Medical Psychology* 74: 451-66.
22. Johnson J, Cohen P, Brown J, et al (1999) Childhood maltreatment increases the risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry* 56: 600-6.
23. Johnson J, Cohen P, Kasen S, et al (2008) Psychiatric disorders in adolescence and early adulthood and risk for child rearing difficulties during middle adulthood. *Journal of Family Issues* 29: 210-33.
24. Heilbrunn G (1979) Neurobiologic correlates with defense mechanisms and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy* 33: 547-54.
25. Northoff G, Bermppohl F, Schoeich F, et al (2007) How does our brain constitute defense mechanisms? First person, neuroscience and psychoanalysis. *Psychotherapy & Psychosomatics* 76: 141-53.
26. Sunderland M (2006) *The Science of Parenting: Practical Guidance on Sleep, Crying, Play and Building Emotional Well Being for Life*. Dorling Kindersley.
27. Sowell E, Thompson P, Holmes C, et al (1999) In vivo evidence for postadolescent brain maturation in frontal and striatal regions. *Nature Neuroscience* 2: 859-61.
28. Chambers RA, Taylor RP, Potenza MN (2003) Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: a critical period of addiction vulnerability. *American Journal of Psychiatry* 160: 1041-52.
29. Blakemore SJ, Choudhury S (2006) Development of the adolescent brain: implications for executive function and social cognition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47: 296-312.
30. Livesley WJ, Jang KL, Jackson DN, et al (1993) Genetic and environmental contributions to dimensions of personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 150: 1826-31.
31. Caspi A, McClay J, Moffitt T, et al (2002) The role of the genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 297: 851-4.
32. Kim-Cohen J, Caspi A, Taylor A, et al (2006) MAOA, maltreatment, and gene-environment interaction predicting children's mental health: new evidence and a meta-analysis. *Molecular Psychiatry* 11: 903-13.
33. Olney J, Farber NB, Wozniak DF, et al (2000) Environmental agents that have the potential to trigger massive apoptotic neurodegeneration in the developing brain. *Environmental Health Perspectives* 108 (suppl 3): 383-8.
34. Shiner R (2009) The development of personality disorders: perspectives from normal development. *Development and Psychopathology* 4: 715-34.
35. Meins E (1997) *Security of Attachment and the Social Development of Cognition*. Psychology Press.
36. Wolff S, Acton WP (1968) Characteristics of parents of disturbed children. *British Journal of Psychiatry* 114: 593-601.
37. Lahey BB, Piacentini JC, McBurnett K, et al (1988) Psychopathology in the parents of children with conduct disorder and hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 27: 163-70.
38. Nigg JT, Hinshaw SP (1997) Parent personality traits and psychopathology associated with antisocial behaviors in childhood ADHD. *Journal of Child Psychology & Psychiatry* 39: 145-59.
39. Kuperman S, Schlosser S, Lidral J, et al (1999) Relationship of child psychopathology to parental alcoholism and antisocial personality disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 27: 163-70.
40. Tyrer P, Johnson T (1996) Establishing the severity of personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 153: 593-7.
41. Crawford T, Cohen P, First M, et al (2008) Comorbid Axis I and Axis II disorders in early adolescence. *Archives of General Psychiatry* 65: 641-8.
42. Johnson J, Cohen P, Smalles E, et al (2000) Adolescent personality disorder is associated with violence and criminal behaviour during adolescence and early adulthood. *American Journal of Psychiatry* 157: 1406-12.
43. Brent D, Zelenak J, Bukstein O, et al (1990) Reliability and validity of structured interviews for personality disorder in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 29: 349-54.
44. Bernstein D, Cohen P, Vélez N, et al (1993) Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community survey of adolescents. *American Journal of Psychiatry* 150: 1237-42.
45. Levy K, Becker D, Grilo C, et al (1999) Concurrent and predictive validity of the personality disorder diagnosis in adolescent inpatients. *American Journal of Psychiatry* 156: 1522-8.
46. Kasen S, Cohen P, Skodol A, et al (1999) Influence of child and adolescent psychiatric disorders on young adult personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 156: 1529-35.
47. Robins LN (1966) *Antisocial Children Grown Up: A Sociological and Psychiatric Study of Sociopathic Personality*. Williams & Wilkins.
48. Frick P, O'Brien B, Wootton J, et al (1994) Psychopathy and conduct problems in children. *Journal of Abnormal Psychology* 103: 700-7.
49. Salekin RT, Frick PJ (2005) Psychopathy in children and adolescents: the need for a developmental perspective. *Journal of Abnormal Child Psychology* 33: 403-9.
50. Frick P (1998) Callous/unemotional traits and conduct problems: applying the two-factor model of psychopathy to children. In *Psychopathy: Theory, Research and Implications for Society* (eds DJ Cooke, AR Forth & RD Hare): 161-87. Kluwer Academic.
51. Frick P (2002) Developmental pathways to conduct disorder: implications for servicing youth who show severe and aggressive antisocial behaviour. *Psychology in the Schools* 41: 823-34.
52. Farrington D (2005a) The importance of child and adolescent psychopathy. *Journal of Abnormal Child Psychology* 33: 489-97.
53. Farrington D (2005b) Childhood origins of antisocial behavior. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 12: 177-90.
54. Fontaine N, Carboneau R, Vitaro F, et al (2009) Research review: a critical review of studies on the developmental trajectories of antisocial behaviour in females. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 50: 363-85.
55. Caspi A, Lyman D, Moffitt T, et al (1993) Unravelling girls' delinquency: biological, dispositional and contextual contributions to adolescent misbehaviour. *Developmental Psychology* 29: 19-30.
56. Moffitt TE, Caspi A (2001) Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescent limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology* 13: 355-75.
57. Laub J, Sampson R (2003) *Shared Beginnings, Divergent Lives: Delinquent Boys to Age 70*. Harvard University Press.
58. Moffitt TE, Caspi A, Harrington H, et al (2002) Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: follow-up at age 26 years. *Developmental Psychopathology* 14: 179-207.
59. Vizard E, French L, Hickey N, et al (2004) Severe personality disorder emerging in childhood: a proposal for a new developmental disorder. *Criminal Behaviour & Mental Health* 14: 17-28.
60. Shiner R, Caspi A (2003) Personality differences in childhood and adolescence: measurement, development and consequences. *Journal of Child Psychology & Psychiatry* 44: 2-32.
61. Costa P, McCrae R (1992) *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and the NEO Five-Factor Inventory Professional Manual*. Psychological Assessment Resources.
62. De Clercq B, De Fruyt F (2003) Personality disorder symptoms in adolescence: a five factor model perspective. *Journal of Personality Disorders* 17: 269-92.
63. Allik J, Laidra K, Realo A, et al (2004) Personality development for 12-18 years of age: changes in mean levels of and structures of traits. *European Journal of Personality* 18: 445-62.