

Poziom lęku jako stanu i jako cechy oraz nasilenie depresji u matek dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej i zaburzeniami zachowania – doniesienie wstępne

State and trait anxiety level and increase of depression among mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder. Pilot study.

Tomasz Wolańczyk¹, Artur Kołakowski¹, Agnieszka Pisula¹,
Monika Liwska², Małgorzata Złotkowska¹, Tomasz Srebnicki¹,
Anita Bryńska¹

¹Klinika Psychiatrii Wieków Rozwojowego WUM
Kierownik: prof. dr hab. n. med. T. Wolańczyk

²Oddział Neurologii Samodzielny Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej
w Dziekanowie Leśnym
Kierownik: lek. med. H. Świętochowska

Summary

Objectives: To evaluate anxiety level (as a trait and as a state) and the intensity of depressive symptoms in mothers of children with hyperkinetic disorder (HD) and with and without comorbid conduct disorder (CD); to determine the relationship between the intensity of anxiety and depression and intensity of symptoms of HD.

Materials and methods: Beck Depression Inventory (BDI) and STAI questionnaire to measure state-trait anxiety were filled by 24 mothers of children with HD and 26 mothers of children without HD. Mothers of children with HD were also asked to complete the Conners Questionnaire for Parents and Teachers (IOWA). Teachers were asked to complete the Conners Questionnaire for Teachers (RCTS).

Results: 75% of HD subjects had a comorbid CD, in comparison with 19.2 % in the control group. No significant differences were found between the mothers of children with HD and the control group in the results of BDI scale and STAI questionnaire in anxiety state and anxiety trait subscales. The difference was found between mothers of children with CD and without CD in anxiety-state subscale in STAI questionnaire. No correlations were found between the number of depressive symptoms, anxiety as a state and as a trait and the results of Conners IOWA and RCTS.

Conclusions: The presence of HD in children does not correlate with the level of depression and anxiety in their mothers. There is a relationship between the presence of CD in children and elevated levels of state anxiety in their mothers.

Słowa kluczowe: ADHD, zaburzenia zachowania, jakość życia, depresja, lęk

Key words: ADHD, conduct disorder, quality of life, depression, anxiety

Wstęp

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej i zaburzeń koncentracji uwagi wg DSM-IV (Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD) lub inaczej zaburzenie hiperkinetyczne wg ICD-10, charakteryzuje się obecnością objawów nadmiernej ruchliwości, impulsywności oraz problemów z uwagą, powodujących istotne ograniczenia w zakresie funkcjonowania poznawczego oraz psychospołecznego. Dotyczy on około 3–7% dzieci w wieku szkolnym [1, 2]. ADHD i towarzyszące mu inne rozpoznania, w tym zachowania opozycyjno-buntownicze (Oppositional Defiant Disorder – ODD), wpływają znacząco nie tylko na funkcjonowanie dziecka, ale również na jakość życia jego otoczenia [3, 4]. Wykazano, że w rodzinach dzieci z ADHD i ODD obserwuje się zwiększenie poziomu stresu, częstszą obecność problemów małżeńskich, a także różnych objawów psychopatologicznych u rodziców, w tym szczególnie u matek [5]. Badania wskazują na częstsze rozpoznawanie stanów depresyjnych lub subdepresyjnych u matek dzieci prezentujących trudne zachowania [6]. Z kolei Swartz i Shear [7] zaobserwowali, że wśród matek zgłaszających się do poradni zdrowia psychicznego z powodu kłopotów z dzieckiem, 35% prezentowała objawy depresyjne, a 42% objawy lękowe, przy czym nasilenie objawów psychopatologicznych było istotnie większe w porównaniu z grupą kontrolną. Warto zauważyć, że przeżywanie wysokiego poziomu lęku lub doświadczanie stanu depresyjnego przez matki może być czynnikiem ostatecznie skłaniającym do poszukiwania pomocy dla dziecka [7].

Obecność objawów lękowych i depresyjnych u matek ma negatywny wpływ na wzajemne relacje matka-dziecko. W badaniach Campbell i wsp. [8] wykazano, że występowanie depresji u matek wiąże się z bardziej awersyjnymi metodami wychowawczymi oraz mniejszym wsparciem okazywanym dziecku. Z drugiej strony lękowe matki okazują swoim dzieciom znacznie mniej pozytywnych uczuć, są wobec nich bardziej krytyczne, bardziej je kontrolują i ograniczają ich swobodę [9], częściej również są skłonne do okazywania złości [10]. Duże nasilenie negatywnych emocji występujące u matek i mniej bezpieczna więź tworzona z dzieckiem w konsekwencji powodują wolniejszą internalizację norm i zasad u dziecka [11], zwrótnie prowadząc do narastania problemów z zachowaniem.

Objawy depresyjne i lękowe często ze sobą współwystępują, mają też wiele cech wspólnych, a osoby je przeżywające charakteryzują się podobnym sposobem postrzegania świata [12]. Jeżeli jednak weźmie się pod uwagę reakcje prezentowane w odpowiedzi na niepożądane zachowania dziecka, wydaje się, że lękowi i depresyjni rodzice nieco się od siebie różnią [13]. Otóż w sytuacji konfrontacji osoba lękowa jest bardziej skoncentrowana na postrzeganiu antycypowanego zagrożenia. Reaguje

nadmierną czujnością, niepewnością, bojaźliwością i mało asertywną postawą [14]. Powyższe reakcje mogą się również pojawiać w sytuacji radzenia sobie z niepożądanymi zachowaniami dziecka z ADHD, szczególnie podczas bezpośredniej konfrontacji z jego nieposłuszeństwem czy nagłym wybuchem wściekłości. Z drugiej strony rodzice prezentujący objawy depresyjne bardziej koncentrują się na słuszności własnego zachowania i mają tendencję do ruminowania utraty własnego autorytetu i braku kompetencji [13]. Być może tymi odmiennymi reakcjami można wytłumaczyć pewne różnice dotyczące funkcjonowania rodzin dzieci z ADHD. Uważa się bowiem, że przeżywanie przez opiekunów nadmiernie nasilonego lęku negatywnie wpływało na poziom rodzicielskiego ciepła i zaangażowania, zaś objawy depresyjne wiążą się przede wszystkim z wysokim poziomem stresu społecznego.

Osobnym problemem uzasadniającym celowość prowadzenia badań nad obecnością ADHD u dzieci matek prezentujących objawy psychopatologiczne jest zagadnienie dotyczące związku pomiędzy występowaniem wysokiego poziomu lęku w czasie trwania ciąży a pojawieniem się objawów ADHD lub innych trudnych zachowań u dziecka. Wydaje się, że zależność ta jest wyraźna w sytuacji pojawienia się objawów lękowych zwłaszcza między 12 a 22 Hbd, przy czym dodatkowo obserwuje się tu związek z obecnością zaburzeń lękowych u 8- i 9-latków [15]. Można zatem przyjąć, że emocje przeżywane przez matkę mają wpływ na rozwój neurobehawioralny płodu, modulując i modyfikując od okresu prenatalnego proces rozwoju i dojrzewania OUN. Możliwe jest, że system neuroprzekaźnikowy monoamin w OUN już w łonie matki zostaje niejako „przeprogramowany” poprzez szkodliwe działanie hormonów towarzyszących reakcji lękowej i stresowi.

Cel pracy

Celem pracy było zbadanie poziomu lęku (jako cechy i jako stanu) oraz nasilenia depresji u matek dzieci z zaburzeniem hiperkinetycznym (ZH) bez lub ze współistniejącymi zaburzeniami zachowania (ZZ) oraz ustalenie ewentualnego związku pomiędzy nasileniem lęku i depresji a nasileniem objawów zespołu nadpobudliwości psychoruchowej.

Material

Badaniem objęto 50 matek dzieci w wieku szkolnym. Grupę badaną stanowiły 24 matki dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej rozpoznanym wg ICD-10 (zespół hiperkinetyczny) [16] będących pacjentami Poradni Nadpobudliwości Psychoruchowej przy Klinice Psychiatrii Wiekowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Grupa kontrolna składała się z 26 matek zdrowych dzieci, uczniów klas II i III warszawskich szkół podstawowych, które zgłosiły się do poradni w ramach badań nad standaryzacją polskich wersji narzędzi badawczych do oceny obecności i nasilenia objawów zespołu nadpobudliwości psychoruchowej.

Narzędzia badawcze

W badaniu wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

1. Skalę Depresji Becka (Beck Depression Inventory – BDI) oceniającą nasilenie objawów depresyjnych [17];
2. Kwestionariusz STAI oceniający nasilenie objawów lękowych w 4 wymiarach, tj. negatywnych emocji, zamartwiania się, zmęczenia i unikania [18]. Skala ta została skonstruowana w celu pomiaru poziomu lęku u osób dorosłych, przy czym lęk jest definiowany dwójako: jako stan i jako cecha. Stan lęku jest rozumiany przez autorów jako przemijający stan odczuwania napięcia, niepokoju, lęku, zmienny w czasie i swej intensywności, interpretowany przez jednostkę w sposób subiektywny, towarzyszy mu wzmożone napięcie układu autonomicznego. W przeciwieństwie do tego, cecha, jaką jest lęk, jest względnie stałą właściwością jednostki związaną z tendencją do reagowania lękiem na sytuacje spostrzegane jako zagrażające. Lęk jako cecha jest również definiowany jako ogólnie rozumiane „martwienie się” oraz wysoka reaktywność w odpowiedzi na stres (nie zastosowano norm polskich ze względu na brak standaryzacji w czasie przeprowadzania badania).
3. Polską wersję 10-pytaniowego Kwestionariusza Connersa dla Rodziców i Nauczycieli (An Abbreviated Parent-Teacher Questionnaire – IOWA) [19] służącego do identyfikacji pacjentów z ADHD oraz oceny ilości i nasilenia objawów;
4. Polską wersję 28-pytaniowego Kwestionariusza Connersa dla Nauczycieli (Revised Conners Teacher Rating Scale – RCTRS) [20] służącego do identyfikacji pacjentów z ADHD oraz oceny ilości i nasilenia objawów, składającego się z następujących podskal: nadruchliwości, zaburzeń zachowania, impulsywności, zaburzeń uwagi, zachowań aspołecznych).

Metoda

W trakcie badania lekarz ponownie weryfikował rozpoznanie zespołu hiperkinetycznego i ewentualne występowanie zaburzeń zachowania, przeprowadzając ustrukturyzowany wywiad w kierunku ww. zaburzeń na podstawie kryteriów diagnostycznych ICD-10 i DSM-IV [16, 21]. W czasie wizyty rodzice wypełniali 10-pytaniowy Kwestionariusz Connersa dla Rodziców i Nauczycieli oraz byli proszeni o przekazanie nauczycielowi dziecka (wychowawcy klasy) 28-pytaniowego Kwestionariusza Connersa dla Nauczycieli. Na zakończenie spotkania matki wypełniały STAI oraz skalę BDI (ocena dotyczyła ostatniego tygodnia). Dodatkowo zbierano dokładny wywiad demograficzny oraz rodzinny. W analizie uzyskanych wyników zastosowano następujące metody statystyczne: test t-Studenta, test χ^2 , analizę korelacji r-Pearsona (za poziom istotności przyjęto $p < 0,05$).

Wyniki

Średni wiek kobiet w grupie matek dzieci z ZH wynosił 39,5 +/- 4,6 roku, zaś w grupie kontrolnej 36,2 +/- 6,8 roku. Matki z obu grup nie różniły się między sobą

w sposób istotny statystycznie pod względem wieku, struktury zatrudnienia, wykształcenia, deklarowanego stanu zdrowia, deklarowanego spożycia alkoholu, stosowania leków uspokajających i nasennych, palenia tytoniu, karalności, częstości uzależnienia od alkoholu w rodzinie pochodzenia, ilości osób palących w rodzinie pochodzenia, karalności w rodzinie pochodzenia, częstości prób samobójczych i samobójstw oraz chorób psychicznych w rodzinie pochodzenia. U wszystkich dzieci matek z grupy badanej potwierdzono rozpoznanie zespołu hiperkinetycznego wg ICD-10, przy czym 18 dzieci (75%) dodatkowo spełniało kryteria diagnostyczne dla zaburzeń zachowania wg ICD-10 [16]. W grupie kontrolnej 5 dzieci (19,2%) spełniało kryteria diagnostyczne dla zaburzeń zachowania wg ICD-10.

Poziom depresji i lęku a obecność zaburzenia hiperkinetycznego

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy matkami z grupy badanej i kontrolnej w zakresie wyników uzyskanych w skali BDI. Matki dzieci z ZH uzyskały średni wynik 8,0 +/- 5,1 pkt., zaś matki z grupy kontrolnej 6,5 +/- 5,8 pkt. Warty podkreślenia jest fakt, że wynik powyżej 11 punktów, wskazujący na możliwość wystąpienia zespołu depresyjnego, uzyskało w sumie 8 matek: 4 z grupy badanej i 4 z grupy kontrolnej. Nie wykazano również statystycznie istotnych różnic pomiędzy grupą badaną a grupą kontrolną w zakresie wyniku uzyskanego w kwestionariuszu STAI w podskali oceniającej lęk jako cechę. Matki z grupy badanej uzyskały średni wynik 31,3 +/- 7,8 pkt., zaś matki z grupy kontrolnej średni wynik 28,2 +/- 9,2 pkt. Matki z grupy kontrolnej i badanej nie różniły się w sposób istotny statystycznie także w zakresie wyniku uzyskanego w kwestionariuszu STAI w podskali oceniającej lęk jako stan. W grupie badanej uzyskano średni wynik 46,5 +/- 7,5 pkt., zaś w grupie kontrolnej średni wynik 43,0 +/- 7,8 pkt.

Poziom depresji i lęku a obecność zaburzeń zachowania

Dokonano również porównania poziomu depresji i lęku u matek dzieci, u których zdiagnozowano zaburzenia zachowania (n = 23) z grupą matek dzieci bez tego rozpoznania (n = 27). Matki w obydwu grupach nie różniły się między sobą pod względem większości ocenianych cech demograficznych i rodzinnych (wiek, struktura zatrudnienia, wykształcenie, deklarowany stan zdrowia, spożycie alkoholu, stosowanie leków uspokajających i nasennych, palenie tytoniu, karalność, częstość uzależnień od alkoholu i ilość osób palących w rodzinie pochodzenia, karalność w rodzinie pochodzenia, częstość prób samobójczych i samobójstw oraz chorób psychicznych w rodzinie pochodzenia, częstość chorób psychicznych w rodzinie pochodzenia). Matki dzieci z zaburzeniami zachowania i matki dzieci bez tych zaburzeń nie różniły się w sposób istotny statystycznie pod względem poziomu depresji i lęku jako cechy. Statystycznie istotną różnicę stwierdzono jedynie w zakresie wyniku uzyskanego w kwestionariuszu STAI w podskali mierzącej lęk jako stan – matki dzieci z ZZ zgłaszały wyższy poziom lęku jako stanu (p = 0,046).

Korelacje pomiędzy poziomem depresji i lęku u matek a nasileniem objawów nadpobudliwości

Nie stwierdzono istnienia dodatnich korelacji pomiędzy poziomem depresji oraz lęku jako stanu i jako cechy a stopniem nasilenia zespołu nadpobudliwości psychoruchowej ocenianym dwoma kwestionariuszami Connersa (IOWA oraz RCTS), jak również wynikami uzyskanym we wszystkich podskalach kwestionariusza dla nauczycieli (RCTS).

Omówienie wyników i dyskusja

Podstawową trudnością wpływającą na dokonanie krytycznej analizy uzyskanych w pracy wyników był brak polskich norm dla zdrowych kobiet w wieku osób biorących udział w powyższym badaniu, zarówno w przypadku skali BDI, jak również w odniesieniu do kwestionariusza STAI. Dyskusyjną kwestią jest również struktura grupy kontrolnej. Jak wspomniano w części poświęconej metodologii badania, grupa ta została wyodrębniona spośród matek dzieci zdrowych, które zgłosiły się do Poradni Nadpobudliwości Psychoruchowej przy Klinice Psychiatrii Wieku Rozwojowego WUM w ramach badań nad standaryzacją polskich wersji narzędzi badawczych do oceny obecności i nasilenia objawów zespołu nadpobudliwości psychoruchowej. Można jednak założyć, że na udział w badaniu standaryzacyjnym zdecydowały się przede wszystkim matki tych dzieci, u których opiekunowie lub nauczyciele podejrzewali występowanie zespołu nadpobudliwości psychoruchowej lub które wzbudzały niepokój obecnością innych trudnych zachowań (u niemalże 20% dzieci matek z grupy kontrolnej postawiono rozpoznanie zaburzeń zachowania). Wnioskowanie na podstawie uzyskanych wyników jest ograniczone również przez niewielką grupę osób uczestniczących w badaniu. Nie było również możliwe prześledzenie związku pomiędzy nasileniem depresji i lęku u matek w zależności od wieku dzieci. Można jednak założyć, że dłuższy czas doświadczania objawów zespołu nadpobudliwości psychoruchowej przez dziecko i jego rodzinę, mierzony latami niepowodzeń szkolnych i społecznych, słabych wyników w nauce, negatywnych komunikatów ze strony nauczycieli i otoczenia, narastania poczucia braku wpływu na zachowania i osiągnięcia dziecka, może potencjalnie decydować o pojawieniu się objawów depresyjnych czy lękowych u matek. Jak się wydaje, badanie tych zależności w grupach zróżnicowanych wiekowo powinno stać się przedmiotem dalszych badań.

Uwzględniając powyżej wspomniane ograniczenia, brak związku pomiędzy występowaniem i nasileniem objawów zespołu nadpobudliwości psychoruchowej a poziomem lęku i depresji u matek można wytłumaczyć na podstawie obserwacji Sales i wsp. [22]. Autorzy twierdzą bowiem, że o ile związek pomiędzy nasileniem objawów internalizacyjnych u dzieci a stanem zdrowia matek jest stały i wyraźny, o tyle w przypadku obecności objawów eksternalizacyjnych i ogólnego stanu psychicznego nie jest tak silny. U matek dzieci z problemami eksternalizacyjnymi poziom przeżywanego stresu i napięcia niekoniecznie musi być znaczny i przedłużający się, gdyż prezentowane przez dzieci zachowania niepożądane, w tym zachowania agresywne,

niszczycielskie, częste wybuchy złości, skłaniają do szybszego szukania pomocy specjalistycznej. Warto podkreślić, że badanie prowadzone w Klinice Psychiatrii Wieku Rozwojowego WUM dotyczyło matek dzieci z rozpoznaniem zaburzenia hiperkinetycznego wg ICD-10 (odpowiadającego bardzo nasilonemu podtypowi mieszanemu ADHD wg DSM-IV), a więc potencjalnie takich matek, które były bardziej zdeterminowane do szukania pomocy. Istotnie wyższy wynik uzyskany w kwestionariuszu STAI w podskali mierzącej lęk jako stan przez matki dzieci z zaburzeniami zachowania wymaga zweryfikowania badaniami w liczniejszych grupach. Można jednak założyć, że silniejsze przeżywanie obaw i napięcia z towarzyszącym pobudzeniem układu nerwowego jest cechą osób często doświadczających obecności różnego rodzaju czynników zagrażających, w tym matek dzieci z zaburzeniami zachowania.

Wnioski

1. Obecność zaburzenia hiperkinetycznego nie wpływa istotnie na poziom lęku i depresji u matek chorujących dzieci.
2. Obecność u dziecka zaburzeń zachowania wiąże się z przeżywaniem przez matkę wyższego poziomu lęku jako stanu.

Piśmiennictwo

1. Biederman J, Faraone SV. *Attention-deficit hyperactivity disorder*. Lancet 2005; 366: 237–248.
2. Barkley RA. *Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder*. J. Clin. Psychiatry 2002; 63: 10–15.
3. Klassen AF, Miller A, Fine S. *Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder*. Pediatrics 2004; 114: 541–547.
4. Matza LS, Rentz AM, Secnik K. *The link between health-related quality of life and clinical symptoms among children with attention-deficit hyperactivity disorder*. J. Dev. Behav. Pediatrics 2004; 25: 166–174.
5. Johnston C, Mash EJ. *Families of children with attention deficit hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research*. Clin. Child Fam. Psychol. Rev. 2001; 4: 183–207.
6. Poissant H, Lecomte S. *Risk factors in families of children with disorder attention deficit/hyperactivity: Quebec data*. J. Can. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2007; 16: 9–17.
7. Swartz HA, Shear MK, Wren FJ, Greeno CG, Sales E, Sullivan BK. i wsp. *Depression and anxiety among mothers who bring their children to a pediatric mental health clinic*. Psychiatr. Serv. 2005; 56: 1077–1083.
8. Campbell SB, Pierce EW, March CL, Ewing LJ. *Noncompliant behavior, overactivity and family stress as predictors of negative maternal control with preschool children*. Dev. Psychopathol. 1991; 3: 175–190.
9. Whaley SE, Pinto A, Sigman M. *Characterizing interactions between anxious mothers and their children*. J. Consult. Clin. Psychol. 1999; 67: 826–836.
10. Mikulincer M. *Adult attachment style and individual differences in functional versus dysfunctional experiences of anger*. J. Pers. Soc. Psychol. 1998; 74: 513–524.

11. Kochanska G, Clark LA, Goldman MS. *Implications of mothers' personality for their parenting and their young children's developmental outcomes*. J. Pers. 1997; 65: 387–420.
12. Mineka S, Watson D, Clark LA. *Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders*. Ann. Rev. Psychol. 1998; 49: 377–412.
13. Kashdan TB, Jacob RG, Pelham WE, Lang AR, Hoza B, Blumenthal JD i wsp. *Depression and anxiety in parents of children with ADHD and varying levels of oppositional defiant behaviors: modeling relationships with family functioning*. J. Clin. Child Adolesc. Psychol. 2004; 33: 169–181.
14. Mennin DS, Turk CL, Heimberg RG, Charmin CN. *Regulacja emocji w zaburzeniu lękowym uogólnionym*. W: Reinecke MA, Clark DA. red. *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychiatryczne; 2005. s. 77–108.
15. Van den Bergh BRH, Marcoen A. *High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems and anxiety in 8- and 9-year-olds*. Child Dev. 2004; 75: 1085–1097.
16. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostics criteria for research*. Genewa: World Health Organization; 1993.
17. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. *An inventory for measuring depression*. Arch. Gen. Psychiatry 1961; 4: 561–571.
18. Wrześniewski K, Sosnowski T, Matusik D. *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI. Polska adaptacja STAI. Podręcznik*. PTP, Warszawa 2002.
19. Wolańczyk T, Kołakowski A, Liwska M. *Polska wersja Kwestionariusza Connersa dla Rodziców i Nauczycieli – An Abbreviated Parent-Teacher Questionnaire (IOWA-Conners, IOWA). Badanie wśród rodziców. Doniesienie wstępne*. W: Namysłowska I. red. *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży, wybrane zagadnienia*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2000. s. 47–54.
20. Kołakowski A, Wolańczyk T, Liwska M. *Polska wersja Kwestionariusza Connersa dla Nauczycieli – The Revised Conners Teacher Rating Scale (RCTRS). Doniesienie wstępne*. W: Namysłowska I. red. *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży, wybrane zagadnienia*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2000. s. 55–64.
21. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition. Text revision (DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
22. Sales E, Greeno C, Shear MK, Anderson C. *Maternal caregiving strain as a mediator in the relationship between child and mother mental health problems*. Soc. Work Res. 2004; 28: 211–223.

Adres: Tomasz Srebnicki
Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego WUM
00-576 Warszawa, ul. Marszałkowska 24

Otrzymano: 15.10.2013

Zrecenzowano: 15.11.2013

Otrzymano po poprawie: 17.12.2013

Przyjęto do druku: 1.07.2014