

Patologia organizacji osobowości w teorii relacji z obiektem O. Kernberga

Lidia Cierpiałkowska*

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza

Monika Marszał

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza

PATHOLOGICAL PERSONALITY ORGANIZATION IN O. KERNBERG'S OBJECT RELATION THEORY

This article presents pilot study verifying the assumption of O. Kernberg's object relation theory concerning psychotic, borderline and neurotic personality organization. Three personality organization were characterized by the level of diffusion or integration identity, by dominance of primitive defensive operation centering around splitting or deny and by capacity for reality testing. These variables were tested by the following methods: Objective Measure of Ego-Identity Status (Adams, Bennion, Huh, 1989), Strength Ego (Barrona, 1953) and Inventory of Defense Mechanisms (Gleser, Ihilevich, 1969). The research involving 30 patients with clinical diagnosis psychotic disorders (schizophrenic, psychotic disorders), 30 with anxiety disorders and neurosis and 30 with borderline personality disorder (assess by Leichsenring's BPI). These groups was compared. The discriminative analyses show that three variables: diffusion identity, level of primitive or mature defense mechanisms and capacity for reality testing explain about 67-87% qualification to one of three different groups of pathological personality organization.

Key words: O. Kernberg's pathological personality organization, primitive defensive mechanisms, diffusion identity, capacity for reality testing

WPROWADZENIE

W odróżnieniu od medycznych systemów klasyfikacji zaburzeń psychicznych typu ICD-10 (WHO, 1997) i DSM-IV-TR (APA, 2000), koncentrujących się na opisie objawów konstytuujących różne jednostki kliniczne, koncepcje psychologiczne wyjaśniają źródła i patomechanizm leżący u ich podłoża w kategoriach patologicznej struktury osobowości. Psychologiczne koncepcje próbują dowieść związków między symptomami różnych jednostek klinicznych, czyli klinicznie znaczącymi, powtarzanymi przez osobę sposobami myślenia, przeżywania i zachowania się a specyficzną konfiguracją cech czy organizacją struktury osobowości, definiowaną poprzez założenia konkretnego paradygmatu (Lenzenweger i Clarkin, 1996, Widiger, 2003). Od czasu wyróżnienia trzech głównych klas zaburzeń psychicznych, jakimi są psychozy, nerwice i zaburzenia osobowości w podejściu psychodynamicznym poszukuje się specyficznych uwarunkowań patologii organizacji osobowości, które leżą u ich podłoża (Smits, Vermote, Claes i Vertommen, 2009).

We współczesnej psychoanalizie, zwłaszcza teorii relacji z obiektem i psychologii *self* podejmuje się próby opisanie różnych poziomów patologii organizacji osobowości z perspektywy strukturalnej i rozwojowej, w których uwzględnia się znaczenie czynników neurobiologicznych i środowiskowych. Odchodzi się w nich od freudowskiego, mechanistycznego podejścia do energii psychicznej i rozwoju osobowości, skłaniając się ku założeniom podejścia systemowego. Na przykład, M. Klein (1975, 2007a,b) zakłada, że istnieją dwa poziomy organizacji osobowości, które nazywa pozycjami schizoidalno-paranoidalną i depresyjną, w teorii O. Kernberga (1967, 1996) istnieje teza o trzech różnych poziomach patologii organizacji osobowości, czyli neurotycznej, *borderline* i psychotycznej, natomiast T. Karasu (1994) w zaprezentowanym modelu zaburzeń wskazuje, że odmienne typy patologii rozwoju i organizacji osobowości wywodzą się z deficytów lub konfliktów w relacjach diadycznych bądź triadycznych dziecka z matką i rodzicami. Koncepcje pozycji czy poziomu patologii osobowości zazwyczaj odwołują się do trzech głównych założeń, które próbuje się zweryfikować empirycznie (Diguer, Pelletier, Hebert i in., 2004; Smits, Vermote, Claes i Vertommen, 2009). Patologia organizacji osobowości jest zdeteterminowana fikcją rozwoju reprezentacji *self*-obiekt-afekt na skutek niewystarczająco

* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Lidia Cierpiałkowska, Instytut Psychologii, Uniwersytet im. A. Mickiewicza, ul. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań.
e-mail: lcierp@amu.edu.pl

jąco zaspokajającej i stabilnej relacji dziecka z matką. W konsekwencji dochodzi do utrwalenia się pierwotnych mechanizmów obronnych, które w procesie rozwoju powinny zanikać na rzecz bardziej dojrzałych obron (umożliwiających różnicowanie i integrację pozytywnych i negatywnych reprezentacji *self* i obiektu), co uniemożliwia dojrzwianie i rozwój funkcji id, ego i superego oraz całej struktury osobowości.

Choć koncepcja osobowości O. Kernberga (1996, 2004a) jest bardzo złożona i nie do końca skonceptualizowana, to podjęliśmy badania pilotażowe, w celu sprawdzenia założeń o istnieniu trzech różnych poziomów patologii jej organizacji, tj. psychotycznej, *borderline* i neurotycznej u osób, które przejawiają zaburzenia psychotyczne, zaburzenia osobowości i zaburzenia lękowe i nerwicowe. Założenia te znajdują poparcie w przedstawionym przez autora modelu rozwoju osobowości, zwłaszcza przebiegu przekształceń intrapsychicznej pozytywnej i negatywnej reprezentacji *self*-obiekt-afekt, które mogą ulegać zahamowaniu i fiksacji na skutek zadziałania czynników biologicznych (np. niezharmonizowane cechy temperamentu) i/lub czynników społecznych, związanych z brakiem możliwości nawiązania przez dziecko odpowiedniej, w stosunku do wylaniających się w określonej fazie rozwoju z libido i agresji pragnień, relacji z matką. Jeśli dochodzi do fiksacji rozwoju zintrojektownych relacji *self*-obiekt-afekt w okresie symbiozy, wówczas organizacja osobowości ma charakter psychotyczny, gdy fiksacja następuje na różnych etapach fazy różnicowania pozytywnej i negatywnej reprezentacji *self* od obiektu, to utrwała się patologia organizacji *borderline*, natomiast gdy wystąpi w okresie wstępnej konsolidacji reprezentacji pozytywnego i negatywnego aspektu *self* i obiektu oraz wyodrębniania się z matrycy ego – id i superego, to przyjmuje postać organizacji neurotycznej. W konsekwencji fiksacji dochodzi do utworzenia się patologii organizacji osobowości, zdeterminowanej charakterystycznym dla tego okresu rozwojowego konfliktem popędów, bardziej lub mniej pierwotnymi mechanizmami obronnymi, różnym poziomem wyodrębnienia się reprezentacji *self* od reprezentacji obiektu w obrębie pozytywnej i negatywnej diady oraz innym stopniem oddzielenia się ego od wpływów id i superego.

Równoległe do modelu rozwojowego patologii osobowości, Kernberg (1996, 2004a, 2004b) tworzy i ciągle modyfikuje model strukturalno-funkcjonalny, charakteryzując różnice między organizacją osobowości z pogranicza, psychotyczną i neurotyczną na trzech najważniejszych wymiarach: rodzaj mechanizmów obronnych, poziom integracji tożsamości i zdolność ego do testowania rzeczywistości. Organizacja osobowości *borderline* jest podobna do organizacji psychotycznej pod względem dominacji prymitywnych mechanizmów obronnych oraz poziomu zaburzeń integracji i stabilności tożsamości (ujawnianej także w postaci identyfikowania się z coraz to innymi atrakcyjnymi społecznie tożsamościami), natomiast zdecydowanie odmienna w zdolnościach ego do

testowania rzeczywistości. W tym zakresie jest bardziej zbliżona do neurotycznej organizacji osobowości. Choć patologia organizacji i struktury osobowości ma charakter względnie trwałe i stabilny, to jej przejawy mogą się zmieniać w zależności od poziomu stresu w jakim funkcjonuje jednostka. W obliczu znacznego stresu, nasila się tendencja do regresji, w konsekwencji której uaktywniają się bardziej pierwotne patomechanizmy, które obniżają sprawności funkcji ego do odróżniania rzeczywistości zewnętrznej od wewnętrznej, zdolności do regulacji emocji czy odraczania gratyfikacji (szerzej: Cierpiałkowska, 2005a i b).

Struktury osobowości *borderline* i psychotycznej są konstytuowane przez prymitywne mechanizmy obronne typu: rozszczepienie, projekcję i identyfikację projekcyjną. Utrwalenie się tych mechanizmów uniemożliwia integrację libidynalnych z agresywnymi aspektami *self* i obiektu, co nie tylko nasila istniejący między tymi reprezentacjami konflikt, ale także podtrzymuje i wzmacnia patologiczną separację między doświadczeniami siebie i innych jako omnipotentnych lub kompletne bezwartościowych. Integracja pozytywnych i negatywnych aspektów *self* i obiektu jest osiągnięta w organizacji neurotycznej, w której mechanizm rozszczepienia zostaje zastąpiony bardziej dojrzałymi obronami, takimi jak: wyparcie, zaprzeczenie czy formowanie reakcji przeciwnej. Efektem procesów integracyjnych jest także osiągnięcie wyższego poziomu poczucia stabilności i ciągłości *self* i obiektów, co nie pozostaje bez znaczenia dla poziomu integracji tożsamości ego. W organizacji *borderline* i psychotycznej dominuje dyfuzja (rozproszczenie) i brak ciągłości poczucia tożsamości, co pobudza bardzo silne lęki, przed którymi jednostka się broni, przyjmując okresowo tożsamość atrakcyjną nie tyle dla niej, co innych osób (tzw. tożsamość nadana) (Kernberg, 2004a, 2004b, 1970, 1967).

Choć znaczące deficyty w zdolności do testowania rzeczywistości występują w organizacji osobowości psychotycznej, to jednostki o osobowości *borderline* nie posiadają takich możliwości w subtelnym testowaniu rzeczywistości, jak neurotyczne. Poza oczywistymi przejawami dezorientacji, osoby z zaburzeniami osobowości z pogranicza nie mają wątpliwości, że naprawdę istnieją, choć mogą im się zacierać granice między zewnętrzną sytuacją a własną na nią reakcją (trudności z odróżnianiem wewnętrznego od zewnętrznego). W osobowości psychotycznej występują poważne trudności z oceną rzeczywistości, bowiem ego-syntonicznie doświadczają pojawiających się urojeń i halucynacji (Kernberg, 2004b, 1970, 1967; McWilliams, 2009). Odwołując się do przedstawionych powyżej kryteriów różnicujących patologię osobowości *borderline*, psychotycznej i neurotycznej podjęto próbę sprawdzenia istniejących między nimi różnic i podobieństw pod względem strukturalnym, czyli w zakresie dominujących mechanizmów obronnych, stopnia integracji tożsamości i zdolności ego do testowania rzeczywistości.

METODA

OSOBY BADANE I PRZEBIEG BADAŃ

W badaniu wzięło udział łącznie 90 osób, w większości byli oni hospitalizowani lub leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń psychicznych, takich jak: zaburzenia psychiczne i schizofrenia, zaburzenia lękowe i nerwice oraz zaburzenia osobowości *borderline*. Kryterium doboru do trzech porównywanych grup była diagnoza psychiatryczna i/lub psychologiczna, postawiona przez doświadczoną klinicystę – psychiatrę lub psychologa. Na podstawie teorii Kernberga (1970) oraz badań Leichsenringa (1999) i Smitsa wraz ze współautorami (2009) można przyjąć, że osoby z epizodami psychicznymi będą przejawiały psychiczną organizację osobowości, osoby z zaburzeniami nerwicowymi organizację neurotyczną, a osoby z diagnozą zaburzenia osobowości *borderline* organizację *borderline*. Kryterium diagnozy klinicznej zostało zachowane w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi, w której znaleźli się pacjenci leczeni z powodu schizofrenii lub zaburzeń schizoaфекtywnych. Były to osoby hospitalizowane, które zbadano w okresie złagodzenia objawów i poprawy funkcjonowania psychicznego¹. Osoby zakwalifikowane do grupy o neurotycznej organizacji osobowości były w trakcie terapii lub deklarowały, że były leczone z powodu zaburzeń nerwicowych, takich jak: zaburzenia lęku uogólnionego, nerwica, agorafobia oraz fobia społeczna. Ostatecznie, 11 osób to pacjenci szpitali i poradni zdrowia psychicznego, natomiast pozostałe 19, to osoby deklarujące leczenie psychiatryczne i/lub psychologiczne z powodu stanów lękowych. Do grupy *borderline* zakwalifikowano 19 osób na podstawie aktualnej lub postawionej w przeszłości diagnozy klinicznej zaburzeń osobowości *borderline*, pozostałe 11 włączono na podstawie wyników kwestionariusza ZOB (Leichsenring, 1999).

Osoby badane były w wieku od 18 do 64 lat ($M=32.9$), spośród których 46 to kobiety, a 44, to mężczyźni. W większości badani deklarowali wykształcenie średnie (70% badanych), następnie wyższe (24.5%) oraz podstawowe (5.5%). Wśród badanych o organizacji osobowości *borderline* i neurotycznej było więcej kobiet niż mężczyzn, w przypadku osób o osobowości psychicznej obserwowano przewagę mężczyzn.

MIERZONE ZMIENNE I NARZĘDZIA BADAWCZE

Uwzględniając założenie O. Kernberga, że organizacja osobowości powstaje w wyniku zahamowania procesu rozwoju reprezentacji *self* w relacji do obiektu uznano, że zmienną zależną jest przynależność osoby badanej do jednego z trzech wyodrębnionych poziomów organizacji osobowości (psychicznego, *borderline*, neurotycznego),

natomiast mechanizmy obronne, status tożsamości i siła ego stanowią zbiór zmiennych niezależnych.

Według Kernberga (2004a) poziom działań obronnych jest to stopień dominacji prymitywnych mechanizmów obronnych, takich jak rozszczepienie, projekcja i identyfikacja projekcyjna nad dojrzałymi mechanizmami skoncentrowanymi wokół wyparcia. W celu oszacowania rodzaju mechanizmów obronnych stosowanych przez osoby o różnej organizacji osobowości użyto Inwentarza Mechanizmów Obronnych C. Glesera i D. Ihilevicha (1969). Autorzy narzędzia przyjęli założenie, że główną funkcją mechanizmów obronnych jest rozwiązywanie konfliktów między tym, co jednostka spostrzega, a jej zinternalizowanym systemem wartości. W jego skład wchodzi pięć podskal, które mierzą prymitywne i bardziej dojrzałe mechanizmy obronne. Podskale: agresja wobec obiektu (*Turning against object* – TAO), projekcja (*Projection* – PRO) i zwracanie się przeciwko sobie (*Turning against Self* – TAS) badają prymitywne mechanizmy obronne, natomiast podskale: odwoływanie się do zasad (*Principialization* – PRN) i odwrócenie (Reversal-REV; wyparty popęd ulega odwróceniu, dzięki czemu może być uświadomiony i wyrażony w postaci akceptowanych zachowań) – dojrzałe mechanizmy obronne. Zarówno autorzy (Gleser i Ihilevich, 1969), jak i inni badacze (Cramer, 1988) szacowali stabilność bezwzględną testu. Średnie współczynniki stabilności wynosiły od $r=.76$ do $r=.89$. Rzetelność polskiej wersji testu zbadano na 45-osobowej grupie. Przeprowadzono powtórne badanie w odstępie jednego miesiąca, rok później przeprowadzono to samo badanie na innej grupie trzydziestu osób. Współczynniki rzetelności poszczególnych skal uzyskane w tych badaniach wynoszą od .5 dla skali projekcji do .9 dla agresji wobec obiektu.

Stopień integracji tożsamości w ujęciu Kernberga (1970) jest określany przez poziom spójności i zróżnicowania między pojęciem *self* i obiektu. Patologiczne rozproszenie tożsamości przejawia się w sprzecznym zachowaniu, postrzeganiu siebie i innych znaczących osób na płytkim i niespójnym poziomie oraz doświadczaniu chronicznej wewnętrznej pustki. Narzędzie zastosowane do pomiaru tej zmiennej, to zrewidowana wersja Kwestionariusza Statusu Tożsamości (*Objective Measure of Ego-Identity Status*) Adams, Bennion i Huh (1989). Test składa się z 64 pozycji podzielonych na 4 podskale, odpowiadające jednemu z czterech statusów tożsamości: dyfuzyjnej, przyjętej, moratorium i osiągniętej. Wyższe wyniki świadczą o większym nasileniu mierzonego przez podskale statusu tożsamości. Oryginalna wersja kwestionariusza została wielokrotnie zbadana pod kątem rzetelności. Badano korelacje pomiędzy poszczególnymi itemami testu, która w 20 różnych badaniach wahała się od α Cronbacha = .30 do .91. Średni wynik to .66. Test sprawdzano również metodą test – retest (w odstępie 4 tygodni), korelacja dla wszystkich skal wynosiła od $r=.59$ do $r=.82$. Korelacja między połówkami testu wahała się od $r=.10$ do $r=.68$. Trafność treściową określano przy pomocy sędziów kompetentnych którzy ze zgodnością

¹ Badania grupy pacjentów z nerwicą przeprowadziła M. Pieniążek.

94.6% ocenili oni itemy testu jako reprezentatywne dla danej grupy (*ibidem*). Polska wersja testu jest wersją eksperymentalną, w związku z tym nie ma jeszcze doniesień na temat rzetelności i trafności metody.

Testowanie rzeczywistości w koncepcji Kernberga (1970) to zdolność do różnicowania między wewnętrznymi i zewnętrznymi źródłami spostrzeżeń i bodźców, odróżnianie „ja” od „nie- ja” oraz realistyczna ocena własnych zachowań, emocji i myśli w relacji do norm społecznych. Do pomiaru tej zmiennej w badaniu użyto skali *Sila Ego* (Es) F. Barrona wyodrębnionej z Minesockiego Wielowymiarowego Inwentarza Osobowości MMPI, składającej się z 68 pozycji (Matkowski, 1992; Barron, 1953). Skala może służyć do oceny osoby badanej pod względem zdolności adaptacji do zewnętrznej rzeczywistości, zaradczości (*resourcefulness*), umiejętności radzenia sobie w różnych sytuacjach. Konceptualizacja pojęcia „siła ego”, wynikająca z uzyskanych przez Barrona korelacji skali z różnymi wymiarami osobowości i inteligencją oraz z samej zawartości skali, obejmuje m.in.: stabilność psychiczną, silne poczucie rzeczywistości i zdolność jej testowania, poczucie adekwatności (*ibidem*). Współczynnik rzetelności między-połówkowej oryginalnej wersji skali Siła Ego wynosi .76,

rozproszenie tożsamości, prymitywne mechanizmy obronne oraz zdolność do testowania rzeczywistości. Ogólny wynik stanowi sumę wszystkich punktów, a kwalifikowanie osoby do grupy patologii osobowości *borderline* następuje wówczas, gdy w całej skali osiąga wyniki 20 punktów i więcej, natomiast w skali skróconej Cut- 20 -10 punktów i więcej (Leichsenring, 1999).

WYNIKI BADAŃ

ZDOLNOŚĆ DO TESTOWANIA RZECZYWISTOŚCI

Na podstawie ogólnych wyników skali *Sila Ego* (Es) można wnioskować, że najniższą zdolność do testowania rzeczywistości przejawiają osoby z psychotyczną organizacją osobowości ($M=37,4$), najwyższą natomiast osoby o neurotycznej organizacji osobowości ($M=48,1$). Osoby *borderline* plasują się pośrodku, ze średnim wynikiem $M=40,9$. W celu odpowiedzi na pytanie czy między osobami o trzech wyodrębnionych organizacjach osobowości występują różnice w zdolności do testowania rzeczywistości przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA. Wyniki przedstawia Tabela 1.

Tabela 1

Wyniki jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA dla skali Siły Ego (zmienna testowanie rzeczywistości)

		Test <i>post hoc</i> T3 Dunnetta	
		N	48.1
Sila Ego	$F(2, 85)=16.057; P<.001$	B	41.4
		P	36.4

a rzetelność zbadana metodą test-retest wyniosła .72. Badania Silvermana (1963 za: Matkowski, 1992) dowodzą, że skala Es charakteryzuje się podobną rzetelnością i trafnością jak cały kwestionariusz MMPI (np. badania rzetelności test-retest pokazują korelację $r=.85$ dla pacjentów psychiatrycznych i $r=.91$ dla osób zdrowych).

Jako narzędzie przesiewowe do wyodrębnienia grupy badanych o organizacji osobowości *borderline* zastosowano *Kwestionariusz Osobowości Borderline (Borderline Personality Inventory – BPI)* F. Leichsenringa w polskiej adaptacji Cierpiałkowskiej (2001). Autor zakłada, podobnie jak Kernberg, że patologia osobowości *borderline* leży u podłoża wszystkich typów zaburzeń osobowości, a skonstruowany kwestionariusz bada zarówno typ, jak i organizację osobowości *borderline*. BPI zawiera 53 pozycje, opisujące funkcjonowanie intrapsychiczne i interpersonalne osoby, z czego 51 opisów wymaga odpowiedzi typu prawda-falsz (przy różnej liczbie alternatyw do wyboru), natomiast dwa pozostałe pytania 52 i 53 mają charakter otwarty. Analiza czynnikowa pozwoliła Leichsenringowi na wyodrębnienie sześciu czynników, charakteryzujących odmienne aspekty osobowości osób o organizacji osobowości *borderline*, z których cztery znalazły się w BPI. Tworzą one podskale: lęk przed bliskością,

W związku z brakiem możliwości przyjęcia założenia o jednorodności wariancji wyników uzyskanych przez grupy badanych (wynik w teście Levene'a 5.390 przy $p<.05$) zastosowano testy *post hoc* T3 Dunnetta. Uzyskane rezultaty potwierdzają przyjęte założenie, że osoby o neurotycznej organizacji osobowości osiągają istotnie wyższe wyniki na skali siły ego niż osoby z organizacją osobowości psychotyczną i *borderline*. Różnice między dwiema ostatnimi grupami są nieistotne statystycznie. Interesujący jest fakt, że gdy do analizy włączymy dwa skrajne wyniki z grupy *borderline* i psychotycznej, które zostały usunięte z właściwego zbioru danych jako zbyt skrajne, wtedy różnica między obiema grupami okazuje się istotna statystycznie.

POZIOM STOSOWANYCH MECHANIZMÓW OBRONNYCH

Na podstawie wyników *Inwentarza Mechanizmów Obronnych* (IMO) Glesera i Ihilevicha można wnioskować, że w przypadku mechanizmów obronnych typu: agresja wobec obiektu (TAO) oraz projekcja (PRO) najwyższe rezultaty otrzymały osoby z grupy *borderline* ($M=48.3$ i 42.59), następnie psychotycznej ($M=36.8$ i 40.01) oraz neurotycznej ($M=33.6$ i 33.3). W skali odwoływanie się do zasad

(PRN) najwyższe wyniki otrzymały osoby o neurotycznej organizacji osobowości ($M=48.1$), następnie o organizacji osobowości psychotycznej ($M=43$) i *borderline* ($M=40.24$). W skali zwracanie się przeciwko sobie (TAS) najwyższe wyniki obserwowano u osób neurotycznych ($M=45.5$), następnie *borderline* ($M=40.51$) i psychotycznych ($M=38.6$). Najwyższe wyniki w ostatniej z analizowanych grup mechanizmów obronnych polegających na odwracaniu (REV) uzyskały osoby psychotyczne ($M=41.6$), następnie neurotyczne ($M=39.2$) i *borderline* ($M=26.87$).

Ponieważ rozkład wyników podskal IMO nie spełnia założenia o normalności (istotność wyników w teście Kolmogorowa-Smirnowa jest mniejsza od .05), w celu zweryfikowania hipotezy o równości średnich w trzech grupach badanych użyto nieparametrycznego odpowiednika jednoczynnikowej analizy wariancji – testu Kruskala-Wallisa, a następnie dokonano porównań parami testem U Manna-Whitney'a, z poprawką Banferroniego. Wyniki analizy różnic między grupami w nasileniu stosowania prymitywnych i bardziej dojrzałych mechanizmów obronnych przedstawia Tabela 2.

Tabela 2

Wyniki analizy statystycznej dla Inwentarza Mechanizmów Obronnych (zmienna mechanizmy obronne)

	Test Kruskala-Walisa	Test U Manna-Whitney'a	
Agresja wobec obiektu	$\chi^2 2 (2)=25.9747; P<.001$	B	61.22
		P	36.08
		N	30.55
Projekcja	$\chi^2 2 (2)=20.322; P<.001$	B	57.60
		P	46.68
		N	28.35
Zwracanie się przeciwko sobie	$\chi^2 2 (2)=10.590; P<.05$	N	55.12
		B	39.74
		P	34.63
Odwoływanie się do zasady	$\chi^2 2 (2)=21.902; P<.001$	B	60.57
		P	40.25
		B	30.48
Odwrócenie	$\chi^2 2 (2)=27.191; P<.001$	P	58.16
		N	51.98
		B	25.30

Mechanizmy obronne – agresja wobec obiektu (TAO) są istotnie częściej stosowane przez osoby o organizacji osobowości *borderline* niż przez osoby neurotyczne i psychotyczne. Dwie ostatnie grupy osób charakteryzują się podobnym nasileniem agresji wobec obiektu. Projekcja (PRO) natomiast jest istotnie częściej stosowana przez osoby o organizacji osobowości psychotycznej i *borderline* niż przez osoby neurotyczne. Kolejny z uznawanych za prymitywne mechanizmów obronnych – zwracanie się przeciwko sobie (TAS), jest istotnie częściej stosowany przez osoby o neurotycznej organizacji osobowości niż

przez osoby *borderline* czy psychotyczne, między którymi nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic. Osoby neurotyczne częściej stosują uznawany za dojrzały mechanizm obronny odwoływanie się do zasad (PRN). Między grupami *borderline* i psychotyczną nie ma różnic w częstości stosowania tej obrony. Ostatni z opisywanych mechanizmów – odwracanie (REV) jest istotnie częściej stosowany przez osoby psychotyczne i neurotyczne niż przez osoby z organizacją osobowości *borderline*.

POZIOM INTEGRACJI TOŻSAMOŚCI

Wyniki Kwestionariusza Statusu Tożsamości pokazują, że najwyższe na skali tożsamości osiągniętej (A) oraz przejętej (F) otrzymywały osoby o psychotycznej organizacji osobowości ($M=70.7$ i 55.1), następnie osoby neurotyczne ($M=65.93$ i 39.2) i *borderline* ($M=56.3$ i 31.7). Na skali moratorium (M) i dyfuzji (D) tożsamości najwyższe wyniki otrzymywały osoby psychotyczne ($M=62.8$ i 60), następnie *borderline* ($M=58.3$ i 52.4) i neurotyczne ($M=48.17$ i 48.07).

Rozkład wyników ostatniej z analizowanych zmiennych również nie spełnia założenia o normalności (istotność wyników w teście Kolmogorowa-Smirnowa jest mniejsza od .05), w związku z czym różnicę między grupami w zakresie poziomu integracji tożsamości weryfikowano przy użyciu nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa (z poprawką Banferroniego), a następnie metodą porównań parami testem U Manna-Whitney'a. Wyniki analizy przedstawia Tabela 3.

Status tożsamości osiągniętej (A) występuje częściej u osób psychotycznych i neurotycznych niż *borderline*.

Tabela 3

Wyniki analizy statystycznej dla Inwentarza Kwestionariusza Statusu Tożsamości (zmienna integracja tożsamości)

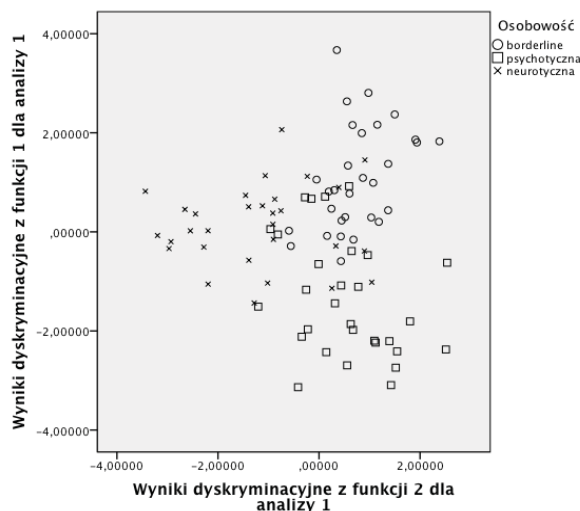
	Test Kruskala-Walisa	Test U Manna-Whitney'a	
Tożsamość osiągnięta	$\chi^2 2 (2)=16.139; P<.001$	B	55.18
		P	47.21
		N	29.33
Tożsamość moratoryjna	$\chi^2 2 (2)=18.398; P<.001$	B	56.60
		P	50.75
		N	19.15
Tożsamość rozproszona	$\chi^2 2 (2)=13.810; P<.001$	N	58.62
		B	42.93
		P	33.90
Tożsamość przejęta	$\chi^2 2 (2)=20.723; P<.001$	N	61.27
		P	42.23
		B	31.03

Między pacjentami z psychozą a osobami z nerwicą nie zaobserwowano jednak istotnych różnic w tym zakresie. Moratorium tożsamości (M) jest statusem znacznie częściej charakteryzującym osoby o organizacji osobowości psychotycznej i *borderline* niż osób o organizacji neurotycznej. Dyfuzja tożsamości (D) jest natomiast cechą istotnie różnicującą osoby psychotyczne od pozostałych dwóch badanych grup. Status tożsamości przejętej (F) znacznie częściej osiągany jest przez osoby psychotyczne niż osoby *borderline* i neurotyczne. Między dwiema ostatnimi grupami nie zaobserwowano różnic istotnych statystycznie w wynikach tej skali (por. Tabela 3).

W JAKIM STOPNIU PATOLOGIA ORGANIZACJI OSOBOWOŚCI MOŻE ZOSTAĆ WYJAŚNIONA PRZEZ ZMIENNE WSKAZYWANE W MODELU O. KERNBERGA?

Na ostatnim etapie analizy wyników postanowiono odpowiedzieć na pytanie, które z badanych zmiennych wyróżnionych w modelu patologii organizacji osobowości O. Kernberga najlepiej pozwalają określić przynależność do grupy osób neurotycznych, *borderline* i psychotycz-

nych. W tym celu przeprowadzono krokową analizę dyskryminacyjną opartą na minimalizacji λ Wilksa, która pozwala wskazać jakie zmienne dzielą wszystkich bada-



Rycina 1. Wyniki analizy dyskryminacyjnej

Tabela 4Wartości λ Wilksa dla czterech zmiennych włączonych do modelu

	Zmienna	Liczba zmiennych	λ Wilksa	F dokładne
1	Projekcja	1	.666	17.83***
2	Odwrócenie	2	.469	16.12***
3	Siła Ego	3	.390	13.82***
4	Tożsamość przejęta	4	.344	11.98***

*** $p<.001$

nych na podgrupy o różnej patologii organizacji osobowości. Wyniki przedstawia Tabela 4.

Zmiennymi istotnymi dla modelu okazały się być: prymitywny mechanizm obronny projekcja, dojrzały mechanizm odwracanie, zdolność do testowania rzeczywistości oraz status tożsamości przejętej. Tabela 5 prezentuje standaryzowane współczynniki kanonicznych funkcji dyskryminacyjnych.

Tabela 5
Standaryzowane współczynniki kanonicznych funkcji dyskryminacyjnych

Zmienna	Funkcja 1	Funkcja 2
Projekcja	.43	-.71
Odwrocenie	.90	.07
Siła Ego	-.36	.46
Tożsamość przejęta	.51	.24

Jak wynika z Tabeli 5. zmiennymi mającymi największy udział w dyskryminowaniu grup osób o różnych poziomach organizacji osobowości (najwyższe standaryzowane współczynniki) są mechanizm obronny odwracania i projekcji, a nieco niższe siła ego i status tożsamości. Na podstawie Ryciny 1 można wnioskować, że osoby należące do grupy o neurotycznej organizacji osobowości w niższym stopniu posługują się projekcją i lepiej testują rzeczywistość (siła ego) (Funkcja 2), a osoby o psychotycznej organizacji osobowości częściej stosują mechanizm odwracania i projekcji, gorzej testują rzeczywistość i częściej odznaczają się statusem tożsamości przejętej (Funkcja 1). Osoby *borderline* charakteryzują się wysokimi wskaźnikami obu z opisywanych funkcji dyskryminacyjnych. (Tabela 6)

Ogółem, na podstawie wartości czterech zmiennych włączonych do modelu można w 74.4% określić, do której z trzech organizacji osobowości będzie należała osoba badana. Przynależność do grupy *borderline* można określić na poziomie 86.7%, co oznacza, że w 14.3% zmiennie w modelu nie pozwalają na określenie, z powodu jakich czynników

osoba posiadająca cechy predysponujące ją do funkcjonowania na poziomie *borderline* pozostaje na poziomie psychotycznym lub neurotycznym. Analogicznie, przynależność do grupy organizacji psychotycznej można określić w 70%, natomiast do organizacji neurotycznej w 66.7%.

DYSKUSJA

Model strukturalny poziomów patologii osobowości Otto Kernberga jest najbardziej rozbudowaną i spójną teoretycznie koncepcją, od lat szeroko wykorzystywaną przez klinicystów (por. Acklin, 1992; Clarkin, Fonagy i Gabbard, 2010), a od niedawna weryfikowaną empirycznie na grupach klinicznych i nie-klinicznych przez badaczy (por. Fischer-Kern i in., 2010). Celem badań była próba odpowiedzi na pytanie czy między trzema strukturami osobowości występują różnice w zakresie wyróżnionych przez O. Kernberga (1996) elementów, takich jak: nasilenie prymitywnych i bardziej dojrzałych mechanizmów obronnych, zdolność ego do testowania rzeczywistości oraz stopień integracji tożsamości. Pomimo niewielkiej grupy badanych, rezultaty analizy dyskryminacyjnej pokazują na istotne znaczenie dla wyróżnienia trzech poziomów patologii organizacji osobowości wskazanych w modelu teoretycznym aspektów.

Dominujące w strukturze osobowości mechanizmy obronne, zgodnie z koncepcją O. Kernberga (1996), są konsekwencją zahamowania procesu jej rozwoju w fazie symbiozy – dla organizacji psychotycznej, różnicowania reprezentacji *self* od obiektu – dla organizacji z pogranicza lub w fazie wstępnej integracji pozytywnego i negatywnego aspektu *self* i obiektu – organizacji neurotycznej. Obecność dojrzałych mechanizmów obronnych skoncentrowanych wokół wyparcia jest charakterystyczna dla neurotycznej organizacji osobowości, podczas gdy w organizacjach o bardziej nasilonej patologii dominują mechanizmy prymitywne. Uzyskane rezultaty częściowo potwierdzają to założenie. Osoby neurotyczne w większym stopniu niż *borderline* i psychotyczne (między którymi nie zaobserwowano różnic) stosowały obronę polegającą na odwoływaniu się zasad, co skutkuje dysocjacją między myślami o zdarzeniu a współwystępujący-

Tabela 6
Analiza klasyfikacji osób badanych do grup

	Osobowość	Przewidywana przynależność do grupy			Ogółem
		<i>borderline</i>	psychotyczna	neurotyczna	
Liczebność	<i>borderline</i>	26	2	2	30
	psychotyczna	4	21	5	30
	neurotyczna	6	4	20	30
%	<i>borderline</i>	86.7	6.7	6.7	100
	psychotyczna	13.3	70.0	16.7	100
	neurotyczna	20.0	13.3	66.7	100

mi emocjami (Gleser i Ihlevich, 1969). Do grupy bardziej dojrzałych mechanizmów obronnych zalicza się także intelektualizację, izolację i racjonalizację. Natomiast osoby *borderline* i psychotyczne istotnie częściej stosowały projekcję, mechanizm zaliczany do grupy prymitywnych mechanizmów obronnych, polegający na rzutowaniu własnych, nierozpoznanych stanów wewnętrznych (najczęściej agresji, poczucia winy) na innych ludzi. Istotne różnice wykazano również na skali agresji wobec obiektu, gdzie osoby o organizacji osobowości *borderline* uzyskały znacznie wyższe wyniki niż dwie pozostałe grupy badanych. Źródła takiej zależności należy szukać, zdaniem Kernberga (1980, 1996), w interakcji wielu czynników, zwłaszcza predyspozycji genetycznych z doświadczeniami wczesnodziecięcymi.

Drugi z elementów konstytuujących patologię organizacji osobowości, to stopień integracji tożsamości, który ma inny charakter w porównywanych grupach. Tożsamość rozproszona (dyfuzyjna) istotnie częściej występuje u osób o psychotycznej organizacji osobowości niż w pozostałych grupach. Status tożsamości matoryjnej, charakterystyczny dla osób aktualnie doświadczających kryzysu tożsamości w większym stopniu obserwuje się u osób psychotycznych i *borderline* niż u badanych o neurotycznej organizacji osobowości. Zgodnie z rozwojową koncepcją poziomów patologii osobowości Kernberga (1970) należy przyjąć, że osoby o organizacji *borderline* osiągają wyższy poziom zróżnicowania reprezentacji *self* od reprezentacji obiektu niż osoby o organizacji psychotycznej, dlatego mają oni mniejsze, choć i tak znaczące problemy z utrzymaniem granic i stałości ego. W konsekwencji powszechnie przyjmuje się, że zaburzenia tożsamości osób *borderline* mają mniej patologiczny charakter niż osób psychotycznych. Często naprzemiennie doświadczają oni poczucia pustki i identyfikacji z tożsamością społecznie atrakcyjną (idealną), co może powodować pewien poziom niespójności i braku ciągłości w postrzeganiu siebie i innych osób. Osoby psychotyczne natomiast często nie są pewne, czy w ogóle istnieją bądź mają poważne problemy z poczuciem całości ego na płaszczyźnie cielesnej, psychicznej czy społecznej (McWilliams, 2009). Zgodnie z oczekiwaniami rezultaty pokazały, że osoby o organizacji neurotycznej charakteryzują się częściej niż *borderline* tożsamością osiągniętą.

Rezultaty niezgodne z koncepcją Kernberga odnoszą się do oczekiwanych różnic między organizacją osobowości *borderline* a psychotyczną w zakresie zdolności do testowania rzeczywistości, przejawiającej się w trafnym różnicowaniu między tym co wewnętrzne, a tym co zewnętrzne. Rezultaty nie potwierdziły założenia o różnicy w zdolności do testowania rzeczywistości między osobami o organizacji osobowości *borderline* i psychotycznej. Istotne różnice zaobserwowano między tymi organizacjami osobowości a rozwojowo najniższym poziomem patologii struktury osobowości – neurotyczną, która odznaczała się wyższym poziomem zdolności do testowania rzeczywistości. Wprawdzie Kernberg (1970) zakładał, że podstawowa zdolność do testowania rzeczywistości u osób *borderline* jest podob-

na do neurotyków, to są dane, które wskazują na dużą niestabilność tej zdolności w zależności od kontekstu i stanu osoby. Badania na przykład M. Fischer-Kern i innych (2010) pokazują, że osoby *borderline* odznaczają się pewnymi deficytami w subtelnym testowaniu rzeczywistości o charakterze społecznym, a w sytuacjach poważnego stresu lub obciążenia emocjonalnego może dojść nawet do załamania się tej zdolności (tzw. przejściowe stany psychotyczne). Możliwe, że narzędzie zastosowane do pomiaru tej zmiennej nie pozwoliło na uchwycenie tak subtelnych różnic w zdolności do testowania rzeczywistości.

Jeśli chodzi o mechanizmy obronne, to rezultaty niezgodne z oczekiwaniami uzyskały osoby o neurotycznej organizacji osobowości na skali zwracanie się przeciwko sobie oraz osoby psychotyczne na skali mechanizmu odwrócenia. Spodziewaliśmy się, że osoby o organizacji *borderline*, które są bardzo autoagresywne i agresywne uzyskają wyższe wyniki niż neurotyczne (Kernberg, 2004b). Jeśli chodzi o wyniki na skali odwrócenie, to można przyjąć, zgodnie z rezultatami uzyskanymi przez Dudley (1978), że wysokie wyniki uzyskują osoby o nasilonej potrzebie aprobaty społecznej. Wydaje się prawdopodobne, że warunki prowadzenia badań osób psychotycznych mogły sprzyjać pobudzeniu się tej potrzeby. Przypomnijmy, że badania odbywały się na oddziale szpitala psychiatrycznego, w indywidualnym kontakcie z pacjentami, którzy powracali do zdrowia po epizodzie psychotycznym lub kolejnej fazie ostrej schizofrenii bądź zaburzeń schizoafektywnych. Podczas prowadzenia badania można było zauważyć, że ci pacjenci poszukiwali aprobaty, starali się kwestionariusze wykonać jak najlepiej, podtrzymywali kontakt z badającym, dopytując się także o różne kwestie nie związane z badaniami.

Rezultaty niezgodne z założeniami otrzymano także w zakresie stopnia integracji tożsamości u badanych. Zaobserwowano bowiem częstsze wysokie wyniki na skali tożsamości przyjętej w grupie osób psychotycznych niż w pozostałych dwóch grupach badanych. Jak już wspomniano wyżej tożsamość ta, w świetle założeń Kernberga (1996), wydaje się bardziej charakterystyczna dla osób o organizacji osobowości *borderline*. Ponieważ w badaniu brały udział osoby często z wieloletnią, mającą początek w okresie adolescencji, historią chorowania na schizofrenię czy zaburzenia schizoafektywne można przyjąć, że utożsamiały się one z „byciem pacjentem lub chorym psychicznie”. Taki typ tożsamości może mieć stabilną, chociaż ustaloną przez inne osoby z zewnątrz (lekarzy, rodziców) postać, która nie jest potwierdzona indywidualnym doświadczeniem. Trudno natomiast znaleźć uzasadnienie dla kolejnego z otrzymanych rezultatów, mianowicie dla istotnie wyższych wyników osób psychotycznych (poza neurotycznymi) niż osób *borderline* na skali tożsamości osiągniętej. Wysoki wynik osób neurotycznych jest zgodny z założeniami koncepcji organizacji osobowości, natomiast niezgodny z charakterystyką osób psychotycznych. Ci ostatni powinni uzyskać na skali tożsamości zintegrowanej najniższe wyniki. Niezgodność rezultatów z hipotezami można wyjaśnić na dwa sposoby, odnosząc się do niedoskonałości narzędzia do badania toż-

samości ego oraz doboru osób do grupy badanej. Kwestionariusz Statusu Tożsamości ma charakter *self-report*, a zatem bardziej mierzy poglądy badanych na temat tożsamości niż typ tożsamości. Jeśli zaś chodzi o dobór osób do grupy pacjentów z psychozą, to można odnieść się do trafności diagnozy klinicznej. Na przykład, w Polsce bardzo rzadko rozpoznaje się zespoły psychotyczne w stanie dekompenсации pacjentów z zaburzeniami osobowości *borderline* czy narcystycznych. Większość takich pacjentów otrzymuje rozpoznanie zaburzeń schizoafektywnych. Kernberg (1984) również uważa, że strukturalna charakterystyka osób ze schizofrenią w okresie remisji nie jest jednoznaczna, bo wskutek problemów diagnostycznych mogą one przejawiać inną niż psychotyczną organizację osobowości.

Podsumowując, należy uznać, że na podstawie przeprowadzonych badań nie można jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie, czy proponowana przez Otto Kernberga charakterystyka różnych poziomów organizacji osobowości znajduje potwierdzenie empiryczne. Otrzymane wyniki są jednak bardzo interesujące, zwłaszcza gdy weźmiemy pod uwagę jakościowe różnice między porównywanymi grupami w zakresie analizowanych zmiennych. Wydaje się, że przeprowadzenie badań na większej grupie osób, z użyciem bardziej zróżnicowanych i dokładnych narzędzi badawczych mogłoby zaowocować bardziej jednoznacznymi rezultatami. Z pewnością uzyskane rezultaty w zaprezentowanym badaniu mogą posłużyć jako dobry punkt wyjścia dla dalszych dociekań w tym jakże ciekawym obszarze.

LITERATURA

- Acklin, M.W. (1992). Psychodiagnosis of personality structure: Psychotic personality organization. *Journal of Personality*, 58, 3, 454-463.
- Adams, G., Bennion, L., Huh, K. (1989). *Objective measure of ego identity status: A reference manual*. Logan: Utah State University.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4rt ed. rev.). Washington, DC: Author.
- Barron, F. (1953). An ego-strength scale which predicts response to psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 5, 327-333.
- Bell, R.C., Jackson, H.J. (1992). The structure of personality disorders in DSM-III. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 279-287.
- Cierpiałkowska, L. (2001). *Kwestionariusz Osobowości Borderline F. Leichsenring'a. Polska adaptacja*. Poznań: materiały nie opublikowane.
- Cierpiałkowska, L. (2005a). Psychologia zaburzeń lękowych i zaburzeń osobowości. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (t. 2, s. 132-152). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Cierpiałkowska, L. (2005b). Rozwojowe koncepcje psychopatologii z perspektywy modeli konfliktu i deficytu. W: L. Cierpiałkowska, J. Gościński (red.), *Współczesna psychoanaliza. Modele konfliktu i deficytu* (s. 167-183). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Clarkin, J.F., Fonagy, P., Gabbard, G.O. (2010). *Psychodynamic psychotherapy for personal disorders: A clinical handbook*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Cramer, P. (1988). The Defense Mechanisms Inventory: A review of research and discussion of the scales. *Journal of Personality Assessment*, 52, 142-164.
- Diguer, L., Pelletier, S., Hebert, E., Descoteaux, J., Rousseau, J.P., Daust, J.P. (2004). Personality organizations, psychiatric severity, and self and object representation. *Psychoanalytic Psychology*, 21, 2, 259-275.
- Dudley, G. (1978). Effects of sex, social desirability, and birth order on the Defense Mechanisms Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 6, 1419-1422.
- Fischer-Kern, M., Schuster, P., Kapusta, N.D., Tmej, A., Rentrop, M. i in. (2010). The relationship between personality organization, reflective functioning, and psychiatric classification in borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychology*, 27, 4, 395-409.
- Gleser, G.C., Ihilevich, D. (1969). An objective instrument for measuring defense mechanisms. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 33, 51-60.
- Karasu, T.B. (1994). A developmental metatheory of psychopathology. *American Journal of Psychotherapy*, 48, 4, 581-599.
- Kernberg, O.F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 641-685.
- Kernberg, O.F. (1970). A psychoanalytic classification of character pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18, 800-822.
- Kernberg, O.F. (1980). Psychotherapy with borderline patients: An overview. W: B. Karasu, L. Bellak (red.), *Specialized techniques for specific clinical problems in psychotherapy* (s. 85-117). Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson Inc.
- Kernberg, O.F. (1996). A psychoanalytic theory of personality disorders. W: J.F. Clarkin, M.F. Lenzenweger (red.), *Major theories of personality disorders* (s. 106-140). New York London: The Guilford Press
- Kernberg, O.F. (2004a). Borderline personality disorder and borderline personality organization: Psychopathology and psychotherapy. W: J.J. Magnavita (red.), *Handbook of personality disorders. Theory and practice* (s. 92-119). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Kernberg, O.F. (2004b). *Aggressivity, narcissism, and self-destructiveness in the psychotherapeutic relationship. New developments in the psychopathology and psychotherapy of severe personality disorders*. New Haven, London: Yale University Press.
- Klein, M. (1975). *Envy and gratitude and other works 1946-1963*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Klein, M. (2007a). Wkład do psychogenezy stanów maniakalno-depresyjnych. W: M. Klein (red.), *Miłość, poczucie winy i reparacja* (s. 234-244). Gdańsk: GWP.
- Klein, M. (2007b). Żaloba i jej związek ze stanami maniakalno-depresyjnymi. W: M. Klein (red.), *Miłość, poczucie winy i reparacja* (s. 338-364). Gdańsk: GWP.
- Leichsenring, F. (1999). Development and First Results of the Borderline Personality Inventory: A self-report instrument for assessing Borderline Personality Organization. *Journal of Personality Assessment*, 73, 1, 45-63.

- Lenzenweger, M.F., Clarkin, J.F. (1996). The personality disorders: history, classification, and research issues. W: J.F. Clarkin, M.F. Lenzenweger (red.), *Major theories of personality disorders* (s. 1-35). New York London: The Guilford Press.
- Matkowski, M. (1992). *MMPI – badanie, opracowanie, interpretacja*. Poznań: Pracownia Terapii i Rozwoju Osobowości.
- Mc Williams, N. (2009). *Diagnoza psychoanalityczna*. Gdańsk: GWP.
- Smits, D.J.M., Vermote, R., Claes, L., Vertommen, H. (2009). The Inventory of Personality Organization-Revised. Construction of an abridged version. *European Journal of Psychological Assessment*, 25, 4, 223-230.
- Widiger, T.A., Shea, T. (1991). Differentiation of Axis I and Axis II disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 3, 399-406.
- World Health Organization (1997). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD- 10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków – Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.