

Andrzej Jakubik

Diagnostyka osobowości dysocjalnej

Studia Psychologica nr 6, 237-247

2006

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

ANDRZEJ JAKUBIK
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

DIAGNOSTYKA OSOBOWOŚCI DYSSOCJALNEJ

Diagnostics of abnormal personality (psychopathy)

Abstract

The main subject of the paper is the presentation of the diagnostics of dissocial personality from the point of view of contemporary psychopathology. In this review of the literature, the author reports on basic assumptions for personality structure disorders. At the beginning, this work concerns history of the field, development of the conception of dissocial personality definition of different terms (abnormal personality, antisocial personality, psychopathy, etc.) and a map of the problems to be approached. Successively, the paper focuses on clinical diagnostic criteria of abnormal personality. Finally, the author presents diagnostic controversies about the relationship between alcoholism or narcotic addiction and dissocial personality.

1. WPROWADZENIE

Zasadniczym kierunkiem badań nad zaburzeniami osobowości w psychiatrii klinicznej są teorie opisowe, czyli tzw. teorie cech osobowości, charakteryzujące się klasyfikowaniem ludzi z perspektywy ich stałych właściwości (dyspozycji) psychofizycznych, tj. cech. „Cecha to hipotetyczny komponent osobowości, definiowany przez przypisywanie ogólnej nazwy dla zbioru współwystępujących zachowań” (Jakubik, 1979, s. 160). Podstawę teoretyczną takiego opisowego ujęcia osobowości stanowi fakt względnej stałości niektórych elementów zachowania się człowieka w podobnych sytuacjach oraz regularność i podobieństwo zachowań różnych ludzi, co pozwala wnosić o wspólności ich cech i opisywać je za pomocą tych samych pojęć.

Struktura osobowości byłaby więc określonym układem (konfiguracją) cech, a cecha – skrótowym opisem pewnych zachowań, a przy tym jednocześnie ich determinantą. Opisowe ujęcie osobowości, mimo poważnych słabości teoretyczno-metodologicznych, przeważa obecnie w psychiatrii, stanowiąc wygodną – chociaż heurystycznie bezpłodną – płaszczyznę porozumienia między psychiatrami o różnych poglądach teoretycznych (np. zwolennicy koncepcji typologicznych czy psychoanalitycznych również posługują się opisem zaburzeń osobowości w kategoriach cech) oraz w miarę dogodne rozwiązanie kliniczno-pragmatyczne.

W myśl założeń teorii cech, dla celów praktyki klinicznej można ogólnie określić osobowość jako wieloczynnikową strukturę dynamiczną, która integruje i re-

guluje zachowanie się człowieka oraz jego relacje ze światem zewnętrznym, natomiast „*zaburzenia osobowości jako względnie trwałe zahamowanie rozwoju osobowości*”, przejawiające się głównie zakłóceniem prawidłowego funkcjonowania mechanizmów integracyjno-regulacyjnych (Jakubik, 1987).

Najczęściej zaburzenia osobowości dzieli się na dwie kategorie: zaburzenia struktury osobowości (np. osobowość nieprawidłowa) oraz zaburzenia cech osobowości (np. osobowość paranoiczna, schizoidalna, histrioniczna czy anankastyczna), przyjmując założenie, że różnice dotyczą patogenezy, obrazu klinicznego, przebiegu, stopnia trwałości i nasilenia zaburzeń, dynamiki zmian i skuteczności stosowanych metod leczenia. Doświadczenie psychiatryczne wskazuje, że diagnostyka i różnicowanie obu rodzajów zaburzeń osobowości jest praktycznie sprawą bardzo trudną.

2. HISTORIA POJĘCIA PSYCHOPATII

Do zaburzeń struktury osobowości zaliczamy osobowość nieprawidłową, powszechnie określaną jeszcze do niedawna terminem „psychopatia”, stanowiącą do dnia dzisiejszego jedno z najbardziej wieloznacznych i kontrowersyjnych pojęć z zakresu psychiatrii i psychologii klinicznej.

Rodowód historyczny psychopatii można wywodzić od pierwszych klinicznych opisów społecznie nie przystosowanych wzorów zachowania się, zaburzeń uczuć i woli, włączonych w 1801 r. przez Pinela do kategorii „manii bez urojeń”, przez Trélata do „obłądu jasnego”, a nazywanych przez Rusha „moralnym pomieszaniem zmysłów”. Znacznie później Prichard (1835) przedstawił koncepcję tzw. obłądu moralnego (*moral insanity*), charakteryzującego się degradacją lub wrodzonym brakiem uczuć moralnych, przy jednocześnie niezaburzonych procesach intelektualnych. Z biegiem lat, pod wpływem teorii degeneracji Morela, zaczęto stosować ten termin wyłącznie w odniesieniu do osób z dziedzicznie, jak sądzono, uwarunkowanym niedorozwojem uczuć moralnych (tj. trwałym defektem charakteru), choć zespół *moral insanity* stwierdzano także w przebiegu i zejściu różnych chorób psychicznych.

Pojęcie psychopatii, a ściślej mówiąc „konstytucjonalnej psychopatycznej małowartościowości” (*konstitutionell psychopathische Minderwertigkeit*), pierwszy wprowadził Koch (1891) na oznaczenie trwałego defektu uczuć w rozumieniu prichardowskim. Stał on na stanowisku organicznej (wrodzonej lub nabytej) etiologii psychopatii. Z czasem wielu psychiatrów opisywało psychopatię, jako typ osobowości pozbawionej uczuć złożonych, pod różnymi nazwami, np. „daltonizm moralny” (Maudsley), „znieczulenie zmysłu moralnego” (Ballet), „inwalidztwo moralne” (Arnaud), „społeczno-fizjologiczna niewrażliwość” (Rotenberg), „zespół anetyczny” (Albrecht), „psychopatia amoralna” (Birnbbaum), „oligotymia” (Davidson), „defekt moralny” (Wyrsh), „anetopatia” (Karpman), „anomalia zmysłu moralnego” (Barbé), „stan ubytku moralnego” (Berze), „niedorozwój moralny” (Mazurkiewicz), „kryerotymia” (Łuniewski) itp.

Na gruncie psychiatrii dynamicznej proponowano w miejsce psychopatii takie określenia, jak „socjopatia” (Partridge, 1930), „charakter narcystyczny” (Kernberg, 1975), „osobowość hiperinstrumentalna” (Wolman, 1987) czy też „osobowość manipulacyjna” (Bursten, 1973), a propozycje Amerykańskiego Towarzy-

stwa Psychiatrycznego zmieniały się kolejno od „osobowości socjopatycznej z reakcjami antysocjalnymi” (DSM-I) przez „zaburzenia osobowości typu antysocjalnego” (DSM-II), aż do „antysocjalnych zaburzeń osobowości” (DSM-III, DSM-III-R; DSM-IV, 1994). W klasyfikacji ICD-9 (1981, s. 32) wyróżniało się kategorię: „osobowość nieprawidłowa z wyraźnymi cechami antysocjalnymi”, natomiast ICD-10 (1994, s. 50) wprowadza nowy termin: „osobowość dysocjalna”, równoważny takim rozpoznaniom, jak osobowość amoralna, antysocjalna, asocjalna, psychopatyczna lub socjopatyczna.

Współczesna psychologia oferuje termin „makiawelizm” (osobowość makiawelistyczna), nazywany w skrajnych przypadkach „zespołem chłodu” (Christie, Geis, 1970).

3. KLASYFIKACJE PSYCHOPATII

Wychodząc z założenia, że zachowania antyspołeczne nie są typowe dla osobowości psychopatycznej, gdyż nieprzestrzeganie powszechnie przyjętych norm społecznych występuje również u osób z nerwicami, upośledzeniem umysłowym, lekozależnością lub psychozami, a także wśród ludzi zdrowych psychicznie, niektórzy autorzy, np. Karpman, Arieti, Reid czy Blackburn, podejmowali próby wyodrębnienia różnych postaci psychopatii. Jednocześnie ze spornymi problemami terminologicznymi pojawiła się tendencja do podziału psychopatii na różne typy na podstawie kryteriów klinicznych, co doprowadziło do jeszcze większej wieloznaczności i nieostrości tego pojęcia. Większość z licznych klasyfikacji psychopatii, proponowanych m.in. przez takich autorów jak Bumke, Ewald, Gannuszkina, Gruhle, Henderson, Kahn i Kraepelin, należy już dzisiaj do przeszłości, a cieszące się największą popularnością w świecie i w Polsce podziały Schneidera (1950) czy też E. i M. Bleulerów (1972) także przechodzą stopniowo do historii psychiatrii. Z wydzielonych przez nich kilkunastu typów psychopatii tylko jednostki zaliczane przez Bleulera do kategorii upośledzenia moralnego lub do schneiderowskiej grupy psychopatów chłodnych uczuciowo, odpowiadają pojęciu psychopatii w jego pierwotnym, klasycznym znaczeniu.

Współcześnie (por. Millon, Davis, 1996) mniej znany jest podział psychopatii na pięć typów: osobowość dysocjalną nomadyczną, zachłanną, wrogą, ryzykującą i „broniącą własnej reputacji” (Millon, Davis, 2005, s. 148).

Kliniczne klasyfikacje psychopatii nie mają właściwie żadnej wartości praktycznej ani teoretycznej, gdyż nie spełniają podstawowych wymogów logicznych – chociażby warunków wyłączności i rozłączności – opierają się na eklektycznych kryteriach podziału oraz obejmują wszelkie postacie zaburzeń osobowości, a więc i takie, które *ex definitione* nie są psychopatiami

W ostatnich latach pojawiła się interesująca i wartościowa heurystycznie tendencja do tworzenia klasyfikacji osobowości nieprawidłowej na podstawie ścisłych kryteriów empirycznych, ale ostateczne rozwiązanie tego zagadnienia nie wydaje się bliskie (por. Jakubik, 2003b).

4. OPIS KLINICZNY

Nadmierne poszerzanie zakresu pojęcia psychopatii, którego najlepszą egzemplifikacją może być m.in. praca Kępińskiego (1977), spowodowało, że obec-

nie rozpoznaje się ją zbyt pochopnie, na co słusznie już wiele lat temu zwracali uwagę Jaroszyński i in. (1963). Z tego powodu w literaturze przedmiotu obserwuje się ostatnio wyraźne dążenie do uściślenia kryteriów diagnostycznych oraz zmian terminologicznych. Istotnym elementem postępu w tym zakresie, nawiązującym do prawie zapomnianej propozycji Schneidera z 1934 r., było wprowadzenie terminu „osobowość nieprawidłowa” (*abnorme Persönlichkeit*) w miejsce obciążonej pejoratywnym znaczeniem nazwy „psychopatia”, jakby zgodnie z życzeniami przeciwników tzw. naznaczania czy stygmatyzacji społecznej. Już wówczas bowiem Schneider wskazywał, że koncepcje zaburzeń osobowości nie powinny być oparte na wartościujących ocenach o charakterze normatywnym. Istotą osobowości psychopatycznej jest istnienie wewnętrznego „ciemnia”, którym jednostka taka rani nie tylko wszystkich dookoła, lecz także i siebie. Sprawia cierpienie innym ludziom, ale cierpi też sama. Jego zdaniem, zaburzone zachowanie się jest zawsze wtórne do nieprawidłowej struktury osobowości i dlatego nie jest ani warunkiem koniecznym, ani wystarczającym do rozpoznania psychopatii.

Z przeglądu piśmiennictwa wynika, że do istotnych cech osobowości nieprawidłowej (klasycznej psychopatii) należy przede wszystkim słabość uczuć złożonych, nieumiejętność nawiązania właściwych związków międzyludzkich, błędy w ocenie otoczenia, postawy instrumentalne i „kalkulacyjne” wobec innych ludzi, ujmujący sposób bycia (tzw. lew salonowy, błyszczący w grupie, ale bardzo powierzchowny intelektualnie), pozorna ogląda towarzyska, skłonność do działań popędowych (np. impulsywność, niekontrolowana agresja), skrajny egocentryzm, brak poczucia winy i wyrzutów sumienia, nieumiejętność przewidywania, brak wglądu w siebie, nieprzystosowanie społeczne oraz niezdolność do uczenia się, tzn. słaba reakcja na społeczne wzmocnienia dodatnie lub ujemne (por. Jakubik, 2003b). Ogólnie mówiąc, osobowość nieprawidłową charakteryzuje wyraźna przewaga sfery popędowo-emocjonalnej nad sferą poznawczo-uczuciową. „Psychopatie są niedorozwojem życia uczuciowego, podobnie jak oligofrenia jest niedorozwojem życia intelektualnego” – pisał przed laty Mazurkiewicz (1980, s. 114).

Zdaniem Pospiszyla (1985), opisywane w piśmiennictwie właściwości osobowości psychopatycznej dadzą się sprowadzić do dwóch strukturalnie najważniejszych elementów: nieumiejętności nawiązywania głębszych związków emocjonalnych z innymi ludźmi oraz tzw. deficytu lęku. To właśnie „upośledzenie związków międzyludzkich” i niski poziom lęku są przyczynami zachowań antyspołecznych u tego typu osób. Dlatego niektórzy autorzy podkreślają, że osobowość nieprawidłowa stanowi poważny problem kryminologiczny (por. Eron, 1980; Guze, 1976; Hare, 1983; Kozarska-Dworska, 1977; Millon i in., 1998, Pospiszyl, 1985; Robins, 1977), ale ich stanowisko w świetle współczesnej diagnostyki zaburzeń osobowości już od dawna wydaje się odosobnione (por. Jakubik, 2002, 2003a). W ICD-9 (1981) zwraca się uwagę, że częste konflikty z prawem mają charakter wykroczeń drobnych i przypadkowych; nie są to przestępstwa poważne, złożone, zaplanowane. Szczególnie ważne jest stwierdzenie o „raczej drobnych i przypadkowych” konfliktach z porządkiem prawnym, gdyż kwestionuje ono utrwalony schemat psychopaty-przestępcy czy psychopaty-recydywisty,

jaki pokutuje jeszcze do dnia dzisiejszego nie tylko w opinii publicznej, ale także w niektórych kręgach profesjonalnych, np. wśród psychiatrów, psychologów, prawników.

Dlatego np. Blackburn (1988) i Gunn (1977) bardzo ostro krytykują badaczy, którzy za jedno z głównych kryteriów diagnostycznych psychopatii uważają zachowania antyspołeczne, zwykle o charakterze przestępczym. Stanowczy sprzeciw – moim zdaniem w pełni uzasadniony (Jakubik, 2003b) – wyraża także Jarożyński (1980), który podkreśla, że w praktyce klinicznej psychiatrom i psychologom „zupełnie wystarcza stwierdzenie [u badanego – dop. A. J.] jakichkolwiek konfliktów z otoczeniem lub – jeszcze lepiej – z prawem. W ten sposób stwarza się znak równości między osobowością nieprawidłową a antysocjalnością” (s. 44).

5. KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE

W obecnie zalecanej przez Światową Organizację Zdrowia, X Rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) osobowości dyssocjalnej (tj. osobowości nieprawidłowej) przypisano następujący krótki opis:

„Zaburzenie, które zwraca uwagę dużą niewspółmiernością między zachowaniem a obowiązującymi normami społecznymi, charakteryzuje się: a) bezwzględnym nieliczeniem się z uczuciami innych;

b) silną i utrwaloną postawą nieodpowiedzialności i lekceważenia norm, reguł i zobowiązań społecznych; c) niemożnością utrzymania trwałych związków z innymi, chociaż nie ma trudności w ich nawiązywaniu; d) bardzo niską tolerancją frustracji i niskim progiem wyzwalania agresji, w tym zachowań gwałtownych; e) niezdolnością przeżywania poczucia winy i korzystania z doświadczeń, a w szczególności z doświadczanych kar; f) wyraźną skłonnością do obwiniania innych lub wysuwania pozornie możliwych do uznania racjonalizacji zachowań, które są źródłem konfliktów z otoczeniem. Cechą towarzyszącą może być także nadmierna drażliwość” (ICD-10, 1997, s. 172).

Według DSM-IV (1994) do zasadniczych kryteriów osobowości antisocjalnej (dosł. „antyspołecznego zaburzenia osobowości” – por. Groth, 2004) zaliczamy:

A. Utrzymujący się wzorec braku szacunku i łamania praw innych ludzi, występujący od 15 roku życia, na co wskazują trzy lub więcej z wymienionych wskaźników:

1. nieumiejętność podporządkowania się normom społecznym, przejawiająca się wielokrotnie zachowaniami niezgodnymi z prawem;
2. powtarzające się kłamstwa i oszukiwanie innych dla zysku lub przyjemności;
3. impulsywność i niezdolność do planowania;
4. skłonność do rozdrażnienia i agresywność (częsty udział w bójkach lub napaściach);
5. beztroski brak szacunku dla bezpieczeństwa własnego lub innych;
6. brak odpowiedzialności (np. w pracy zawodowej, zobowiązaniach finansowych);
7. brak poczucia winy wyrażający się obojętnością lub racjonalizacją ranienia, szkodenia lub okradania innych ludzi.

B. Osoba musi mieć co najmniej 18 lat.

C. Udowodnione zaburzenia zachowania, które pojawiły się przed 15 rokiem życia.

D. Zachowania antyspołeczne nie mogą występować wyłącznie podczas epizodów schizofrenii bądź manii.

Obecnie przyjmuje się powszechnie kryteria diagnostyczne osobowości nieprawidłowej sformułowane przez wybitnego znawcę zagadnienia, Cleckleya (1985). Uwzględniając nieznaczne modyfikacje własne (por. Jakubik, 2002, 2003a, 2003b) są one następujące:

- trwała niezdolność do związków uczuciowych z innymi ludźmi;
- bezosobowy stosunek do życia seksualnego (przedmiotowe traktowanie partnera);
- brak poczucia winy, wstydu i odpowiedzialności;
- nieumiejętność odraczania satysfakcji (dążenie do natychmiastowego zaspokojenia popędów i potrzeb);
- utrwalone i nieadekwatne zachowania antyspołeczne;
- autodestrukcyjny wzorzec życia (np. po okresie dobrego przystosowania, a nawet sukcesów, niszczenie dotychczasowych osiągnięć z przyczyn dla otoczenia nie zrozumiałych);
- nadmierne zapotrzebowanie na stymulację;
- nieumiejętność planowania odległych celów (koncentracja na teraźniejszości, zmienność i nietrwałość dążeń);
- znaczna aktywność dla osiągnięcia celu doraźnego, zanikająca wobec minimalnych niepowodzeń;
- niezdolność przewidywania skutków własnego postępowania;
- niezdolność wysnuwania praktycznych wniosków z przeszłych doświadczeń (tj. nieefektywność procesu uczenia się);
- nie dające się logicznie wyjaśnić przerywanie każdej podjętej konstruktywnej działalności (tzw. początki bez końca);
- swoisty brak wglądu („otępienie semantyczne”), tj. zdolności oceny samego siebie, zrozumienia zależności niepowodzeń od własnych cech;
- w miarę sprawna ogólna inteligencja, formalnie nie zaburzona;
- nierozróżnianie granicy między rzeczywistością a fikcją, prawdą a kłamstwem (określane też takimi terminami, jak pseudologia, pseudologia phantastica, mitomania, zespół Delbrücka, kłamstwo patologiczne);
- brak lęku;
- nietypowa lub niezwykła reakcja na alkohol;
- częste szantażowanie samobójstwem;
- tendencja do samouszkodzeń.

W dążeniu do obiektywizacji procesu diagnostycznego próbuje się do pomiaru osobowości nieprawidłowej stosować różnorodne narzędzia badawcze. Używa się do tego celu licznych inwentarzy, skal i kwestionariuszy o bardzo różnym stopniu standaryzacji, rzetelności i trafności, m.in. Skali Empatii R. Hogana, Kwestionariusza Osobowości H. J. Eysencka, Skali Więzi Międzyosobowej D. Schalling, Listy Cech Psychopatii R. Craddicka, Skali Nonkonformizmu R. I.

Lanyona, Skali Braku Kontroli R. Monroe'a, Kwestionariusza Prawidłowego Przystosowania H. Quaya, Skali Wywiadu Diagnostycznego L. Robinsa, skal Mach IV i Mach V R. Christie i F. Geisa, Wywiadu Społeczno-Diagnostycznego B. B. Wolmana, Skali Zachowania Psychopatycznego E. Ziskinda i wielu innych.

Chociaż za stosunkowo obiektywne narzędzia pomiarowe uznaje się obecnie jedynie cztery: Skalę Uspołecznienia z kwestionariusza CPI H. G. Gougha; Skalę Socjopatii (SPY) C. D. Spielbergera; Skalę Obserwacyjną Skłonności Psychopatycznych (PCL-R) R. D. Hare'a (1991) oraz Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości (MMPI) S. R. Hathawaya i J. C. McKinleya, w którym profil charakterystyczny dla osobowości nieprawidłowej wyraża się wysokimi wynikami (powyżej 70 T) w skalach psychopatii (Pd) i hipomanii (Ma), przy względnie niższych wynikach (nie przekraczających 60 T) w pozostałych skalach diagnostycznych – to jednak nie stanowią one pełnowartościowych metod klinicznej diagnozy osobowości nieprawidłowej.

6. OSOBOWOŚĆ NIEPRAWIDŁOWA A ENCEFALOPATIA

Nie znamy jeszcze patogenety czy też czynników warunkujących ukształtowanie się osobowości nieprawidłowej. Tymczasem udoskonalenie metod badania mózgu spowodowało wydzielenie swoistej kategorii osobowości nieprawidłowej, uwarunkowanej nabytym, zwłaszcza w okresie płodowym, okołoporodowym lub wczesnym dzieciństwie, uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego o różnorodnej etiologii (urazy, infekcje, zatrucia, itp.). Osobowość nieprawidłową o podłożu organicznym nazywamy encefalopatią lub charakteropatią, jak proponuje T. Bilikiewicz, który ostro rozgranicza „charakteropatie, jako uwarunkowane organicznie zaburzenia charakteru, od psychopatii, w których nie da się stwierdzić zmian organicznych mózgu” (Bilikiewicz, 1989, s. 249).

W najnowszej klasyfikacji ICD-10 (1997) wyodrębnia się kategorię „organicznych zaburzeń osobowości” w postaci osobowości rzekomo psychopatycznej lub osobowości rzekomo upośledzonej, którym przypisuje się „istotną zmianę utrwalonych wzorców przed chorobowego zachowania. Szczególnie dotknięte jest wyrażanie emocji, potrzeb i popędów. Zaburzenia procesów poznawczych dotyczą głównie lub nawet wyłącznie planowania, przewidywania prawdopodobnych następstw indywidualnych i społecznych, jak to bywa w tzw. zespole płata czołowego” (s. 66). Obecnie używamy raczej nazwy „encefalopatia” zamiast „charakteropatia”, ponieważ ten ostatni termin sugeruje ujemne wartościowanie jednostki pod względem społecznym i moralnym.

Osobowość encefalopatyczna przejawia się cechami typowej osobowości nieprawidłowej, często w połączeniu z rysami histerycznymi, chociaż mogą istnieć duże różnice obrazu klinicznego, jeżeli uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego nastąpiło późno, gdy osobowość była już w pełni ukształtowana. Obok wymienionych cech zaznaczają się mniej lub bardziej wyraźnie objawy zespołu organicznego, jak np. chwiejność afektywna, drażliwość, wybuchowość, skłonność do czynów impulsywnych, reakcje dysforyczne przebiegające nierzadko ze zwężeniem pola świadomości, obniżenie sprawności intelektualnej itp. Encefalopatia często występuje u osób nadużywających alkoholu, narkotyków lub leków, u których zresztą w praktyce błędnie rozpoznaje się osobowość nieprawi-

dłową, zwłaszcza jeśli dostępnymi metodami badań nie stwierdza się uchwytnych zmian organicznych w mózgu, gdy tymczasem patologia jest po prostu następstwem wieloletniego nieraz alkoholizmu, narkomanii lub lekozależności, a nie pierwotnie zaburzoną strukturą osobowości.

Wydaje się, że Jaroszyński (1980) słusznie krytykuje wyodrębnianie osobowości nieprawidłowej na podłożu organicznym: „Rozróżnianie osobowości nieprawidłowej właściwej (dawnej psychopatii) od osobowości też nieprawidłowej, ale odznaczającej się zmianami organicznymi (encefalopatia, charakteropatia) trudno nazywać różnicowaniem. W każdym razie, różnicowanie to nie leży w płaszczyźnie psychopatologicznej, opiera się jedynie na wynikach badań neurologicznych i dodatkowych. Samo rozgraniczenie jest zresztą wątpliwe, w każdym razie linia podziału nie przebiega zgodnie z zasadą: są zmiany organiczne czy ich nie ma, lecz odpowiednio do naszych możliwości wykrycia tych ewentualnych zmian” (s. 47).

7. KONTROWERSJE DIAGNOSTYCZNE

W rozważaniach nad kryteriami diagnostycznymi osobowości nieprawidłowej nie można pominąć ważnych kontrowersji związanych z poszukiwaniem zależności między osobowością nieprawidłową a innymi zaburzeniami psychicznymi, jak psychozy schizofreniczne, choroby afektywne, narkomania czy alkoholizm. Analiza literatury przedmiotu skłania do następujących uwag krytycznych:

1. Podstawowym źródłem nieporozumienia w tej kwestii jest niepotrzebna koncentracja badań na problemie tzw. osobowości przedchorobowej. Badania te nie spełniają elementarnych wymagań współczesnej metodologii, gdyż opierają się prawie wyłącznie na ocenie osobowości chorych na podstawie danych z wywiadów od pacjenta, jego rodziny lub najbliższych osób. Poza tym każde badanie *ex post facto* charakteryzuje duża niedokładność oraz brak obiektywnej kontroli głównej zmiennej niezależnej i zmiennych ubocznych, zakłócających jej wpływ. Z drugiej strony, pojęcie osobowości jako konstruktu hipotetycznego (bez względu na założenia teoretyczne) przypisane jest człowiekowi na stałe i dlatego nie można mieć dwóch osobowości: przedchorobowej i chorobowej. Powinno się raczej mówić o przejściowej lub względnie trwałej zmianie osobowości bądź nawet – jeśli zostanie zweryfikowana – swoistości funkcjonowania osobowości w przebiegu określonych zaburzeń psychicznych. Taki punkt widzenia nadaje całkowicie odmienny, bardziej perpektywiczny i poprawny metodologicznie, kierunek badaniom empirycznym nad osobowością chorych psychicznie. Umiejscowienie problematyki badawczej w czasie teraźniejszym a nie przeszłym stwarza jednocześnie szansę, iż nieadekwatny termin „osobowość przedchorobowa” przejdzie na trwałe do historii psychiatrii i psychologii klinicznej.

2. Badaniom ukierunkowanym na zagadnienie funkcjonowania osobowości w zaburzeniach psychicznych grozi natomiast inne niebezpieczeństwo: opisywanie chorych w kategoriach diagnostycznych osobowości nieprawidłowej lub zaburzeń osobowości, zgodnie z propozycjami istniejących klasyfikacji psychiatrycznych, tj. ICD czy DSM. Wówczas nie uwzględnia się istotnego, modyfikującego wpływu zaburzeń psychicznych (np. psychozy, uzależnień) na osobowość badanych. Nieuprawnione wnioski badawcze łączą się wtedy w praktyce z dodat-

kowym etykietowaniem (naznaczeniem) chorych, którym np. do diagnozy „narkomania” dodaje się „osobowość nieprawidłowa”.

3. W opublikowanych pracach dość często spotyka się żargonowe określenie „psychopatyzacja”, przypisywane głównie chorym psychotycznym. Piszemy o „psychopatyzacji schizofrenii”, „psychopatyzacji manii”, „psychopatyzacji choroby afektywnej” itp. Problem ten pojawił się w rezultacie obserwacji klinicznych, wskazujących, że w przebiegu przewlekłych chorób psychicznych, zwłaszcza schizofrenii bez objawów psychotycznych, pacjenci ujawniają zachowania (np. antysocjalność, brak związków uczuciowych z ludźmi) charakterystyczne dla osobowości nieprawidłowej (od tego powstała np. nazwa „schizofrenia rzekomopsychopatyczna”). Zakładając pewność rozpoznania schizofrenii, przy wyjściowej diagnozie różnicowej z osobowością nieprawidłową, znów powinniśmy spojrzeć na taki obraz kliniczny jako na wyraz względnie trwałych zmian funkcjonowania osobowości, a nie przyrównywać go do kategorii osobowości nieprawidłowej.

4. Podobnie można polemizować z poglądami tych badaczy, którzy dopatrują się bezpośredniego związku między osobowością nieprawidłową a zależnością lekową. Bez wątplenia istnieją pewne cechy osobowości lub nawet zaburzenia osobowości, które w jakimś sensie są jednym z czynników warunkujących lekozależność, ale niestety – jak wynika z przeglądu piśmiennictwa światowego (por. Gaś, 1987) – bardzo wielu autorów wiąże rozwój zależności lekowej i narkomanii z osobowością nieprawidłową. Tymczasem „można nawet przypuszczać – pisze Jaroszyński (1980, s. 49) – że cechy osobowości nieprawidłowej niespecjalnie sprzyjają nadużywaniu leków”. Ten typ osobowości charakteryzuje raczej handlarza narkotyków niż narkomana. Stwierdzenie w przebiegu lekozależności zachowań lub postaw zbliżonych do właściwości osobowości nieprawidłowej nie upoważnia jeszcze do jej rozpoznania.

5. Identyczne zastrzeżenia budzi niczym nieuzasadnione i nie poparte poprawnymi metodologicznie badaniami, stwierdzanie zależności między osobowością nieprawidłową a chorobą alkoholową. W piśmiennictwie z tego zakresu również przeważają prace obejmujące najczęściej badania nad „osobowością przedchorobową” („przedalkoholową”) lub zaburzeniami osobowości pod wpływem wieloletniego nadużywania. Warto więc, być może, przytoczyć opinie tych autorów, którzy zalecają daleko idącą ostrożność w ocenie relacji osobowość nieprawidłowa-alkoholizm.

„Nie wszyscy alkoholicy są socjopatami i nie wszyscy socjopaci są alkoholikami – twierdzi Wolman (1987, s. 16). – Powstaje podstawowe pytanie, czy nadużywanie alkoholu i narkotyków powoduje socjopatię, czy też socjopaci mają skłonność do stawania się alkoholikami i narkomanami, co wzmacnia i utrwala ich zachowania antyspołeczne”. Podobne stanowisko zajmuje Jaroszyński (1980), który powściągliwie, ale z naciskiem pisze: „Powszechnie uważa się, że alkoholizm rozwija się często na podłożu osobowości nieprawidłowej. Nie można jednak tego stwierdzenia odwracać: «skoro jest alkoholizm, to była osobowość nieprawidłowa już poprzednio». Znamy bowiem liczne inne przyczyny rozwoju nałogu alkoholowego. Jeżeli stwierdzamy zdeklarowany alkoholizm przewlekły, to dopisywanie osobowości nieprawidłowej jest zbędne, a często błędne, prawie zawsze

wątpliwe. Takie dodatkowe rozpoznanie opiera się bowiem na danych z wywiadu, dotyczących zwykle spraw sprzed wielu lat i rzadko obiektywnie przedstawianych” (s. 49). Dorzućmy do tego istotny argument rzeczowy: w patognomicznych kryteriach diagnostycznych osobowości nieprawidłowej nie wymienia się skłonności do nadużywania alkoholu, a jedynie wyszczególnia „nietypową lub niezwykłą reakcję na alkohol” (Cleckley, 1985, s. 77).

BIBLIOGRAFIA

- Bilikiewicz, T. (1989). *Psychiatria kliniczna*. Warszawa: PZWL.
- Blackburn, R. B. (1988). On moral judgements and personality disorders: the myth of the psychopathic personality revisited. *British Journal of Psychiatry*, 153, 505-512.
- Bleuler, E. (1972). *Lehrbuch der Psychiatrie*. Berlin: Springer.
- Bursten, B. (1973). *The manipulator*. New Haven: Yale University Press.
- Christie, R., Geis, F. (1970). *Studies in machiavellianism*. New York-London: Academic Press.
- Cleckley, H. (1985). *The mask of sanity*. St. Louis: Mosby.
- DSM-IV (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: APA.
- Eron, L. D. (1980). Prescription for reduction of aggression. *American Psychologist*, 35, 244-252.
- Gaś, Z. B. (1987). *Agresja a osobowość w uzależnieniach*. Rzeszów: WSP.
- Groth, J. (2004). Antyspołeczne zaburzenia osobowości. W: L. Cierpiałkowska (red.), *Psychologia zaburzeń osobowości*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 161-187.
- Gunn, J. (1977). Criminal behaviour and mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 130, 317-329.
- Guze, S. B. (1976). *Criminality and psychiatric disorders*. New York: Oxford University Press.
- Hare, R. D. (1983). Diagnosis of antisocial personality disorder in two prison population. *American Journal of Psychiatry*, 140, 887-890.
- Hare, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist – Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- ICD-9 (1981). *Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów (IX wersja)*. Warszawa: IPIŃ.
- ICD-10 (1994). *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Rozdział V: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)*. Kraków: Vesalius.
- Jakubik, A. (1979). *Histeria*. Warszawa: PZWL.
- Jakubik, A. (1987). Zaburzenia osobowości. W: S. Dąbrowski, J. Jaroszyński, S. Puzyński (red.), *Psychiatria*, t. 1, Warszawa: PZWL, 230-248.
- Jakubik, A. (2002). Zaburzenia osobowości. W: A. Bilikiewicz, S. Puzyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.), *Psychiatria*, t. 2. Wrocław: Urban & Partner, 583-616.
- Jakubik, A. (2003a). Zaburzenia osobowości. W: A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: WL PZWL, 414-427.

- Jakubik, A. (2003b). *Zaburzenia osobowości*. Warszawa: WL PZWL.
- Jaroszyński, J. (1980). Niektóre zagadnienia różnicowania zaburzeń psychicznych. *Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego*, 1/2, 5-54.
- Jaroszyński, J., Jarzębowska, E., Ostaszewska, J. (1963). Z zagadnień diagnostyki psychopatii. *NNiPP*, 13, 509-514.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Aronson.
- Kępiński, A. (1977). *Psychopatie*. Warszawa: PZWL.
- Koch, J. L. A. (1891). *Die psychopathischen Minderwertigkeiten*. Ravensburg: Maier.
- Kozarska-Dworska, J. (1977). *Psychopatia jako problem kryminologiczny*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze.
- Mazurkiewicz, J. (1980). *Zarys psychiatrii psychofizjologicznej*. Warszawa: PZWL.
- Millon, T., Davis R. D. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond*. New York: Wiley Interscience.
- Millon, T., Davis, R. D. (2005). *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Millon, T., Simonsen, E., Birket-Smith, M., Davis, R. D. (red.) (1998). *Psychopathy: antisocial, criminal and violent behavior*. New York: Guilford Publication, Inc.
- Partridge, G. E. (1930). Current conceptions of psychopathic personality. *American Journal of Psychiatry*, 10, 53-99.
- Pospiszyl, K. (1985). *Psychopatia*. Warszawa: PWN.
- Prichard, J. C. (1835). *A treatise on insanity and other diseases affecting the mind*. London: Sherwood, Gilbert a. Piper.
- Robins, E. (1977). Sociopathy. W: B. B. Wolman (red.), *International encyclopedia of psychiatry, psychology, psychoanalysis and neurology*, t. 10. New York: Aesculapius, 364-368.
- Schneider, K. (1950). *Die psychopathischen Persönlichkeiten*. Wien: Deuticke.
- Wolman, B. B. (1987). *The sociopathic personality*. New York: Brunner/Mazel.