

**Dr Ewa Habzda-Siwek**  
Katedra Kryminologii UJ

### **Zaburzenia osobowości jako problem psychologicznej diagnozy penitencjarnej**

Analizując czynniki, które wpływają na efektywność oddziaływań re-adaptacyjnych skazanych w warunkach zakładu karnego, nie można pominąć zmiennych osobowościowych (psychologicznych), które determinują treść i zakres możliwych oddziaływań na skazanego. Występowanie zaburzeń osobowości w populacji osób skazanych, które zostało potwierdzone szeregiem badań<sup>1</sup>, jest istotnym czynnikiem, który powinien być wzięty pod uwagę w planowaniu oddziaływań o charakterze resocjalizacyjnym i korekcyjnym. W niniejszym wystąpieniu zostaną przedstawione podstawowe problemy diagnozy zaburzeń osobowości w warunkach zakładu karnego oraz wynikające z nich konsekwencje terapeutyczne.

Problematyka diagnozy i terapii zaburzeń osobowości jest złożona i kontrowersyjna. Problemem jest już definiowanie pojęcia zaburzeń osobowości, które obejmuje bardzo różnorodne stany psychopatologiczne. Za punkt wyjścia rozważań przyjąć można definicję, w myśl której zaburzenia osobowości są „głęboko zakorzenionymi i utrwalonymi wzorcami zachowań, przejawiającymi się mało elastycznymi reakcjami na różnorodne sytuacje indywidualne i społeczne. Zachowania te charakteryzują się tendencją do skrajnych reakcji i wyrażają się znaczną odmiennością w porównaniu z przeciętnym w danej kulturze sposobem spostrzegania, myślenia, odczuwania i odnoszenia się do innych. Takie wzorce zachowania mają tendencję do trwałości i do obejmowania wielu zakresów funkcjonowania psychologicznego”<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Zob. m.in. E. H a b z d a - S i w e k, *Diagnoza stanu psychicznego sprawcy a rozstrzygnięcia w procesie karnym*, Kraków 2002, s. 120–123.

<sup>2</sup> J.J. C z a b a ła, J. M e d e r, M. S a w i c k a, *Podstawowe zaburzenia psychiczne*, w: *Psychologia. Podręcznik akademicki*, red. J. Strelau, t. 3, Gdańsk 2000, s. 591.

Dotychczasowe koncepcje i badania dotyczące zaburzeń osobowości rozwijają się w czterech podstawowych kierunkach, opartych na odmiennych założeniach teoretycznych. Wyróżnia się:

1) konstytucjonalne teorie typologiczne, zakładające biologiczne — dziedziczne i (lub) wrodzone — uwarunkowania osobowości;

2) teorie dynamiczne, wyodrębniające różne mechanizmy osobowości o charakterze sił psychodynamicznych (popędy, potrzeby itp.) i podkreślające zasadnicze znaczenie procesu socjalizacji w formowaniu się osobowości;

3) teorie cech osobowości, przypisujące w różnym stopniu czynnikom biologicznym, psychologicznym i społeczno-kulturowym ważną rolę w osobowym rozwoju jednostki;

4) teorie systemowe, obejmujące poznawcze koncepcje osobowości<sup>3</sup>.

Należy podkreślić, że problematyka zaburzeń osobowości stanowi domenę zarówno psychiatrii, jak i psychologii. Obie te dyscypliny opisują jednakże zaburzenia osobowości w odmienny sposób. Rozpoznanie zaburzeń osobowości w sensie psychiatrycznym (model medyczny) koncentruje się na aspektach patologicznych funkcjonowania osobowości, podczas gdy ujęcie psychologiczne sprzyja podejściu psychokorekcyjnemu (psychoterapeutycznemu). Spór o sposób rozumienia zaburzeń osobowości dotyczy m.in. tego, czy i jakie zaburzenia osobowości zaliczać do patologii życia psychicznego.

Z punktu widzenia klasyfikacji psychiatrycznych, zaburzenia osobowości zaliczane są do zaburzeń psychicznych, którym poświęcony jest rozdział V Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych<sup>4</sup>.

W podrozdziale obejmującym zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (obejmuje on jednostki chorobowe oznaczone symbolami F60–F69) znajdujemy wyjaśnienie, że: „Rozdział ten zawiera różne klinicznie znaczące stany i wzorce zachowań, które mają tendencję do utrwalania się i są — jak się wydaje — wyrazem charakterystycznego stylu życia człowieka oraz sposobu odnoszenia się do siebie i do innych ludzi. Niektóre z tych stanów i wzorców zachowań ujawniają się wcześniej w rozwoju jednostki jako wynik oddziały-

<sup>3</sup> *Leksykon psychiatrii*, red. S. Pużyński, Warszawa 1993, s. 523.

<sup>4</sup> Jest ona wydawana pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Od 1992 r. obowiązuje Dziesiąta Rewizja tej klasyfikacji, w skrócie nazywana ICD-10. Wydanie polskie rozdz. V Dziesiątej Rewizji ukazało się w 1994 r. Zob. *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja Dziesiąta. Rozdział V: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00–F99)*, ICD-10, Kraków 1994.

wania zarówno czynników konstytucjonalnych, jak i społecznych, zaś inne są nabyte w późniejszym okresie życia. Określone zaburzenia osobowości (F60.-), mieszane i inne zaburzenia osobowości (F61.-) oraz trwałe zmiany osobowości (F62.-) charakteryzują się głęboko zakorzenionymi i stałymi wzorcami zachowań, które ujawniają się jako niezmiennie reakcje na różne sytuacje osobiste i społeczne. Stanowią one znaczne lub skrajne odchylenia od przeciętnego — w danej kulturze — sposobu postrzegania, myślenia, odczuwania i odnoszenia się do innych. Takie wzorce wykazują skłonność do stabilności i obejmują wiele wymiarów zachowania i funkcjonowania psychologicznego. Towarzyszy im często, ale nie zawsze, różnego stopnia subiektywne poczucie przykrości (*distress*) oraz problemy w funkcjonowaniu społecznym<sup>5</sup>.

W grupie tzw. określonych zaburzeń osobowości wymienione są następujące jednostki: osobowość paranoiczna (F 60.0), osobowość schizoidalna (F60.1), osobowość dyssocjalna (aspołeczna) (F60.2), osobowość chwiejna emocjonalnie (F60.3), osobowość histrioniczna (histeryczna) (F60.4), osobowość anankastyczna (obsesyjno-kompulsywna) (F60.5), osobowość lękliwa (unikająca) (F60.6), osobowość zależna (F60.7), inne określone zaburzenia osobowości (F60.8)<sup>6</sup> oraz tzw. bliżej nie określone zaburzenia (BNO) osobowości (F60.9).

W praktyce diagnostycznej i terapeutycznej psychiatry i psychologowie posługują się również klasyfikacją Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego — tzw. DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders). Obecnie obowiązuje czwarte wydanie podręcznika — tzw. DSM-IV, w którym uwzględniono 12 rodzajów (typów) zaburzeń osobowości<sup>7</sup>.

W odróżnieniu od klasyfikacji WHO, zaburzenia psychiczne w podręczniku DSM są pogrupowane zgodnie z modelem wieloosiowym (a nie wymieniane kolejno). Wieloosiowość oznacza zastosowanie w diagnozie zaburzeń wielu osi, z których każda reprezentuje inny rodzaj lub inne źródło informacji<sup>8</sup>. Aktualny model diagnostyczny składa się z pięciu niezależnych osi opisujących różne źródła (czynniki) wpływające na zachowania człowieka.

Na oś I (zespoły kliniczne) składają się klasyczne zaburzenia psychiczne. Każde zaburzenie jest przedstawione w rozbiciu na kryteria diagnostyczne,

<sup>5</sup> *Ibidem*, s. 48.

<sup>6</sup> Do tej kategorii zalicza się m.in. osobowość niedojrzała i bierno-agresywną.

<sup>7</sup> Szerzej na ten temat zob. T. Million, R. Davis [i inni], *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*, Warszawa 2005, s. 3–5.

<sup>8</sup> *Ibidem*, s. 6.

czyli szczegółowo zdefiniowane cechy (objawy), które muszą być obecne, aby można było postawić określone rozpoznanie (zaklasyfikować osobę do kategorii klinicznej).

Oś II stanowią zaburzenia osobowości. Kryteria rozpoznawania zaburzeń osobowości obejmują zazwyczaj siedem, osiem lub dziewięć pozycji szczegółowo opisujących jakieś cechy, postawy lub zachowania pozostające w wyraźnym związku z danym zaburzeniem.

Oś III uwzględnia tzw. ogólne uwarunkowania medyczne, czyli wszelkie fizyczne lub medyczne uwarunkowania istotne dla zrozumienia stanu danego pacjenta.

Oś IV obejmuje natomiast problemy psychospołeczne i środowiskowe rozumiane szeroko jako wszelkie czynniki psychospołeczne i środowiskowe, które są ważne dla psychologicznego funkcjonowania człowieka. Uwzględnienie tych czynników umożliwia rozważenie obrazu danej osoby w kontekście jej życiorysu i umożliwia powiązanie patologicznego stanu aktualnego z historią jej rozwoju. Integracja wszystkich dostępnych danych znana jest pod nazwą konceptualizacji przypadku.

Ostatnia, V oś, zawiera ocenę ogólnego poziomu funkcjonowania psychologicznego, społecznego i zawodowego danej osoby. Służy temu skala GAF (Global Assessment of Functioning Scale) z przedziałem 0–100<sup>9</sup>.

W praktyce psychiatrycznej przeważa opisowe ujęcie zaburzeń osobowości w kategoriach tzw. cech (dyspozycji) psychofizycznych jako stałych właściwości osobowościowych. W myśl założeń teorii cech, zaburzenia osobowości to względnie trwałe zahamowanie rozwoju osobowości, przejawiające się zakłóceniem prawidłowego funkcjonowania jej mechanizmów integracyjno-regulacyjnych<sup>10</sup>.

Kluczem do prawidłowego rozumienia problematyki zaburzeń osobowości jest spostrzeżenie, że: „Osobowość jest nieprawidłowa albo w zakresie równowagi jej składników, ich rodzaju i sposobu przejawiania się — albo bardziej całościowo”<sup>11</sup>. Innymi słowy, pojęcie zaburzeń osobowości obejmuje różnorodne stany psychopatologiczne, różniące się symptomatologią, głębokością i trwałością zaburzeń.

Przyjmuje się, że tzw. osobowość nieprawidłowa jest jedną z postaci zaburzeń osobowości, wyrażającą się w zaburzeniach s t r u k t u r y osobowości

<sup>9</sup> *Ibidem*, s. 9.

<sup>10</sup> *Leksykon psychiatrii, op.cit.*, s. 523.

<sup>11</sup> Cyt. za: M. Cieślak, K. Spett, A. Szymusik, W. Wolter, *Psychiatria w procesie karnym*, Warszawa 1991, s. 216.

i nie może być utożsamiana z każdym zaburzeniem osobowości (w ujęciu wyżej przedstawionym z zaburzeniami cech osobowości). Zakłada się przy tym, że różnice dotyczą patogenezы, obrazu klinicznego, przebiegu, stopni trwałości i nasilenia zaburzeń, dynamiki zmian i skuteczności stosowanych metod leczenia<sup>12</sup>.

Zaznaczyć jednak należy, że przynależność osobowości nieprawidłowej (w przedstawianym ujęciu rozumianej jako zaburzenia struktury osobowości) do patologii psychicznej nie jest bezsporna, a jeszcze większe wątpliwości budzi traktowanie różnych postaci zaburzeń cech osobowości jako patologicznych. Zaburzenia cech osobowości są zatem tylko ilościowymi odchyleniami od normy psychicznej, ale nie tworzą zupełnie odrębnej jakości, jak w przypadku osobowości nieprawidłowej. W zaburzeniach cech osobowości nie stwierdza się bowiem tak podstawowych dla osobowości nieprawidłowej przejawów, jak wyraźne nieprzystosowanie społeczne (dezadaptacja) i wysoki stopień odchylenia od normy psychicznej<sup>13</sup>.

W celu uporządkowania problematyki można posłużyć się oryginalną polską koncepcją Andrzeja Jakubika (psychiatry i psychologa), który rozwinął tzw. systemowe ujęcie zaburzeń osobowości, łączące w jedną całość przypuszczalne etiopatogenetyczne znaczenie czynników biologicznych, psychologicznych i społeczno-kulturowych<sup>14</sup>. Definiując zaburzenia osobowości jako względnie trwałe zahamowania rozwoju osobowości jako systemu, A. Jakubik podkreśla potencjalne możliwości dalszego jej rozwoju. Zahamowanie rozwoju osobowości przejawia się zazwyczaj niskim stopniem rozwoju struktury systemu, zwłaszcza struktur poznawczych, co znajduje swój bezpośredni wyraz w nieprawidłowym jej funkcjonowaniu. W ujęciu A. Jakubika, struktura i funkcje systemu są wzajemnie nierozzerwalnie związane, dlatego zaburzenia osobowości mają zawsze charakter strukturalno-funkcjonalny. Zaburzenia rozwoju osobowości powstają w wyniku zakłócenia lub niemożności realizacji jej podstawowych właściwości jako systemu, tj. otwartości, aktywności, zdolności do samoorganizacji, samoregulacji i sterowania, teleonomiczności i zdolności uczenia się<sup>15</sup>.

<sup>12</sup> *Leksykon psychiatrii, op.cit.*, s. 523.

<sup>13</sup> Zob. A. Jakubik, *Zaburzenia osobowości*, w: S. Dąbrowski, J. Jaroszyński, S. Pużyński, *Psychiatria*, red. S. Pużyński, t. 1, Warszawa 1987, s. 239–240.

<sup>14</sup> A. Jakubik, *Zaburzenia osobowości*, Warszawa 1999.

<sup>15</sup> Podstawowe założenia koncepcji A. Jakubika zostały przedstawione w artykule: J.K. Gierowski, M. Sariusz-Skapska, *Kontrowersje wokół pojęcia psychopatii i jego użyteczność dla psychiatrii i psychologii sądowej*, „Palestra” 2007, nr 3/4, s. 105–107.

Podkreśla się dwa istotne elementy definicji A. Jakubika. Pierwszy z nich dotyczy zaburzenia systemu regulacji osobowości — dominacji określonych cech nad innymi, utrudniającej wykorzystanie tych drugich w sytuacjach wymagających adaptacji i w konsekwencji prowadzących do utrwalenia źle funkcjonujących mechanizmów przystosowawczych. Drugi element odnosi się do relacji między zaburzeniami struktury a zaburzeniami cech osobowości. W ujęciu A. Jakubika zaburzenia struktury powodują zakłócenia integracji poszczególnych funkcji osobowości, natomiast zaburzenia cech należy rozpatrywać w aspekcie cech dominujących i podporządkowanych<sup>16</sup>. Podejście A. Jakubika podkreśla dynamiczne mechanizmy funkcjonowania osobowości i zakłada, że podstawowym regulatorem zachowania się człowieka jest swoista motywacja wzbudzana w strukturach systemu, głównie na poziomie struktur informacyjnych (poznawczych). Zgodzić się należy z oceną, że takie ujęcie sprzyja pogłębieniu i rozwojowi wiedzy o procesach motywacyjnych sprawców przestępstw i w konsekwencji może zwiększyć trafność i rzetelność sądowej diagnostyki psychologicznej<sup>17</sup>. Uwzględniając kontekst diagnozy zaburzeń osobowości dokonywanej w warunkach penitencjarnych, podkreślić należy, że wiedza o mechanizmach regulacyjnych osobowości może sprzyjać zarówno optymalnemu dostosowywaniu programów korekcyjnych i resocjalizacyjnych do sprawcy, jak i ocenie ryzyka powrotności do przestępstwa.

Na marginesie warto zaznaczyć, że w ujęciu systemowym zaburzenia osobowości są rozpatrywane jako jednolita kategoria diagnostyczna, w której nie wyodrębnia się poszczególnych postaci klinicznych, co pozwala uniknąć problemów związanych z klasyfikacją zaburzeń.

W tym miejscu konieczne jest rozważenie relacji omawianych pojęć z pojęciem psychopatii, wciąż używanym w piśmiennictwie psychologiczno-psychiatrycznym. Termin psychopatia został wprowadzony do psychiatrycznego nazewnictwa jeszcze w XIX w., natomiast współczesne klasyfikacje psychiatryczne odeszły od tego pojęcia, zastępując go pojęciem osobowości nieprawidłowej<sup>18</sup>. Jak pisze A. Jakubik: „(...) 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

---

<sup>16</sup> Szerzej zob. *ibidem*, s. 106.

<sup>17</sup> *Ibidem*.

<sup>18</sup> *Leksykon psychiatrii, op.cit.*, s. 323.

Schneidera z roku 1934, było wprowadzenie terminu «osobowość nieprawidłowa» 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<sup>19</sup>. Obowiązujące klasyfikacje psychiatryczne (ICD-10, DSM-IV) traktują natomiast psychopatie jako różnorodne „zaburzenia osobowości”<sup>20</sup>. Trudno się jednak nie zgodzić ze spostrzeżeniem, że nie da się całkowicie zrezygnować z pojęcia psychopatii m.in. ze względu na liczne badania naukowe psychiatryczne i psychologiczne odwołujące się do tego pojęcia<sup>21</sup>. Zagadnienie psychopatii w kontekście współczesnego podejścia do zaburzeń osobowości zostało obszernie omówione w pracy Beaty Pastwy-Wojciechowskiej, dotyczącej naruszania norm prawnych w psychopatii<sup>22</sup>. Z punktu widzenia diagnostycznego, kontrowersje dotyczące definiowania terminu psychopatia przekładają się na trudności w jednoznacznej operacjonalizacji tego pojęcia. W tej kwestii można wyróżnić dwa zasadnicze podejścia. W pierwszym rozumieniu, przyjętym przez psychologów, psychopatia jest definiowana jako wymiar osobowości, czyli zespół względnie stałych cech zachowania, dotyczących sfery emocjonalno-popędowej i motywacji człowieka. Daje to możliwość porównywania nasilenia tej zmiennej w różnych grupach badanych, a wymiar psychopatii jest stosowany w kwestionariuszach i inwentarzach osobowości służących do opisu cech osobowości z punktu widzenia psychologicznego. W drugim ujęciu psychopatia jest traktowana jako zmienna kategoryalna, a więc pewien specyficzny typ czy klasa odróżniająca psychopatów od niepsychopatów.

W obecnym stanie badań pytanie, czy psychopatię należy traktować jako kategorię, czy jako wymiar — pozostaje bez jednoznacznej odpowiedzi. Istotę problemu ilustruje następująca wypowiedź: „Uznanie psychopatii za kategorię implikuje poszukiwanie takiego czynnika, którego posiadanie różnicuje osoby psychopatyczne i niepsychopatyczne, a równocześnie nie pozwala na dokonywanie badań porównawczych między grupami przestępczymi a nieprzestępczymi. Z drugiej strony potraktowanie tej zmiennej jako

---

<sup>19</sup> A. Jakubik, *Zaburzenia...* [1999], *op.cit.*, s. 53.

<sup>20</sup> J.K. Gierowski, *Psychologiczne wyznaczniki przestępczości*, w: *Psychologia. Podręcznik...*, *op.cit.*, s. 717.

<sup>21</sup> *Ibidem*.

<sup>22</sup> B. Pastwa-Wojciechowska, *Naruszanie norm prawnych w psychopatii. Analiza kryminologiczno-psychologiczna*, Gdańsk 2004, s. 93–120.

wymiaru pozwala na porównywanie badań nad psychopatią między grupami przestępców i nieprzestępców<sup>23</sup>.

W literaturze podkreśla się, że sposób definiowania psychopatii (choć pojęcie to nie znalazło się w żadnej klasyfikacji zaburzeń psychicznych), miał znaczący wpływ na kryteria diagnostyczne osobowości antyspołecznej czy dys socjalnej, przy czym podejście do psychopatii oparte na osobowości zostało stopniowo wyparte podejściem opartym na zachowaniu<sup>24</sup>. Zdaniem B. Pastwy-Wojciechowskiej, dyskusja nad terminem „psychopatia” sprowadza się do zamiennego traktowania pojęcia psychopatii z dys socjalnymi i antyspołecznymi zaburzeniami osobowości; podkreślania, że pojęcie psychopatii jest bardziej trafne i odrębne od antyspołecznych i dys socjalnych zaburzeń osobowości oraz utożsamiania i akcentowania pojęcia psychopatii i antyspołecznych/dys socjalnych zaburzeń osobowości z agresją i naruszeniem norm prawnych, co powoduje silną konotację między psychopatią a przestępczością<sup>25</sup>.

W ramach badań nad psychopatią wyróżnia się obecnie kilka głównych podejść teoretycznych.

Punktem wyjścia dla współczesnych ujęć osobowości jest koncepcja Herveya Cleckleya, który definiuje psychopatię poprzez zestawienie swoistych dla niej cech. Wśród 16 wskazanych przez niego kryteriów, cechą rdzenną stanowi wyraźny, głęboko zakorzeniony deficyt osób psychopatycznych w sferze ich reaktywności emocjonalnej i wiążące się z tym deficytem trudności w nawiązywaniu bliższych relacji emocjonalnych, spłylenie afektu oraz brak empatii<sup>26</sup>.

Szczególne miejsce w badaniach nad psychopatią zajmuje też teoria Hansa J. Eysencka, stanowiąca próbę powiązania konkretnej teorii osobowości z fenomenem psychopatii. Istotę koncepcji stanowi założenie o istnieniu czynnika odzwierciedlającego podatność jednostki na zaburzenia typu psychotycznego. Autor wprowadził również podział psychopatii na pierwotną i wtórną<sup>27</sup>.

Omówiona powyżej oryginalna koncepcja A. Jakubika stanowi odrębną

---

<sup>23</sup> J.K. Gierowski, M. Sariusz-Skapska, *op.cit.*, s. 109.

<sup>24</sup> *Ibidem*.

<sup>25</sup> B. Pastwa-Wojciechowska, *op.cit.*, s. 120.

<sup>26</sup> Na ten temat zob. A. Jakubik, *Zaburzenia...* [1999], *op.cit.*, s. 58–59 oraz J.K. Gierowski, M. Sariusz-Skapska, *op.cit.*, s. 104.

<sup>27</sup> Szerzej na ten temat: J.K. Gierowski, M. Sariusz-Skapska, *op.cit.*, s. 104.

propozycję teoretyczną i metodologiczną w ramach badań nad zaburzeniami osobowości, w tym osobowością psychopatyczną.

Na szczególną uwagę zasługuje ujęcie Roberta D. Hare'a, który jest uznawany za twórcę operacyjnego podejścia do psychopatii. Stworzona przez niego koncepcja dwuczynnikowa zakłada, że na psychopatię składają się dwa skorelowane czynniki. Czynniki I, określane jako „izolacja emocjonalna”, wiąże się z emocjonalnymi i interpersonalnymi aspektami psychopatii opisanymi przez H. Cleckleya i koreluje z klinicznymi wyznacznikami psychopatii, w szczególności z narcystycznymi i histrionicznymi zaburzeniami osobowości. Charakteryzuje się także werbalnym stylem funkcjonowania oraz negatywną korelacją z miarami empatii i lęku. Czynniki II natomiast, określane jako „zachowania antyspołeczne”, opisuje utrwalony, antyspołeczny styl życia, charakteryzujący się dodatkowo impulsywnością i brakiem stabilizacji<sup>28</sup>. Oba czynniki są opisywane przez 10 itemów.

Czynnik pierwszy (izolacja emocjonalna) tworzą następujące objawy (cechy):

- 1) łatwość wypowiedzania się, powierzchowny wdzięk (urok osobisty),
- 2) przesadne (wyołbrzymione) poczucie własnej wartości,
- 3) wysokie zapotrzebowanie na stymulację, zwiększona podatność na znudzenie,
- 4) patologiczne kłamstwo,
- 5) dążenie do przewodzenia przez manipulację, skłonność do oszustwa,
- 6) brak wyrzutów sumienia i poczucia winy,
- 7) powierzchowna uczuciowość, spłylenie afektu,
- 8) brak empatii, chłód uczuciowy,
- 9) pasożytniczy styl życia,
- 10) słaba kontrola zachowania.

Na czynnik drugi (zachowania antyspołeczne) składają się:

- 11) liczne kontakty seksualne (promiskuityzm),
- 12) wczesne trudności wychowawcze,
- 13) brak realizmu i dalekosiężnych celów,
- 14) impulsywność,
- 15) nieodpowiedzialność, lekkomyślność,
- 16) nieakceptowanie odpowiedzialności za własne czyny,
- 17) liczne, krótkotrwałe związki partnerskie (małżeńskie),
- 18) przestępczość w okresie młodzieńczym (nieletnim),

---

<sup>28</sup> Opis podają za: *ibidem*, s. 105.

- 19) odmowa warunkowego zwolnienia (z odbywania kary),
- 20) wszechstronność kryminalna.

W oparciu o dwuczynnikową koncepcję psychopatii, R.D. Hare stworzył kwestionariusz do pomiaru psychopatii, znany pod nazwą PCL-R (The Psychopathy Checklist-Revision). Jest to obecnie najpowszechniej stosowane narzędzie diagnostyczne pomiaru psychopatii, które bazuje na ustrukturuowanym wywiadzie oraz przeglądzie akt badanego<sup>29</sup>. Pierwotna wersja kwestionariusza — PCL składała się z 22 itemów i w szeregu badań potwierdzono jej wysoką trafność i rzetelność w zakresie pomiaru psychopatii. Robert D. Hare dokonał jednak modyfikacji narzędzia i skonstruował wersję PCL-R, skróconą o dwa itemy, ze zmodyfikowanym systemem oceny niektórych z nich. Istnieje także stworzona przez R.D. Hare'a wersja kwestionariusza o nazwie PCL-R:SV, służąca do badania poziomu psychopatii w populacjach nieprzestępczych. Ponadto opracowana została specjalna wersja PCL przeznaczona dla adolescentów (PCL-YV), która weszła w skład kwestionariusza SAVRY diagnozującego czynniki ryzyka u nieletnich<sup>30</sup>. Narzędzia te nie są jednak jeszcze powszechnie stosowane w Polsce.

Warto przy tej okazji nadmienić, że w ostatnich miesiącach na polskim rynku wydawniczym ukazała się popularnonaukowa książka R.D. Hare'a *Psychopaci są wśród nas*<sup>31</sup>. Autor w przystępny sposób przedstawia w niej istotę psychopatii, a także przybliży czytelnikom tzw. Skalę Obserwacyjną Skłonności Psychopatycznych.

Problem diagnozowania psychopatii stanowi wycinek problemu diagnozowania zaburzeń osobowości w ogólności. Psychologowie wykorzystują w tym celu ogólnie stosowane metody badania osobowości, w szczególności kwestionariuszowe. Wśród najczęściej stosowanych metod badania osobowości można wymienić Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości — MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), na podstawie którego skonstruowano szereg innych skal osobowości<sup>32</sup>. W Stanach Zjednoczonych popularnością cieszy się również tzw. Wieloosiowy Inwentarz

---

<sup>29</sup> Szerzej na temat kwestionariusza zob. B. Pastwa-Wojciechowska, *op.cit.*, s. 154.

<sup>30</sup> J.K. Gierowski, M. Sariusz-Skapska, *op.cit.*, s. 110–111.

<sup>31</sup> Robert D. Hare, *Psychopaci są wśród nas*, Kraków 2006.

<sup>32</sup> Szerzej na ten temat zob. T. Million, R. Davis [i inni], *op.cit.*, s. 109–110, W.J. Paluchowski, *Diagnoza psychologiczna. Podejście ilościowe i jakościowe*, Warszawa 2006, s. 108–110 oraz s. 125–129.

Kliniczny Millona (The Millon Clinical Multiaxial Inventory) — MCMI-III, który jest jednak w Polsce narzędziem praktycznie nieznanym<sup>33</sup>. W oparciu o tzw. pięcioczynnikową teorię osobowości został natomiast skonstruowany tzw. Inwentarz Osobowości NEO, którego zmodyfikowana wersja NEO-PI-R została adaptowana do warunków polskich i powoli toruje sobie drogę w praktyce psychologicznej<sup>34</sup>.

Uwzględniając kontekst diagnozowania zaburzeń osobowości w warunkach zakładu karnego, zwrócić należy uwagę na ograniczenia organizacyjne i finansowe, które pojawiają się przy wprowadzaniu nowych metod diagnostycznych. Psychologowie mogą bowiem korzystać jedynie z narzędzi diagnostycznych oficjalnie dostępnych i legalnie zakupionych (opatrzonych licencją). Ponadto, stosowanie nowej metody diagnostycznej winno być poprzedzone szkoleniem, a następnie superwizowane przez osoby mające doświadczenie w korzystaniu z danej metody badawczej.

Z powyższych rozważań wynika jednoznacznie, że do prawidłowego różnicowania zaburzeń osobowości niezbędna jest pogłębiona charakterystyka osobowości osób badanych. W aspekcie penitencjarnym zadanie to należy do kompetencji psychologów i wymaga wysokich kompetencji diagnostycznych.

Istotnym aspektem diagnozy penitencjarnej jest możliwość indywidualizacji oddziaływań resocjalizacyjnych, co wiąże się z problemem możliwości leczenia zaburzeń osobowości. Perspektywy skuteczności psychoterapii w zaburzeniach osobowości stanowią odrębny problem. Przyjmuje się bowiem, że leczenie zaburzeń osobowości w większości przypadków jest niezwykle trudne, choć błędem jest powielanie stereotypu, że w ogóle nie poddają się korekcji. W tym miejscu przytoczyć można następującą opinię: „Wiele nadziei związanych jest z programami reedukacyjnymi i resocjalizacyjnymi. Najczęściej są to programy eksperymentalne, zwykle trwają wiele lat i łączą w sobie wiele różnych form oddziaływania: psychoterapię grupową, terapię pracą i ruchem, wszelkiego rodzaju techniki warunkowania instrumentalnego. Programy te charakteryzują się jasnymi regułami i dyrektywną postawą terapeuty. Proponowane w nich techniki pracy opierają się na zasadach uczenia się, modelowania, przekazywania informacji zwrotnych, zasadach stosowania nagród i kar oraz zasadach prowadzenia

<sup>33</sup> T. Millon, R. Davis [i inni], *op.cit.*, s.110–112.

<sup>34</sup> R.R. McCrae, P.T. Costa jr, *Osobowość dorosłego człowieka. Perspektywa teorii pięcioczynnikowej*, Kraków 2005.

treningów umiejętności społecznych<sup>35</sup>. Jednocześnie wskazuje się na niebezpieczeństwo doskonalenia w ramach psychoterapii grupowej niepożądanych umiejętności osób o psychopatycznej strukturze osobowości, takich jak np. manipulowanie innymi ludźmi<sup>36</sup>.

Przypomnieć należy, że zaburzenia osobowości mogą występować w różnym nasileniu, a nie różnicowane podejście do wszelkich anomalii osobowościowych może prowadzić z jednej strony do niepotrzebnej stygmatyzacji niektórych sprawców (traktowanie każdej osoby z nieprawidłowościami psychiki jako „psychopaty”), a z drugiej do zaniechania wysiłków na rzecz korekty anomalii osobowościowych.

Powyższe uwagi potwierdzają konieczność dokonywania psychologicznej diagnozy zaburzeń osobowości osób skazanych z ogromną starannością (z uwzględnieniem ich możliwości i potrzeb) i dbałością o warsztat metodologiczny. Nadmienić przy tym należy, że prawidłowa diagnoza zaburzeń osobowości może służyć również ocenie ryzyka związanego z powrotnością do przestępstwa.

Podsumowując należy podkreślić, że zaburzenia osobowości stanowią kontrowersyjny problem diagnostyczny w praktyce psychologicznej i psychiatrycznej. W uporządkowaniu problematyki zaburzeń osobowości może być pomocna propozycja oparta na koncepcji A. Jakubika, aby odróżnić zaburzenia cech osobowości i zaburzenia jej struktury. Szczególne miejsce wśród zaburzeń osobowości zajmuje problematyka osobowości nieprawidłowej (psychopatii), nie wyczerpuje ona jednak problematyki zaburzeń osobowości. Psychologiczna diagnoza zaburzeń osobowości jest zadaniem wymagającym wysokich kompetencji diagnostycznych. Punktem wyjścia musi być pogłębiona diagnoza osobowości w oparciu o trafne i rzetelne narzędzia i metody badawcze. Korekcja zaburzeń osobowości jest zadaniem trudnym i długoterminowym, jednakże sytuacja izolacji więziennej może sprzyjać skoncentrowaniu się na terapii. Wszelkie oddziaływania o charakterze psychokorekcyjnym muszą mieć charakter zindywidualizowany.

---

<sup>35</sup> J.J. Czabała, J. Meder, M. Sawicka, *op.cit.*, s. 591–592.

<sup>36</sup> J.K. Gierowski, M. Sariusz-Skapska, *op.cit.*, s. 114.