

Socjopatia, nie psychopatia. Osobowość antyspołeczna (ASPD)

Klaster „B”

Tematem niniejszego opracowania jest antyspołeczne zaburzenie osobowości (ASPD – Antisocial Personality Disorder), kryminogenna anomalia umysłowa, której **NIE** wolno utożsamiać z pojęciem psychopatii we współczesnym tego słowa znaczeniu. Ilekroć w moim tekście pojawia się termin „socjopatia”, należy go traktować wyłącznie jako synonim osobowości antyspołecznej. Dlaczego tak mocno to podkreślam? Elias Abdalla-Filho, MD, PhD i Birgit Völlm, MD, PhD („Does every psychopath have an antisocial personality disorder?” – „Brazilian Journal of Psychiatry” 2020, ResearchGate.net) dają nam do zrozumienia: „Panuje zgoda co do tego, że nie każda jednostka z Antisocial Personality Disorder (ASPD) jest psychopatą. De facto badania pokazują, iż tylko 1/3 ludzi z ASPD spełnia kryteria psychopatii. Ale co z drugą stroną medalu: czy każda psychopatyczna jednostka ma diagnozę ASPD? (...) Niedawno Blackburn[1] wykoncypował sobie psychopatię jako cechy osobowościowe zbliżone bardziej do Narcissistic PD i Histrionic PD niż do Antisocial PD. Według niego, niektóre kryteria psychopatii znajdujemy w ASPD (impulsywność, fałszywość, nieodpowiedzialność, brak skruchy), lecz pozostałe występują też w innych zaburzeniach osobowości z klastra ‘B’, szczególnie w narcystycznym (pretensjonalność, brak empatii), a ponadto w histrionicznym (wyolbrzymiona ekspresja emocji) i w borderline (impulsywność)”. Gdyby ktoś pytał: wiązka „B” obejmuje cztery „chaotyczne” („erratic”) skrzywienia charakteru[2] uwzględnione w amerykańskim podręczniku diagnostyczno-statystycznym DSM-5 (2013).

Antisocial Personality Disorder wg DSM-5, [Archive.org/details/diagnosticstatis0005unse](https://archive.org/details/diagnosticstatis0005unse)

A. „A pervasive pattern of disregard for and violation of the rights of others, occurring since age 15 years, as indicated by three (or more) of the following” | „Całościowy wzorzec lekceważenia i łamania praw innych ludzi, występujący od 15 roku życia, przejawiający się trzema (lub więcej) spośród poniższych”

1. „Failure to conform to social norms with respect to lawful behaviors, as indicated by repeatedly performing acts that are grounds for arrest” | „Niepowodzenia w zakresie dostosowania do norm społecznych z szacunkiem dla zachowań zgodnych z prawem, przejawiające się wielokrotnym popełnianiem czynów stanowiących podstawę do aresztowania”

2. „Deceitfulness, as indicated by repeated lying, use of aliases, or conning others for personal profit or pleasure” | „Zwodniczość przejawiająca się wielokrotnym kłamaniem, używaniem pseudonimów bądź oszukiwaniem bliźnich dla osobistej korzyści lub przyjemności”

3. „Impulsivity or failure to plan ahead” | „Impulsywność lub niepowodzenia w zakresie planowania z wyprzedzeniem”

4. „Irritability and aggressiveness, as indicated by repeated physical fights or assaults” | „Drażliwość i agresywność przejawiające się wielokrotnymi fizycznymi walkami lub napaściami”

5. „Reckless disregard for safety of self or others” | „Lekkomyślne lekceważenie bezpieczeństwa swojego lub innych”

6. „Consistent irresponsibility, as indicated by repeated failure to sustain consistent work behavior or honor financial obligations” | „Systematyczna nieodpowiedzialność przejawiająca się wielokrotnymi niepowodzeniami w zakresie utrzymania konsekwentnego zachowania w pracy lub honorowania zobowiązań finansowych”

7. „Lack of remorse, as indicated by being indifferent to or rationalizing having hurt, mistreated, or stolen from another” | „Brak skruchy przejawiający się byciem indyferentnym bądź racjonalizowaniem zranienia, sponiewierania lub okradzenia drugiego człowieka”

B. „The individual is at least age 18 years” | „Jednostka ma co najmniej 18 lat”

C. „There is evidence of conduct disorder with onset before age 15 years” | „Istnieją dowody na obecność

Conduct Disorder o początku przed 15 rokiem życia”

D. „The occurrence of antisocial behavior is not exclusively during the course of schizophrenia or bipolar disorder” | „Występowanie antyspołecznego zachowania nie ogranicza się wyłącznie do przebiegu schizofrenii lub choroby afektywnej dwubiegunowej”

Osobowość antyspołeczna

Podstawowe fakty o socjopatii prezentują Stéphane A. De Brito, PhD i Sheilagh Hodgins, PhD w materiale „Antisocial Personality Disorder” będącym częścią książki „Personality, Personality Disorder, and Risk of Violence: An Evidence-Based Approach” (2009) pod red. Richarda C. Howarda, PhD i Mary McMurrana, PhD[3]. Autorzy ukazują ASPD jako „trwającą całe życie” („life-long”) przypadłość, której zasadnicze komponenty to „jawnie antyspołeczne działania” („overt antisocial acts”) oraz „cechy impulsywności, drażliwości i braku skruchy” („traits of impulsivity, irritability, and remorselessness”). Wczesne symptomy osobowości antyspołecznej zawsze manifestują się w pierwszych 15 latach życia pacjenta. Badania wykazują, że 50% socjopatów rozpoczyna swoją chuligańską karierę już w wieku jednocyfrowym, a 95% schodzi na złą drogę przed 12 urodzinami. We współczesnej psychiatrii patologiczna skłonność nieletnich do łamania zasad współżycia społecznego nosi miano Conduct Disorder (angielski wyraz „conduct” oznacza „sprawowanie”, „prowadzenie się”)[4]. Jeżeli młodociany przestępca nie wyrasta z amoralnego behavioru, to po osiągnięciu pełnoletności przysługuje mu diagnoza Antisocial Personality Disorder. Populacja dojrzałych socjopatów jest wewnętrznie zróżnicowana. Obraz kliniczny ASPD różni się w zależności od tego, czy dany delikwent przyszedł na świat jako zwyczajny człowiek, czy też cierpi na wrodzoną (tzw. pierwotną) psychopatię. Chociaż „normalni” socjopaci mają olbrzymią przewagę liczebną, naukowcy wolą się skupiać na psychopatycznej mniejszości.

Narwańcy i skazańcy

Zdaniem S.A. De Brito i S. Hodgins, „jednostki z ASPD stanowią znaczący ciężar dla społeczeństwa” („individuals with ASPD pose a significant burden to society”). Osobnicy dotknięci tym zaburzeniem odpowiadają za ogrom przestępstw przeciwko zdrowiu, życiu i mieniu innych ludzi, zajmują większość miejsc w zakładach karnych, potrafią być okrutni wobec własnych partnerów romantycznych, no i często bywają bezproduktywni (albo mało produktywni) zawodowo. Jeśli się rozmnażają, to budowane przez nich rodziny niejednokrotnie stają się wylęgarniami kolejnego pokolenia degeneratów. Wielu rzezimieszków z Antisocial Personality Disorder prowadzi nomadyczny styl życia, co czyni ich nieuchwytnymi dla policji, ale także dla uczonych pragnących lepiej poznać tę kłopotliwą grupę ludności. Osobnicy socjopatyczni – zwłaszcza panowie – nieraz kończą swój żywot przedwcześnie. I to wcale nie dlatego, że zostają „sprzątnięci” przez innych socjopatów, lecz dlatego, iż wpadają w pułapkę własnej brawury/agresji/nieuwagi. Czasem spotyka ich jednak los, który może im się jawić jako gorszy od śmierci: poważne uszkodzenie mózgu, utrata pełni władz umysłowych oraz formalne ubezwłasnowolnienie. Z badań poświęconych duńskim kryminalistom wynika, że połowa mężczyzn – po czterdziestce lub młodszych – hospitalizowanych z powodu „organicznego zespołu mózgowego” (Organic Brain Syndrome) mieściła się niegdyś w spektrum ASPD[5]. Dorośli socjopaci zazwyczaj są pobieżnie wykształceni. Ot, bezpośrednie następstwo Conduct Disorder, czyli nieuctwa i łobuzerstwa w czasach szkolnych.

Miecz obosieczny

Donald W. Black, MD („The Natural History of Antisocial Personality Disorder” – „The Canadian Journal of Psychiatry” 2015, ResearchGate.net) podaje, że antyspołeczne zaburzenie osobowości to problem na skalę masową, przynajmniej w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej[6]. Szacuje się, iż nawet 2-4% Amerykanów i 0,5-1% Amerykanek może spełniać kryteria diagnostyczne Antisocial Personality Disorder. Wyraźną nadreprezentację socjopatów zaobserwowano, oczywiście, w placówkach penitencjarnych: odsetek więźniów z ASPD wynosi gdzieś tam 80% (sic!). Myliłby się jednak ten, kto by powiedział, że socjopaci działają wyłącznie na szkodę swojego otoczenia. Prawda jest bowiem taka, iż ekstremalny „lajfstajl” wyrządza krzywdę również im samym, a więc ogromnej (wielomilionowej) części gatunku Homo sapiens. Antisocial PD, podobnie jak inne perturbacje osobowościowe, czyni jednostkę podatną na różnorakie

schorzenia psychiczne. Człowiek antyspołeczny nosi w sobie imponujące pokłady gniewu, ciągle sprowadza na siebie kłopoty, nie potrafi się usatkwować prywatnie ani zawodowo. Jest rzeczą bezsporną, że przewlekły stres – wraz z ostrymi traumami – wywiera destrukcyjny wpływ na tę udręczoną istotę ludzką. Osoby dotknięte ASPD nierzadko zapadają na depresję, chorobę afektywną dwubiegunową, nerwicę lękową, zaburzenia seksualne i somatoformiczne. W populacji tej powszechne są uzależnienia od substancji psychoaktywnych, a także od gier hazardowych. Niektórzy socjopaci giną śmiercią samobójczą. Inni żyją krócej z powodu cukrzycy, wirusa HIV albo WZW typu „C”.

Droga do ASPD

Jak zauważa dr D.W. Black, aktualna definicja osobowości antyspołecznej wywodzi się z czasów psychiatrycznego podręcznika DSM-III (1980) i stanowi zwięźcenie wieloletnich studiów różnych badaczy nad trajektoriami życia młodocianych przestępców. Gigantyczny wkład w odkrycie nierozzerwalnego związku między Conduct Disorder a Antisocial Personality Disorder wnieśli Sheldon i Eleanor Glueck z Uniwersytetu Harvarda, którzy zainteresowali się grupą 500 chuliganów (10-17 lat) przebywających w zakładach poprawczych stanu Massachusetts. Państwo Glueckowie monitorowali dalsze perypetie tych młodzieńców i w ten sposób dowiedli, że aresztowania między 17 a 32 rokiem życia kilkakrotnie częściej zdarzają się byłym wychowankom poprawczaków aniżeli mężczyznom bez kryminalnej przeszłości. Ustalenia Gluecków z lat 40. XX stulecia pozytywnie zweryfikowano 5 dekad później. Kolosalne zasługi dla nowoczesnej psychiatrii miała też Lee Nelken Robins – profesor Washington University in St. Louis – która przeanalizowała biografie 524 chłopców i dziewcząt skierowanych do poradni specjalistycznej w latach 1922-1932. Robins odnotowała, iż tylko 94 nieletnich z tej próby wyrosło na socjopatów podpadających pod kryteria ASPD obowiązujące w dobie DSM-I (lata 50. i 60.). Stwierdziła jednak, że nawet zresocjalizowane osoby nie doświadczyły totalnej przemiany wewnętrznej. Nadal ujawniały one porywczy temperament, wikłały się w konflikty ze swoim otoczeniem, epatowały wrogością do całego świata. Na szczęście, nie stwarzały już poważnego zagrożenia dla niewinnych obywateli.

Stępienie pazurów

Donald W. Black, MD (lekarz psychiatra) przywołuje również wyniki własnych badań, jakie przeprowadził (razem z pielęgniarkami: Connie H. Baumgard, BSN i Sue E. Bell, BSN, MA) w odległym roku 1995. Otóż postanowił on wówczas prześledzić dalsze losy kilkudziesięciu panów socjopatów hospitalizowanych w latach 1945-1970 na oddziale psychiatrycznym szpitala uniwersyteckiego w Iowa City. Black wybrał 71 kazusów spełniających kryteria Antisocial Personality Disorder według DSM-III i zdołał ustalić dzieje ponad 90% wyselekcjonowanych mężczyzn. Okazało się, że zaledwie 27% z nich zdradzało symptomy remisji ASPD. Niewiele więcej – 31% – złagodniało na starość, ale wciąż pasowało do wzorca antyspołecznego zaburzenia osobowości. Pozostali pacjenci (42%) nie zmienili się ani na jotę albo wręcz upadli jeszcze niżej. Dr Donald Black wysnuł niezbyt odkrywczy wniosek, iż realne szanse na progres miały – w gruncie rzeczy – tylko lekkie przypadki Antisocial PD. Naukowiec spostrzegł jednak, że najbardziej spektakularne metamorfozy przeszli osobnicy szczególnie zaawansowani wiekowo... Czyżby wraz z upływem czasu stracili oni siłę do łamania prawa?! Ostateczne konkluzje Blacka idealnie pokrywały się z refleksjami wzmiankowanej już prof. Lee N. Robins. Przerwanie bandyckiej kariery przez łotra z ASPD wcale nie musi oznaczać cudownego uzdrowienia jego charakteru. Socjopata jest socjopatą także w stanie spoczynku. Nawet gdy nie chce się narażać policji i prokuraturze, mimowolnie prezentuje cechy swojej perturbacji osobowościowej (np. spontaniczność, zapalczywość).

Trudne dzieci

Dr Donald W. Black informuje, że u chłopców wczesne sygnały Conduct Disorder nierzadko manifestują się jeszcze przed 8 urodzinami. Dziewczęta mają zaś tendencję do długiego utrzymywania pozorów normalności: drastyczny wyłom w ich zachowaniu przeważnie następuje dopiero po pierwszej miesiączce. O tym, czy dany nicpoń przepoczwarzy się w pełnoobjawowego socjopatę, decyduje szereg różnorodnych czynników. Jednym z nich jest stopień uspołecznienia delikwenta. Dr Black odwołuje się do piśmiennictwa Richarda L. Jenkinsa i Sylwii Glickman, którzy w 1946 r. ogłosili, iż nieletnich z Conduct Disorder można

podzielić na „zsocjalizowanych” („socialized”) i „niedostatecznie zsocjalizowanych” („undersocialized”). Dzieci poprawnie socjalizowane zazwyczaj są zdolne do lojalności stadnej, a zatem – przy odrobinie dobrych chęci – mogą zostać przywrócone na łono społeczeństwa. Inaczej wygląda sytuacja jednostek mniej lub bardziej „dzikich” (niewychowanych). Tacy ludzie nieraz stają się immoralnymi autsajderami żyjącymi na bakier z resztą świata. Obserwację Jenkinsa i Glickman potwierdzają studia amerykańskiej psycholog Terrie Edith Moffitt nad perypetiami nowozelandzkiej chuliganerii z miasta Dunedin (1993). Specjalistka odnotowała, że nastoletni hultaje, którzy czynią zło wskutek presji rówieśniczej, z reguły wracają do rozsądku po zakończeniu okresu adolescencji – etapu buntu. Niezbyt optymistycznie rokują natomiast osoby małoletnie, które rozrabiają z własnej inicjatywy, przewyższają cynizmem swoich kolegów oraz wyprzedzają ich w umyślnym sianiu zamętu.

Etiologia środowiskowa

Andrea L. Glenn, PhD, Alexandria K. Johnson, PhD i Adrian Raine, PhD („Antisocial Personality Disorder: A Current Review” – „Current Psychiatry Reports” 2013, ResearchGate.net) zapewniają, że chociaż geny w dużej mierze determinują usposobienie każdego reprezentanta gatunku Homo sapiens, nie da się za ich pomocą wytłumaczyć takiego nawyku, jak notoryczne, celowe, świadome łamanie zasad moralnych. ASPD – nieadaptacyjna forma ukształtowania ludzkiego charakteru – dojrzewa wraz z młodym człowiekiem poddanym oddziaływaniu rozmaitych bodźców środowiskowych. Omawiana aberracja niejednokrotnie konstytuuje się u mężczyzn i kobiet z rodzin dysfunkcyjnych, którzy bezwiednie „wynoszą z domu” nieaprobowane społecznie zwyczaje. Chłopiec, który codziennie obserwuje akty przemocy domowej, może kiedyś powielić ten wzorzec we własnym małżeństwie. Dziewczynce upokarzanej przez matkę grozi powtórzenie w przyszłości matczynych błędów. Czasem psychika dziecka nie rozwija się prawidłowo, ponieważ ktoś z jego rodziców jest „toksyczny”. Ekspersi norwescy odkryli, iż przedszkolaki zagrożone socjopatią częstokroć pochodzą z rodzin obarczonych problemem Narcissistic PD, Borderline PD lub Antisocial PD[7]. Ale nie obwiniamy wyłącznie opiekunów niegrzecznych dzieci. Badacze z Dunedin w Nowej Zelandii udowodnili bowiem, że nadmierne oglądanie telewizji może skutecznie obniżyć wrażliwość niedorosłego widza (w wieku 5-15 lat) oraz nauczyć go różnych patologicznych zachowań (dostrzegalnych jeszcze po 26 roku życia)[8]. Ha! Ciekawe, jak to jest z grami komputerowymi!

Rozbrajanie bomby

Choć perturbacje osobowościowe uchodzą za wyjątkowo trwałe rodzaje niepełnosprawności, w wielu więzieniach (tudzież szpitalach psychiatrii sądowej) podejmuje się próby „utemperowania” socjopatów poprzez żmudną psychoterapię indywidualną lub grupową. Piszą o tym J. Reid Meloy, PhD i Jessica Yakeley, FRCPsych w tekście „Antisocial Personality Disorder”, czyli w 69 rozdziale pozycji wydawniczej „Gabbard’s Treatments of Psychiatric Disorders, Fifth Edition” (2014) pod red. Glena O. Gabbarda, MD[9]. Wspomniani autorzy donoszą, że skazańcy z ASPD najczęściej są kierowani na terapię kognitywno-behawioralną (Cognitive-Behavioral Therapy), która może obejmować trening umiejętności społecznych, naukę cywilizowanych metod rozwiązywania problemów albo ćwiczenia w zakresie radzenia sobie z gniewem, agresją i popędem seksualnym. Jeżeli chodzi o socjopatów będących jednocześnie psychopatami, to pracuje się z nimi pod kątem ukrócenia szkodliwych nawyków, a nie skorygowania wrodzonych cech osobniczych. Innym podejściem psychoterapeutycznym, które bywa stosowane w rehabilitacji więźniów obciążonych Antisocial PD, jest tradycyjna psychoanaliza bądź wywodząca się z niej modalność psychodynamiczna. Niestety, przeprowadzone ewaluacje wykazały niską skuteczność tego typu terapii względem jednostek z ASPD. Zdecydowanie lepsze efekty przynoszą nurty eklektyczne, np. leczenie oparte na mentalizacji (Mentalization-Based Treatment). Co do farmakoterapii, obecnie zaleca się jej konsekwentne unikanie, chyba że pacjent socjopatyczny ma jakieś choroby współistniejące.

Szanse i zagrożenia

J.R. Meloy i J. Yakeley nie ukrywają, iż „naprostowywanie” osób dotkniętych Antisocial Personality Disorder to ogromne wyzwanie dla psychoterapeutów realizujących tę skomplikowaną misję. Szczególnie wymagające są – rzecz jasna – rozmowy z pierwotnymi psychopatami, którzy postrzegają interakcje

międzyludzkie w kategoriach relacji władzy i podporządkowania, a nie wymiany dóbr duchowych. Najłatwiej jest dotrzeć do socjopatów znerwicowanych, tzn. noszących w sobie jakieś lęki lub konflikty wewnętrzne. Tacy ludzie zawsze plasują się nisko na skali psychopatii. Poza tym, często mają oni za sobą trudne dzieciństwo, a więc skumulowaną traumę nadającą się do przepracowania pod okiem profesjonalisty. Aby rozstrzygnąć, czy dany klient rokuje pomyślnie, czy niepomyślnie, trzeba zdemaskować jego mechanizmy obronne. Jeśli występują u niego typowo narcystyczne strategie defensywne, to najprawdopodobniej jest on psychopatą, od którego nie warto oczekiwać cudów. Jeżeli jednak delikwent broni się w sposób dojrzały albo jak stereotypowy neurotyk, to można zaryzykować bardziej optymistyczną prognozę. Fachowcowi, który zgodził się prowadzić sesje terapeutyczne z osadzonym cierpiącym na ASPD, należy zapewnić bezpieczne warunki pracy. Kwestią priorytetową jest udaremnienie klientowi fizycznego zaatakowania terapeuty. Nie wolno bagatelizować faktu, że zwykły socjopata to choleryk skłonny do przemocy w afekcie (pod wpływem silnego wzburzenia). Psychopatyczny socjopata może być zaś gotów do brutalności instrumentalnej, np. związanej z zaplanowaną próbą ucieczki.

Słowo końcowe

W mojej serii artykułów poświęconych zaburzeniom osobowości ukazały się dotychczas: „Schizoidia i schizoidzi. Czym jest osobowość schizoidalna?” (listopad 2019), „Anankastia i anankaści. Czym jest osobowość anankastyczna?” (grudzień-styczeń 2019/2020), „AvPD. Podtyp schizoidii czy głęboka fobia społeczna?” (luty-marzec 2020), „Paranoja i paranoicy. Czym jest osobowość paranoiczna?” (kwiecień-maj 2020), „STPD. Zaburzenie osobowości czy schizofrenia subkliniczna?” (czerwiec-lipiec 2020), „HPD. Narcystyczny celebrytizm czy kobieca psychopatia?” (sierpień-wrzesień 2020), „Dependent PD. Strach przed samotnością i samodzielnością” (październik-grudzień 2020). Każdy z wymienionych tekstów można znaleźć w ogólnodostępnych zasobach internetowych, m.in. na moich prywatnych blogach: Njnowak.blogspot.com, Njnowak.wordpress.com, Njnowak.tumblr.com, Njnowak.altervista.org.

**Natalia Julia Nowak,
marzec-kwiecień 2021 r.**

PS. Pamiętajmy o tym, że zaburzenia zachowania (Conduct Disorder – CD) absolutnie nie powinny być mylone z zaburzeniami opozycyjno-buntowniczymi (Oppositional Defiant Disorder – ODD) ani z reaktywnymi zaburzeniami przywiązania (Reactive Attachment Disorder – RAD). Dziecięce transgresje behawioralne... takie jak CD, ODD czy RAD... zawsze trzeba oddzielać od „zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi” (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder – ADHD)[10].

PRZYPISY

[1] Ronald Blackburn, PhD – „Personality Disorder and Antisocial Deviance: Comments on the Debate on the Structure of the Psychopathy Checklist-Revised” („Journal of Personality Disorders” 2007, GuilfordJournals.com/journal/pedi).

[2] Antisocial Personality Disorder, Narcissistic Personality Disorder, Histrionic Personality Disorder i Borderline Personality Disorder. W międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10 (dostępnej pod adresem ICD.WHO.int/browse10/2019/en) oficjalnym ekwiwalentem ASPD jest Dissocial Personality Disorder (F60.2 – dyssocjalne zaburzenie osobowości). BPD figuruje tam natomiast jako Emotionally Unstable Personality Disorder (F60.3 – osobowość chwiejna emocjonalnie). **1 stycznia 2022 r. księga ICD-10 zostanie bezapelacyjnie zastąpiona przez ICD-11.** Medyczna biblia ICD-11 (ICD.WHO.int/browse11/l-m/en) zawiera wprawdzie kategorię diagnostyczną Personality Disorder (6D10 – zaburzenie osobowości), ale zrezygnowano w niej ze stosowania konwencjonalnych etykiet psychiatrycznych. Zamiast łatek typu „dissocial” czy „emotionally unstable” wprowadzono prostą skalę niepełnosprawności pacjenta (6D10.0 – lekkie zaburzenie osobowości, 6D10.1 – umiarkowane zaburzenie osobowości, 6D10.2 – znaczne zaburzenie osobowości, 6D10.Z – zaburzenie osobowości w stopniu nieokreślonym). Jakby tego było mało, w najnowszej klasyfikacji chorób umieszczono kategorię Prominent Personality Traits or Patterns (6D11 –

wydatne cechy lub wzorce osobowości). Podzielono ją na sześć elastycznych podkategorii, w których odzywa się echo tradycyjnych jednostek nozologicznych (6D11.0 – negatywna afektywność w zaburzeniu osobowości lub trudności osobowościowej, 6D11.1 – zdystansowanie w zaburzeniu osobowości lub trudności osobowościowej, 6D11.2 – dys socjalność w zaburzeniu osobowości lub trudności osobowościowej, 6D11.3 – odhamowanie w zaburzeniu osobowości lub trudności osobowościowej, 6D11.4 – anankastia w zaburzeniu osobowości lub trudności osobowościowej, 6D11.5 – wzorzec borderline). Wypada napomknąć, iż „alternatywny model” skrzywień charakteru promowano już w ostatniej sekcji DSM-5 („Emerging Measures and Models” – „Wyłaniające się mierniki i modele”). Na naszych oczach szaleje kolejna rewolucja w branży psychiatrycznej!

[3] Rozdział przygotowany przez De Brito i Hodgins możemy bezpłatnie pobrać z wirtualnej platformy ResearchGate.net.

[4] Polscy specjaliści nazywają ten syndrom „zaburzeniami zachowania” (zobacz: dr hab. Urszula Oszwa, „Zaburzenia zachowania u dzieci i młodzieży”, „Remedium” 2003, Psychologia.edu.pl/czytelnia). W międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10 młodzieńcza odmiana socjopatii została opatrzona kodem F91. Twórcy książki ICD-11 przechrzcili zaś „Conduct Disorder” na „Conduct-Dissocial Disorder” (6C91).

[5] Emily R. Grekin, MA, Patricia A. Brennan, PhD, Sheilagh Hodgins, PhD i Sarnoff A. Mednick, MD, PhD – „Male Criminals With Organic Brain Syndrome: Two Distinct Types Based on Age at First Arrest” („American Journal of Psychiatry” 2001, ResearchGate.net).

[6] Autor – profesor psychiatrii na University of Iowa – odsyła nas w przypisach do jankeskich opracowań epidemiologicznych.

[7] Turid Suzanne Berg-Nielsen, PhD i Lars Wichström, PhD – „The mental health of preschoolers in a Norwegian population-based study when their parents have symptoms of borderline, antisocial, and narcissistic personality disorders: at the mercy of unpredictability” („Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health” 2012, ResearchGate.net).

[8] Lindsay A. Robertson, MPH, Helena M. McAnally, PhD i Robert J. Hancox, MD – „Childhood and Adolescent Television Viewing and Antisocial Behavior in Early Adulthood” („Pediatrics: Official Journal of the American Academy of Pediatrics” 2013, Pediatrics.aappublications.org/content/131/3/439).

[9] Cyfrową kopię materiału „Antisocial Personality Disorder” udostępnia dr J.R. Meloy na swojej prywatnej stronie internetowej (DrReidMeloy.com/press/publication-archive).

[10] Dominujący w Polsce przekład terminu „Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder” wydaje mi się odrobinę nieścisły. Moim zdaniem, lepsze byłoby tłumaczenie „zespół deficytu uwagi lub nadpobudliwości psychoruchowej” (spójnika „lub” użyłam w sensie „i/lub”, nie „albo-albo”). Charakterystyczna pisownia „Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder” informuje nas o różnorodności wariantów tego odchylenia neurorozwojowego. Przypominam, że taki zapis zastosowało Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA – American Psychiatric Association) w swoim opasłym tomiszczu DSM-5. Z innej beczki: ADHD to ekstremalnie kontrowersyjna etykieta diagnostyczna. Niektórzy specjaliści (np. Fred A. Baughman, MD i Richard Saul, MD) podważają celowość medykalizacji pospolitych problemów związanych z koncentracją bądź temperamentem. Równie burzliwa dyskusja toczy się na temat dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości (DID – Dissociative Identity Disorder), dawniej zwanego osobowością mnogą (MPD – Multiple Personality Disorder). Część uczonych suponuje, iż DID może być iluzorycznym syndromem jatrogennym, a nie produktem wypartej – oraz niedającej się udowodnić w sądzie – traumy z dzieciństwa. Zagorzałym przeciwnikiem kategorii Dissociative Identity Disorder jest brytyjski psycholog kognitywista Lawrence Patihis, PhD. Szczególnie mocno piętnuje on konstrukty „amnezji dysocjacyjnej” (Dissociative Amnesia) i „wypartych/odzyskanych wspomnień” (Repressed/Recovered Memories). Globalne kody ADHD: F90 (ICD-10), 6A05 (ICD-11). Globalne kody DID: F44.8 (ICD-10), 6B64 (ICD-11).

1. Dyssocjalność – więcej niż socjopatia?
2. Dwuczynnikowa koncepcja psychopatii
3. Fascynujący kazus Jamesa H. Fallona

Jeśli zerkniemy na kryteria diagnostyczne Dissocial Personality Disorder (F60.2 wg ICD-10), natychmiast zauważymy, że zdecydowanie różnią się one od wyznaczników Antisocial Personality Disorder opublikowanych w DSM-5 (tudzież we wcześniejszych edycjach tego jankeskiego podręcznika). World Health Organization, czyli Światowa Organizacja Zdrowia, prawdopodobnie usiłowała stworzyć pojęcie-parasol obejmujące zarówno socjopatię, jak i psychopatię. Oto co na ten temat pisze dr Łukasz Barwiński, krakowski psycholog, autor artykułu „Osobowość dyssocjalna” zamieszczonego w serwisie „Medycyna Praktyczna” (MP.pl): „Kryteria ICD-10 kładą większy nacisk na swoiste zaburzenia funkcjonowania emocjonalnego, takie jak: brak empatii, niezdolność do utrzymywania głębokich relacji interpersonalnych czy obwinianie innych, podczas gdy wskaźniki wymieniane w DSM-IV-TR podkreślają dodatkowe cechy behawioralne (uporczywe kłamstwa i oszukiwanie w celu uzyskiwania korzyści kosztem innych, impulsywność i brak planowania, lekkomyślność i niedbanie o bezpieczeństwo swoje i innych)”.

Pozwolę sobie zacytować fragment przewodnika WHO dla przedstawicieli kręgów naukowych („The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research”, WHO.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf). Są to interesujące nas wyróżniki osobowości dyssocjalnej:

- A. „*The general criteria of personality disorder (F60) must be met*” | „Ogólne kryteria zaburzenia osobowości (F60) muszą zostać spełnione”
- B. „*At least three of the following must be present*” | „Co najmniej trzy spośród poniższych muszą być obecne”
1. „*Callous unconcern for the feelings of others*” | „Bezduszne niezważanie na uczucia innych ludzi”
 2. „*Gross and persistent attitude of irresponsibility and disregard for social norms, rules, and obligations*” | „Rażąco i uporczywe nastawienie na nieodpowiedzialność i lekceważenie społecznych norm, zasad i zobowiązań”
 3. „*Incapacity to maintain enduring relationships, though having no difficulty to establish them*” | „Niezdolność do utrzymania długotrwałych związków mimo braku trudności w ich zapoczątkowywaniu”
 4. „*Very low tolerance to frustration and a low threshold for discharge of aggression, including violence*” | „Bardzo niska tolerancja frustracji oraz niski próg wyzwalania agresji, w tym przemocy”
 5. „*Incapacity to experience guilt, or to profit from adverse experience, particularly punishment*” | „Niezdolność do pocucia winy lub do czerpania korzyści z niepomysłnych doświadczeń, zwłaszcza kary”
 6. „*Marked proneness to blame others, or to offer plausible rationalizations for the behaviour bringing the subject into conflict with society*” | „Znacząca skłonność do obwiniania innych lub do proponowania akceptowalnych racjonalizacji zachowań konfliktujących podmiot ze społeczeństwem”
- „*Comments: Persistent irritability and the presence of conduct disorder during childhood and adolescence, complete the clinical picture but are not required for the diagnosis. It is suggested that sub-criteria should be developed to operationalize behaviour patterns specific to different cultural settings concerning social norms, rules and obligations where needed (such as examples of irresponsibility and disregard of social norms)*” | „Komentarz: Uporczywa drażliwość oraz obecność Conduct Disorder w okresie dzieciństwa i adolescencji uzupełniają obraz kliniczny, ale nie są wymagane do diagnozy. Sugeruje się opracowanie podkryteriów w celu operacjonalizacji wzorców zachowań specyficznych dla różnych sytuacji kulturowych, z uwzględnieniem – tam, gdzie jest to konieczne – społecznych norm, zasad i zobowiązań (np. egzemplifikacje nieodpowiedzialności i lekceważenia norm społecznych)”

Przyjrzyjmy się teraz anomalii psychopatycznej. Znany nam już dr Łukasz Barwiński (wtedy jeszcze magister – sierpień 2012 r.) omawia ów fenomen w tekście zatytułowanym „Psychopatia” („Medycyna Praktyczna”, MP.pl). „Najpopularniejszą obecnie conceptualizację psychopatii przypisać należy wieloletnim pracom psychologa kanadyjskiego Roberta D. Hare’a oraz jego zespołu. (...) Hare definiuje psychopatię jako kombinację interpersonalno-afektywnych charakterystyk funkcjonowania jednostki w połączeniu z jej antyspołecznym stylem życia. Oryginalnie koncepcja zakłada zatem istnienie dwóch podstawowych czynników składających się na obraz psychopatii” – tłumaczy krakowski ekspert.

Wedle anglojęzycznej Wikipedii ([En.wikipedia.org/wiki/Psychopathy_Checklist](https://en.wikipedia.org/wiki/Psychopathy_Checklist)), czynnik pierwszy wykazuje podobieństwo do Narcissistic Personality Disorder, a drugi – do Antisocial Personality Disorder i Borderline Personality Disorder. Barwiński (MP.pl) podsumowuje je w następujący sposób: „Pierwszy z nich dotyczy egoistycznego, wrogiego i pozbawionego wyrzutów sumienia wykorzystywania innych, czarującego, lecz powierzchownego uroku osobistego, tendencji do patologicznego kłamstwa, przesadnie zawyżonego poczucia własnej wartości, powierzchownej i płytkiej uczuciowości, chłodu emocjonalnego oraz nieodpowiedzialności. Drugi czynnik z kolei wiąże się z chronicznie niestabilnym, antyspołecznym i nieakceptowanym stylem życia, dużym zapotrzebowaniem na stymulację i dużą podatnością na znudzenie, pasożytniczym trybem życia, niewielką samokontrolą zachowania, brakiem realizmu i planowania dalekosiężnych celów, impulsywnością, nieodpowiedzialnością oraz lekkomyślnością”. Można zaryzykować stwierdzenie, iż „psychopata całą gębą” to człowiek zaburzony w sferze afektywnej i behawioralnej, natomiast socjopata – zwykły nosiciel ASPD – jest psychopatyczny tylko „półgębkiem”.

Oczywiście, ludzie są różni, a w psychiatrii raczej nie da się znaleźć dwóch identycznych przypadków danego odchylenia. Może więc się zdarzyć, że ktoś spełni kryteria pierwszego (narcystycznego) czynnika psychopatii, ale nie będzie spełniał kryteriów czynnika drugiego (socjopatycznego). Do takich oryginalnych „wybryków natury” należy amerykański neurobiolog włosko-angielskiego pochodzenia James H. Fallon, PhD – autor książki „The Psychopath Inside: A Neuroscientist’s Personal Journey into the Dark Side of the Brain”, która w Polsce ukazała się jako „Mózg psychopaty: intrygujące spojrzenie na ciemną stronę umysłu” (Biblioteka.pl/book.aspx?id=465796). Naukowiec ten przez długie lata analizował skany mózgów (PET scans*) psychopatycznych morderców, gorącokrwistych zabójców oraz nieszczęśników z chorobami psychicznymi i neurodegeneracyjnymi. W toku prowadzonych badań odkrył, że on sam – będąc członkiem grupy kontrolnej w jednym z rutynowych eksperymentów – jest psychopatą o typowo „morderczych” deficytach neurologicznych.

Wyszukiwarka portalu YouTube.com podsuwa nam sporo ciekawych filmików z udziałem dr. J.H. Fallona. Mężczyzna stanowczo w nich podkreśla, że czym innym jest psychopatia jako zakłócenie funkcjonowania mózgu, a czym innym – Antisocial Personality Disorder, skrzywienie charakteru wynikające z nieprawidłowego rozwoju młodego osobnika. James Fallon, PhD cierpi na pierwotną psychopatię. Nie doświadcza empatii afektywnej (choć empatia kognitywna – rozpoznawanie cudzych emocji/słabości – działa u niego bez zarzutu), ma naturalną skłonność do manipulacji, wyjątkową potrzebę adrenaliny i ograniczoną możliwość odczuwania lęku tudzież wyrzutów sumienia. Jego bliscy posądzają go również o narcyzm, egocentryzm, fasadową uczuciowość, niewytwarzanie autentycznych więzi międzyludzkich... Tylko dzięki pozytywnym wpływom środowiskowym, tzn. dobremu wychowaniu i brakowi traum w dzieciństwie, udało się Fallonowi uniknąć ASPD (socjopatii, wtórnej psychopatii). Nie wkroczył on na ścieżkę przemocy, choć miał wśród swoich przodków kilku zbrodniarzy, a wśród krewnych w linii bocznej – oskarżoną o podwójne morderstwo (rzeź siekierą) Lizzie Borden.

* Positron Emission Tomography, PET (pozytonowa tomografia emisyjna) – „metoda tomografii, w której obraz przekroju ciała uzyskuje się na podstawie wyznaczenia rozkładu podanego radiofarmaceutyku znakowanego izotopem promieniotwórczym emitującym pozytony, a nośnikami informacji są fotony powstające w wyniku anihilacji pozytonu; uzyskuje się bardzo dobre rezultaty, zwłaszcza przy badaniu mózgu; praktyczne wykorzystanie metody ograniczają wysokie koszty aparatury i jej eksploatacji” (źródło: „Tomografia emisyjna pozytonowa”, Encyklopedia.pwn.pl).