

Katarzyna Czubak *, Barbara Gawda **

* Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II [katezczubak@gmail.com]

** Uniwersytet Marii-Curie Skłodowskiej w Lublinie [bgawda@wp.pl]

Występowanie zaburzeń osobowości wśród więźniów a ich resocjalizacja

Abstrakt: Artykuł koncentruje się na więźniach z zaburzeniami osobowości, które powodują wiele problemów społecznych i osobistych. Celem analiz było opisanie rodzajów zaburzeń osobowości u więźniów. Ponadto sprawdzano czy istnieje zróżnicowanie w zakresie patologii osobowości w zależności od wymiaru kary w zakładzie karnym oraz wielokrotności recydywy (liczby wyroków). W badaniu wzięła udział grupa więźniów ($N = 314$). Autorzy zmierzali cechy zaburzeń osobowości za pomocą Ustrukturalizowanego Wywiadu Klinicznego do Badania Zaburzeń Osobowości z osi II DSM-IV. Wyniki wskazują, że najczęściej w grupie więźniów występowały cechy zaburzeń osobowości antyspołecznej, narcystycznej i borderline oraz odnotowano zjawisko współwystępowania cech zaburzeń. Wykazano, iż więźniowie, którzy odbywają dłuższy wymiar kary pozbawienia wolności oraz cechują się wielokrotnością recydywy (posiadają większą liczbę wyroków) przejawiają wyższy poziom cech antyspołecznego zaburzenia osobowości.

Słowa kluczowe: zaburzenia osobowości, więźniowie, osobowość antyspołeczna.

Wprowadzenie

Osobowość, obok aspektów biologicznych i środowiskowych, jest jednym z trzech głównych czynników wyjaśniających zachowanie człowieka. Stanowi zarówno podstawę powtarzalności zachowania jednostki, jak i jej indywidualności (Mayer 2005). Osobowość traktuje się jako złożony wzorzec głęboko zakorze-

nionych cech psychicznych, przejawiających się w niemal każdej sferze funkcjonowania psychologicznego człowieka. Te wzorce zachowań są odzwierciedleniem strategii interpersonalnych powstałych w procesie interakcji między wrodzonymi skłonnościami a bodźcami środowiska (Beck i in. 2005). W sytuacji, kiedy ten względnie stały wzorzec zachowań i doświadczeń w istotnym stopniu odbiega od przyjętego w danej kulturze, nie mając charakteru incydentalnego i odzwierciedlając się na przestrzeni dłuższego okresu życia człowieka, wskazuje to na występowanie zaburzeń osobowości (Butcher i in. 2016). Wówczas opisuje się to jako sztywny wzorzec, ujawniający się najczęściej w okresie dorastania lub we wczesnej dorosłości i powoli narastający. Jednocześnie jego występowanie nie może być wyjaśnione przez inne zaburzenia, działanie substancji lub ogólne uszkodzenie neurologiczne. Wzorzec ten staje się dla osoby zaburzonej, jak i osób pozostających z nią w relacji, przyczyną cierpienia (Meyer 2003).

Zaburzenia osobowości charakteryzują się różną postacią odchyień w sferze uczuciowej, popędowej, wyobrażeniowej i wolicjonalnej oraz decydują o specyficznym sposobie przeżywania i odczuwania, jak również reagowania na bodźce zewnętrzne (Aleksandrowicz 2002). Ponadto mogą polegać na nadmiernej podatności na wpływy innych osób lub środowiska, powstawaniu i utrwalaniu się zespołów uczuciowo-dążeńiowych bądź też braku integracji pomiędzy poszczególnymi funkcjami psychicznymi. Diagnoza zaburzeń osobowości u więźniów i w populacjach klinicznych jest zasadna, gdyż towarzyszą im liczne problemy intra- i interpersonalne. Występowanie zaburzeń w grupach klinicznych lub więźniów sięga od 30 do nawet 50% (Torgersen i in. 2001). Najczęściej występującym zaburzeniem w populacji więźniów jest osobowość antyspołeczna (Hare 2006; Tyrer i in. 2010). Charakteryzuje się ona przede wszystkim niezdolnością do nawiązywania trwałych więzi, przewagą działań na poziomie popędowym oraz nieprzystosowaniem do środowiska, często wyrażane poprzez zachowania przestępcze (Book, Quinsey 2004; Lorenz, Neumann 2002). Osoby z zaburzeniem antyspołecznym są nieodpowiedzialne, często wchodzą w relacje z innymi, lecz na ogół związki te są krótkotrwałe, nastawione na wykorzystywanie i manipulowanie osobami oraz pozbawione intymności (Hare, Neumann 2008; Lilienfeld 2013). Osoby antyspołeczne mają nierozwinięte schematy wzajemności, natomiast w znacznym stopniu rozwinięte schematy wrogości, drapieżności i bezwzględności (Gawda 2011). Antyspołeczne zaburzenie osobowości należy do wiązki B według DSM-V (2013). Wiazka B obejmuje zaburzenia dramatyczno-niekonsekwentne, do których należą oprócz wymienionego już zaburzenia antyspołecznego, zaburzenia narcystyczne, borderline i histrioniczne (DSM-5, 2013, s. 312–319). Ogólnie zaburzenia te charakteryzują się nieodpowiednią kontrolą afektów, impulsywnością i nieprzewidywalnością zachowań, choć każde z wymienionych zaburzeń posiada swoją odmienną (DSM-5, 2013). Osoby antyspołeczne już zostały opisane jako cechujące się szczególnym brakiem odpowiedzialności, niezdolne do właściwego rozpoznawania celów, intencji i dążeń, niewłaściwie odczytujące znaczenia róż-

nych sytuacji afektywnych (Gawda 2015). Osobowość narcystyczną cechuje silna tendencja do potwierdzania własnej wartości, uznania i statusu (Gawda 2018). Osoby z osobowością borderline charakteryzuje burzliwość, zaborczość, a także wrogość, gdy cel nie zostanie osiągnięty (DSM-V 2013). Ich zachowanie przejawia się w postaci wyjątkowej niestabilności i nieprzewidywalności, a zatem ograniczonej kontroli (Gawda 2018). Z kolei osobowość histrioniczna charakteryzowana jest jako teatralna, przejawiająca niestabilność emocjonalną oraz skoncentrowana na sobie (DSM-2013). Ponadto istnieją również wiązki A i C zaburzeń osobowości. Nie są one jednak wymieniane jako najczęściej występujące w populacji więźniów. Pierwsza wiązka, tj. wiązka A, obejmuje zaburzenia dziwaczno-ekscentryczne, do których zaliczono zaburzenia schizoidalne, schizotypowe i paranoiczne (DSM-V, 2013). Wiązka C, z kolei, to zaburzenia obawowo-lękowe, do niej należą zaburzenia zależne, unikowe i obsesyjno-kompulsyjne (DSM-5, 2013, s. 312–319).

Zaburzenia osobowości stanowią czynnik, który w dużej mierze utrudnia resocjalizację, która polega na przyswojeniu przez jednostkę niedostosowaną społecznie akceptowanych sposobów realizacji własnych potrzeb oraz przyjętych w danej społeczności norm i standardów postępowania. Resocjalizacja jest więc procesem zmian, które mają się dokonać przede wszystkim w obszarze zachowania i osobowości człowieka, a jej podstawowym celem jest zlikwidowanie lub redukcja przejawów niedostosowania społecznego (Sztuka 2018). Jednakże zaburzenia osobowości potęgują nieprawidłowe zachowanie, utrudniając czy wręcz uniemożliwiając przystosowanie do środowiska społecznego, często przy adekwatnym poziomie intelektualnym (Gawda 2011). Ponadto cechy zaburzeń osobowości mają charakter nieadaptacyjnych i nieelastycznych, co przyczynia się w istotny sposób do cierpienia psychicznego, upośledzenia funkcjonowania, uzewnętrzniając się w co najmniej dwu sferach: postrzeganiu i wyrażaniu emocji oraz funkcjonowaniu interpersonalnym i kontroli impulsów (DSM-5 2013). Czynniki te powstrzymują proces resocjalizacji i wiążą się dodatkowo z negatywnymi konsekwencjami funkcjonowania w strukturach instytucji totalnych, wraz z formami reagowania na izolację, tj. samouszkodzeniami, wadliwymi formami adaptacji itp. (Wysocka 2008).

Badaną grupę stanowili przestępcy z cechami zaburzeń osobowości przebywający w zakładach karnych. Ich dysfunkcje ze względu na wysokie nasilenie problemów w relacjach interpersonalnych przynoszą największe szkody rodzinom i społeczeństwu. Dlatego też poznanie typów cech zaburzeń występujących najczęściej w populacji zakładów karnych oraz w kontekście niektórych wymiarów przestępstwa potencjalnie powiązanych z patologią osobowości mogłoby przyczynić się do uchwycenia kluczowych mechanizmów funkcjonowania osadzonych. W szczególności może to mieć zarówno ważne implikacje diagnostyczne, jak i terapeutyczne.

Problematyka badań własnych

Celem badań było wyodrębnienie i opisanie cech zaburzeń osobowości w grupie osób przebywających w zakładzie karnym, a także ustalenie czy wymiar kary i wielokrotność recydywy różnicują nasilenie cech zaburzeń osobowości. Poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania badawcze: (1) Jakie typy zaburzeń osobowości są charakterystyczne dla mężczyzn przebywających w zakładzie karnym? (2) Czy i w jaki sposób wymiar kary oraz wielokrotność recydywy (liczba wyroków) różnicują nasilenie cech zaburzeń osobowości?

Hipotezy

Wyniki dotychczasowych badań wskazują, że zaburzenia osobowości są dość powszechne; występują u około 13–18% populacji generalnych (Fowler i in. 2007), są diagnozowane najczęściej w warunkach poradni, oddziałów psychiatrycznych, a niekiedy w momencie popełnienia przestępstwa. W konflikt z prawem popadają osoby z różnymi typami zaburzeń osobowości, jednakże jedno z najczęstszych rozpoznawanych patologii osobowości w zakładach karnych (od 20 do 70%) stanowi antyspołeczne zaburzenie osobowości. W populacji więźniów zaburzenia osobowości najczęściej korelują z tendencjami agresywnymi i autoagresywnymi (włącznie z samobójczymi), zachowaniami przyczyniającymi się do wypadków, zgonów, oraz z wszelkiego rodzaju występками i przestępczością (Tyrer i in. 2010).

Na podstawie literatury przedmiotu można sformułować założenie, iż wymiar kary oraz wielokrotność recydywy (liczba wyroków) zależy w dużym stopniu od predyspozycji osobowościowych i charakterologicznych samego więźnia, jak również czynników sytuacyjnych (Malec 2006; Przybyliński 2006; Urban 2000). A tym samym proces resocjalizacji jest uwarunkowany tymi predyspozycjami. Oznacza to, że skoro istnieje zróżnicowanie cech zaburzeń osobowości w zależności od wymiaru kary (czas trwania) oraz wielokrotności recydywy (mierzonej liczbą wyroków), to proces resocjalizacji jest z tym powiązany w taki sposób, iż wzrost wielokrotności recydywy oznacza niską efektywność resocjalizacji.

Osoby badane i przebieg badań

Badanie zostało zrealizowane w latach 2015–2017 w sześciu różnych więzieniach na terenie Polski. Przeprowadzono go na próbie 314 mężczyzn w wieku 19–65 lat ($M = 33.05$; $SD = 9.55$). Wszystkie badane osoby przejawiały przynajmniej przeciętny poziom inteligencji, brak zaburzeń wzroku, brak trudności

w mówieniu oraz zaburzeń neuropsychiatrycznych (dane pochodzą z akt osób skazanych). Wszystkie osoby badane to więźniowie przebywający w zakładach karnych.

Dobór do grupy badanej odbywał się poprzez losowanie cel, z których więźniowie przystępowali do badania. Zostało ono poprzedzone wyrażeniem zgody na udział w nim. Wszyscy osadzeni mieli jednakowe szanse, aby znaleźć się w badanej grupie, wyjątek stanowili przestępcy z oddziałów dla najbardziej niebezpiecznych przestępców, z tzw. statusem „N”, którzy ze względów bezpieczeństwa nie mogli wziąć udziału w badaniu. Do pomiaru cech zaburzeń osobowości wykorzystano Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń Osobowości z osi II DSM-IV (SCID- II, First i in. 2010). Jest to narzędzie wystandaryzowane, pozwala na diagnozę 10 zaburzeń osobowości według DSM-IV, oraz dwu dodatkowych. Parametry psychometryczne tego narzędzia są odpowiednie (First i in. 2010). W analizach wykorzystano 12 skal zaburzeń osobowości: unikająca, zależna, obsesyjno-kompulsyjna, bierno-agresywna, depresyjna, paranoiczna, schizotypowa, schizoidalna, histrioniczna, narcystyczna, borderline, antyspołeczna. Wyniki miały postać liczby punktów w każdej ze skal.

Ponadto dokonano analizy akt osób skazanych zorientowanej na stan zdrowia, osiągnięcia i trudności szkolne, przejawy niedostosowania społecznego, popełnione przestępstwa, uzależnienia od substancji, relacje społeczne, wymiar kary (tutaj utworzono dwie kategorie: osoby posiadające wyroki poniżej 5 lat i osoby posiadające wyroki powyżej pięciu lat; powyższe kategorie oparte są na wadze przestępstw, jakie popełniali skazani) oraz liczbę otrzymanych wyroków, która stanowiła zmienną ‘wielokrotność recydywy’.

Wyniki

Tabela 1 prezentuje wyniki w zakresie średniego nasilenia cech poszczególnych typów zaburzeń osobowości oraz częstość poszczególnych zaburzeń osobowości w grupie więźniów. Wyszczególniono, jakie typy zaburzeń osobowości występują najczęściej w badanej grupie więźniów. Dokonano tego opierając się na wytycznych zawartych w podręczniku do Ustrukturalizowanego Wywiadu Klinicznego do Badania Zaburzeń Osobowości z osi II, tj. SCID-II (First i in. 2010). Z uwagi na fakt, iż brakuje polskich norm do tego narzędzia, posłużono się zgodnie z instrukcją wynikami surowymi. Zestawiono wyniki surowe każdej osoby dla każdego z typów zaburzeń osobowości z wartością progową przypisaną zaburzeniom według podręcznika. Taki sposób kwalifikacji nasilenia cech osób jest zgodny z ogólnymi kryteriami diagnozy zaburzeń osobowości wg SCID II, gdzie wartość 3 pkt jest wartością progową dla cech osobowości antyspołecznej, i odpowiednio, 4 pkt dla cech osobowości: unikającej, obsesyjno-kompulsyjnej, bierno-agresywnej, paranoicznej i schizoidalnej, oraz 5 pkt dla cech osobowości: zależnej, depresyj-

nej, schizotypowej, histrionicznej, narcystycznej i borderline (First i in. 2010). W efekcie uzyskano dla każdego zaburzenia osobowości dwie kategorie: wysokie nasilenie cech zaburzonej osobowości, tj. powyżej progu przewidzianego dla danego zaburzenia według podręcznika SCID-II, oraz niskie, tj. poniżej progu. Dodatkowo ten sposób kategoryzacji został potwierdzony poprzez porównywanie wyników surowych do średniej z grupy pomniejszonej bądź powiększonej o odchylenie standardowe dla każdego typu zaburzenia osobowości oddzielnie. Osoby, które uzyskały wyniki wyższe od średniej powiększonej o jedno odchylenie standardowe kwalifikowane były jako przejawiające wysokie nasilenie cech danego zaburzenia osobowości, zaś osoby uzyskujące wyniki niższe od średniej pomniejszonej o jedno odchylenie standardowe jako osoby przejawiające niskie natężenie cech danego zaburzenia osobowości. Ten dodatkowy sposób kwalifikacji, choć posiadający istotne ograniczenia, okazał się spójny z ogólnymi kryteriami diagnozy zaburzeń osobowości wg SCID II (First i in. 2010). W ten sposób wyodrębniono osoby określone jako posiadające dany rodzaj zaburzonej osobowości. Tabela 1 wskazuje, iż w badanej grupie więźniów najczęściej występują zaburzenia osobowości: antyspołeczne, narcystyczne i borderline. Suma liczebności w poszczególnych grupach przekracza ogólną liczbę badanych osób, jednak tabela nie zawiera błędów; taki stan wynika z współwystępowania wielu zaburzeń u jednej osoby badanej. Współwystępowanie zaburzeń osobowości jest zjawiskiem wykazywanym w literaturze przedmiotu, jednakże analiza tego zjawiska nie będzie przedmiotem niniejszego artykułu.

Tabela 1. Statystyki opisowe oraz częstość zaburzeń osobowości ($n = 314$)

Cechy osobowości	Min.	Max.	M	SD	Częstość
Unikająca	0	7	1.54	1.73	45
Zależna	0	8	2.18	1.65	30
Obsesyjno-kompulsyjna	0	8	2.98	1.79	116
Bierno-agresywna	0	8	2.55	1.96	85
Depresyjna	0	8	2.31	2.09	50
Paranoidalna	0	8	2.88	2.15	110
Schizotypowa	0	11	2.73	2.29	68
Schizoidalna	0	6	1.83	1.34	36
Histrioniczna	0	7	2.53	1.88	53
Narcystyczna	0	16	4.80	3.33	155
Borderline	0	15	4.81	3.64	151
Antyspołeczna	0	15	4.62	3.96	187

Źródło: badania własne.

Na kolejnym etapie zweryfikowano czy wymiar kary oraz liczba wyroków różnicują nasilenie cech zaburzeń osobowości. W tym celu wykorzystano testy statystyczne: U Manna–Whitneya oraz H Kruskal–Wallisa. Wybór testów statystycznych podyktowany był w szczególności charakterem sformułowanych hipotez. W pierwszym etapie analiz zastosowano nieparametryczny test U Manna–Whitneya, który stosuje się w sytuacji porównania ze sobą dwóch grup niezależnych, tj. osób pozbawionych wolności do lat 5 i powyżej 5 lat. Test wykorzystuje się, gdy rozkład danych nie spełnia kryterium dopasowania do rozkładu normalnego, nie jest też wymagane spełnienie założenia o równoliczności porównywanych grup.

Kolejnym zastosowanym testem statystycznym był test Kruskala–Wallisa, który stosowany jest w przypadku, gdy porównywane są więcej niż dwie grupy (porównano pięć grup podzielonych pod względem liczby wyroków: jeden, dwa, trzy, cztery, pięć i więcej), rozkład zmiennych odbiega od rozkładu normalnego. Spełniony został również warunek, że osoba będąca w jednej grupie nie powinna być w innej porównywalnej grupie.

Wymiar kary podzielono na dwie kategorie: kara do pięciu 5 lat pozbawienia wolności oraz kara powyżej pięciu lat pozbawienia wolności. Rezultaty porównań wykazały, że wymiar kary tak ujęty różnicuje jedynie jeden rodzaj patologii osobowości (tab. 2). Wykazano istotną różnicę w zakresie cech osobowości antyspołecznej pomiędzy dwoma kategoriami wymiaru kary. Okazało się, iż osoby, które otrzymały wyroki powyżej 5 lat pozbawienia wolności przejawiają wyższy poziom cech antyspołecznych niż osoby przebywające w zakładzie karnym do 5 lat pozbawienia wolności. Jest to zgodne z danymi, iż osoby z antyspołecznym zaburzeniem osobowości dopuszczają się z reguły najcięższych przestępstw (Gawda 2011). Wymiar kary nie różnicował pozostałych cech zaburzeń osobowości. Nie można zatem przyjąć, iż osoby o określonych cechach osobowości dominują w grupie osób pozbawionych wolności do lat pięciu ani też powyżej pięciu lat, z wyjątkiem osobowości antyspołecznej. Grupy więźniów otrzymujących niski i wysoki wymiar kary nie różnią się pozostałymi typami zaburzeń osobowości. Jedynie osobowość antyspołeczna dominuje wśród osób pozbawionych wolności na okres powyżej pięciu lat.

Tabela 2. Wymiar kary za popełnione przestępstwa a cechy zaburzeń osobowości

Cechy osobowości	Wyroki do 5 lat n = 192	Wyroki powyżej 5 lat n = 122	Wartość testu
	M (SD)	M (SD)	Z
Unikająca	1.58 (1.72)	1.47 (1.75)	-.75
Zależna	2.08 (1.56)	2.32 (1.75)	-1.09
Obsesyjno-kompulsyjna	3.03 (1.71)	2.91 (1.90)	-.78
Bierno-agresywna	2.59 (1.92)	2.49 (2.03)	-.69

Cechy osobowości	Wyroki do 5 lat n = 192	Wyroki powyżej 5 lat n = 122	Wartość testu
	M (SD)	M (SD)	Z
Depresyjna	2.31 (2.01)	2.32 (2.20)	-.27
Paranoiczna	2.81 (2.07)	2.99 (2.29)	-.46
Schizotypowa	2.81 (2.28)	2.58 (2.30)	-1.03
Schizoidalna	1.85 (1.33)	1.81 (1.36)	-.21
Histrioniczna	2.51 (1.87)	2.56 (1.89)	-.27
Narcystyczna	4.68 (3.41)	4.98 (3.18)	-1.04
Borderline	4.70 (3.59)	4.99 (3.72)	-.61
Antyspołeczna	4.04 (3.80)	5.53 (4.04)	-3.26*

* – $p < 0.001$.

Źródło: badania własne.

Następnie sprawdzono, czy liczba wyroków, tj. wskaźnik recydywy, różnicuje nasilenie cech zaburzeń osobowości. Wzięto pod uwagę następujące liczby wyroków: jeden, dwa, trzy, cztery, pięć i więcej. Analizy wykazały, iż liczba wyroków różnicuje w sposób istotny statystycznie cechy osobowości zależnej i antyspołecznej. Pozostałych cech zaburzeń osobowości nie różnicuje. Aby dokładnie wyjaśnić jaki poziom wielokrotności recydywy różnicuje nasilenie cech zaburzeń osobowości wykonano porównania parami przy pomocy testu U Manna–Whitneya. Te porównania wykazały, iż poziom cech antyspołecznych osobowości istotnie jest różny pomiędzy osobami z jednym wyrokiem i osobami z pięcioma i więcej wyrokami ($z = -4,67$, $p < 0,001$). Oznacza to, że cechy osobowości antyspołecznej są powiązane w sposób wprost proporcjonalny z liczbą wyroków, tj. wielokrotnością recydywy. Najwyższa liczba wyroków idzie w parze z wysokim nasileniem cech osobowości antyspołecznej, i odpowiednio, niższa liczba wyroków współwystępuje z nieco niższym poziomem cech antyspołecznych. Najniższy poziom cech antyspołecznych występuje u osób z jednym wyrokiem.

Porównania dla osobowości zależnej zostały wykonane dla grup osób posiadających jeden wyrok, trzy wyroki i pięć lub więcej. Tabela 3 sugeruje bowiem, że osoby, które posiadają jeden, trzy lub pięć wyroków i więcej przejawiają wyższy poziom cech zaburzeń osobowości zależnej niż osoby, które posiadają dwa wyroki lub cztery wyroki. Jednak porównania parami testem U Manna–Whitneya nie wykazały istotnych różnic pomiędzy grupami tych osób. Różnica, jaką zarejestrowano ma jedynie charakter tendencji ($p > 0,1$) dla różnych porównywanych par. Oznacza to, że nasilenie cech osobowości zależnej nie jest zróżnicowane u osób z różnym poziomem wielokrotności recydywy. Osoby z osobowością zależną nie różnią się istotnie liczbą wyroków, są wśród nich zarówno takie, które posiadają

jeden wyrok, jak i dwa lub więcej. Ten rodzaj osobowości nie jest zróżnicowany w kontekście wielokrotności recydywy (tab. 3). Pozostałe cechy zaburzeń osobowości nie różnicują wielokrotności recydywy. Kluczowym zaburzeniem osobowości w kontekście wielokrotności recydywy jest zaburzenie antyspołeczne.

Tabela 3. Wielokrotność recydywy a cechy zaburzeń osobowości

Cechy zaburzeń osobowości	Jeden wyrok n = 89	Dwa wyroki n = 64	Trzy wyroki n = 46	Cztery wyroki n = 33	Pięć i więcej n = 82	Test H
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	Chi-kwadrat
Unikająca	1.71 (1.80)	1.41 (1.67)	1.50 (1.63)	1.03 (1.33)	1.67 (1.87)	4.19
Zależna	2.36 (1.68)	1.98 (1.53)	2.43 (1.69)	1.42 (1.32)	2.28 (1.70)	9.90*
Obsesyjno-kompulsyjna	3.15 (1.59)	2.78 (1.70)	3.02 (1.89)	2.76 (1.80)	3.02 (2.00)	3.07
Bierno-agresywna	2.60 (1.94)	2.47 (1.73)	2.61 (1.99)	1.91 (1.75)	2.79 (2.19)	4.27
Depresyjna	2,38 (2.05)	2.33 (2.00)	2.20 (2.06)	2.06 (1.60)	2.39 (2.39)	.45
Paranoiczna	2.79 (2.00)	3.11 (2.28)	3.02 (2.08)	2.70 (2.00)	2.80 (2.34)	1.32
Schizotypowa	2.87 (2.37)	2.75 (2.34)	3.02 (2.22)	1.73 (1.58)	2.79 (2.39)	7.80
Schizoidalna	1.76 (1.37)	1.91 (1.37)	1.80 (1.12)	1.94 (1.39)	1.83 (1.39)	.53
Histrioniczna	2.71 (1.95)	2.48 (1.94)	2.15 (1.87)	2.24 (1.62)	2.68 (1.84)	4.13
Narcystyczna	4.91 (3.28)	4.67 (3.24)	4.37 (3.05)	4.27 (3.27)	5.22 (3.61)	2.96
Borderline	4.17 (3.20)	4.97 (3.56)	4.80 (3.78)	4.03 (3.32)	5.71 (4.05)	7.46
Antyspołeczna	3.42 (3.63)	4.34 (4.01)	4.46 (3.75)	4.48 (3.65)	6.29 (4.01)	23.52**

* – $p < 0.05$; ** – $p < 0.001$.

Źródło: badania własne.

Dyskusja

W badanej grupie więźniów najczęściej występowały osobowości: narcystyczna, borderline i antyspołeczna. Wykazano ponadto zjawisko współwystępowania

cech zaburzeń osobowości, co jest ważnym aspektem w odniesieniu do diagnozy, a w konsekwencji resocjalizacji więźniów z zaburzeniami osobowości i terapii zaburzeń osobowości. Wiąże się to bowiem z kilkoma kwestiami diagnostycznymi. Po pierwsze, wykazuje się, że identyczne zachowania mogą towarzyszyć różnym zaburzeniom, a w odniesieniu do każdego z nich mogą mieć inne znaczenie. Ponadto, kategorie diagnostyczne na skutek uniwersalności niektórych objawów dla odrębnych jednostek nozologicznych, implikują problem współwystępowania kilku zaburzeń osobowości u jednego pacjenta (Shedler, Westen 2004; Tryer 1995). Według danych Widigera i Weissmana (1991) około 85% pacjentów z jednym zaburzeniem osobowości spełnia jednocześnie kryteria innego zaburzenia osobowości. Trzeci powód trudności diagnostycznych wiąże się z tym, iż cechy, na podstawie których rozpoznaje się zaburzenia osobowości mają charakter wielowymiarowy, mogą zatem występować w formie od łagodnej do patologicznie nasilonej. Występują one zarówno w populacjach ludzi z tzw. normy, jak i w grupach o różnym charakterze patologii (Widiger, Sanderson 1995). Trudno zatem niekiedy określić jednoznacznie rodzaj zaburzenia i to, w jakim stopniu charakteryzuje ono daną osobę. W związku z tym zjawisko współwystępowania zaburzeń w grupie więźniów może przyczyniać się do trudności w zakresie diagnozy zaburzeń osobowości, a tym samym stanowi wyzwanie w zakresie terapii osób z patologią osobowości, gdyż nawet pojedyncze cechy zaburzeń, a tym bardziej powiązane z innymi, w istotny sposób utrudniają proces resocjalizacji.

W prezentowanym badaniu stwierdzono u więźniów najwięcej zaburzeń z wiązki B, a w szczególności cech antyspołecznego zaburzenia osobowości. Wiązka B obejmuje zaburzenia cechujące się zachowaniami dramatycznymi, niekonsekwentnymi i niepożądanymi społecznie z nadmierną koncentracją wyłącznie na własnym *Ja*. Należą do nich zaburzenia antyspołeczne, narcystyczne i borderline. Osobowość antyspołeczna okazała się różnicować wymiar kary oraz wielokrotność recydywy. Warto podkreślić, iż to jedyne zaburzenie spośród badanych, które ma tak duże znaczenie zarówno dla wymiaru kary, jak i wskaźnika recydywy. Najprawdopodobniej fakt, iż osoby z taką osobowością dominują w populacjach więźniów dość istotnie determinuje proces ich resocjalizacji. Cechy tej osobowości powodują, iż proces resocjalizacji jest szczególnie utrudniony. Cechą typową jednostek z osobowością antyspołeczną są zaburzenia zachowania pojawiające się już w młodości oraz wzorzec głęboko nieodpowiedzialnych i społecznie groźnych zachowań, który utrzymuje się w życiu dorosłym (Beck i in. 2005; Lilienfeld 2013). Osoby z tym zaburzeniem są drażliwe, impulsywne i agresywne, charakteryzuje je utrwalony wzorzec braku poszanowania innych ludzi i tendencja do naruszania ich praw i dóbr. Najbardziej skrajnym przykładem tego typu zachowań są bójki, kradzieże, rozboje, gwałty, kłamstwa, oszustwa (Fowles, Dindo 2009; Radochoński 2000; Weinstein i in. 2012). Dodatkowo, osoby popełniające tak liczne wykroczenia, przestępstwa i zbrodnie nie czują się winne i nie mają wyrzutów sumienia, nawet w sytuacji, gdy swoim zachowaniem ranią i krzywdzą innych

(DeAngelo 2012; Hare 2006; Scott 2013). Czynnikiem, który mógłby okazać się ważny w procesie resocjalizacji jest wpływ środowiska rodzinnego, jednak w tym obszarze pojawiają się kolejne problemy. Otóż, osoby z tym zaburzeniem tworzą związki interpersonalne bardzo płytkie i polegające na manipulacji czy eksploatacji drugiej osoby. Brak im zdolności podtrzymywania bliskiej relacji uczuciowej, bywają nieczułe na oznaki zaufania i uprzejmości, ponadto cechuje je patologiczna kłamliwość. Takie traktowanie innych wzmacnia iluzję własnej wielkości oraz oddala możliwość przeżycia deprywacji, która oznacza poczucie cierpienia (Millon, Davis 2005). Odczucie deprywacji mogłoby się stać momentem przełomowym w oddziaływaniach terapeutycznych czy resocjalizacyjnych, ale w tym obszarze również pojawia się problem. Wskutek urazu z dzieciństwa osoby takie nabrały przekonania, że kontakty z ludźmi są zbyt niebezpieczne, dlatego też nie nawiązują głębokich więzi z innymi; łatwiej jest im traktować ludzi instrumentalnie niż związać się z nimi emocjonalnie. Potrafią znaleźć uzasadnienie dla podjętych przez siebie działań, stosując przy tym różne formy racjonalizacji, różnorodne mechanizmy obronne (Chojnacka, Ustjan 2009; Gawda 2011). Podobnie ważnym czynnikiem zwiększającym wielokrotność recydywy, a zatem utrudniającym resocjalizację, jest trwały brak odpowiedzialności u osób z antyspołeczną osobowością, co wynika z faktu, iż jednostkom antyspołecznym brak zinternalizowanych zasad moralnych, które ograniczałyby nieprawidłowe zachowanie. Osobowość zostaje zdominowana przez popędowe struktury oraz cele i potrzeby ściśle powiązane z aktywnością przynoszącą bezpośrednie korzyści (Sutker, Allain 2001). W literaturze przedmiotu wskazuje się, iż jednostki nabywają cech antyspołecznych wskutek niewłaściwej lub związanej z doświadczaniem wrogości socjalizacji głównie z powodu wadliwej opieki rodziców (Millon, Davis 2005). W biografii przestępców można odnaleźć takie czynniki wychowawcze jak brak spójnych, opartych na miłości, chroniących dziecko wpływów rodziny. W historii osób z osobowością antyspołeczną występują depresyjne lub masochistyczne matki i wybuchowi, niekiedy sadystyczni ojcowie, często czynnikiem towarzyszącym jest alkoholizm lub inne uzależnienia. W warunkach tych trudno o poczucie bezpieczeństwa (Millon, Davis 2005). Jak wspomniano, bardzo często do rozwoju tego zaburzenia przyczynia się doświadczenie traumy we wczesnym etapie rozwoju.

Reasumując, jednostki przejawiające antyspołeczne zaburzenia osobowości stanowią ogromne wyzwanie zarówno dla klinicystów, jak i całego wymiaru sprawiedliwości. To właśnie one otrzymują najwyższe wymiary kary za ciężkie przestępstwa. To właśnie one wykazują najwyższe wskaźniki recydywy, co oznacza, że są wyjątkowo odporne na oddziaływania terapeutyczne i resocjalizacyjne. Takie opinie na ich temat są formułowane w literaturze przedmiotu, a warto dodać, iż są spójne z uzyskanymi wynikami raportowanych w niniejszym artykule badań. Badacze wskazują, że jednostki antyspołeczne wykazują dużą odporność względem stosowanego wobec nich leczenia lub wręcz o możliwości pogorszenia ich ogólnego stanu funkcjonowania w wyniku błędnie podjętych oddziaływań terapeu-

tycznych (Kent, Hoffmann 2011). Literatura przedmiotu niejednokrotnie wskazuje na fakt, że trudno za pomocą istniejących aktualnie modeli terapeutycznych poprawić w pełni funkcjonowanie osób z antyspołecznym zaburzeniem osobowości (Kent, Hoffmann 2011), jednakże w dużej mierze pozytywne zmiany zależą od zastosowania odpowiednio intensywnej procedury terapeutycznej i właściwego podejścia terapeuty (Polaschek, Ross 2010).

Wyniki przeprowadzonych badań wykazały, że wymiar kary i wielokrotność recydywy, która była uznana za wskaźnik nieefektywnej resocjalizacji, wiążą się przede wszystkim z osobowością antyspołeczną. Pozostałe typy zaburzeń osobowości, pomimo iż występują z dużą częstością w populacji więźniów, zwłaszcza wiązka B zaburzeń, nie stanowią czynnika zwiększającego wielokrotność recydywy. Jest to ważna informacja, ponieważ inne zaburzenia osobowości niż antyspołeczne nie stanowią czynnika obniżającego skuteczność resocjalizacji w tak dużym stopniu jak zaburzenie antyspołeczne. Warto także podkreślić, iż proces resocjalizacji jest uwarunkowany nie tylko czynnikami osobowościowymi, nie bez znaczenia jest również deprivacja potrzeb. Negatywny stan emocjonalny powoduje duże napięcia, uruchamiają się kolejne mechanizmy obronne, w zakresie walki ze stresem, objawy somatyczne, osłabienie kontaktów interpersonalnych, niewielka motywacja do zmiany, a tym samym do samej resocjalizacji (Ciosek, Pastwa-Wojciechowska 2016). Separacja więzienna będąca immanentnym wyznacznikiem kary pozbawienia wolności, przyjmuje znamiona sytuacji trudnej, gdyż powoduje wyalienowanie oraz wiele stanów deprivacji, przeciążeń i zagrożeń (Urban 2000). Przyjmuje się, że im cięższe przestępstwo, tym samym dłuższa kara skorelowana jest z większymi kosztami psychicznymi i fizycznymi. Uznaje się, że w sytuacji deprivacji podstawowych potrzeb człowieka ma miejsce dezintegracja życia psychicznego, która w zależności od różnych czynników może być mniejsza lub większa. Deprivacji w stanie uwięzienia ulega potrzeba bliskości emocjonalnej, seksualna, partnerstwa, godności osobistej, intymności oraz niezależności. Dezintegracja życia psychicznego rzutuje na inne sfery, w tym na sferę afektywną, przy jednoczesnym załamaniu się siły moralnej i perspektyw życiowych (Ciosek 1996). Osoby przebywające w zakładzie karnym dłuższy okres za ciężkie przestępstwa różnią się specyfiką przejawianych zaburzeń, a to rzutuje na ich doświadczanie uczuć (Ciosek 1996; Gawda 2011). W konsekwencji interakcja czynników osobowościowych i sytuacyjnych wyznacza efektywność oddziaływań terapeutycznych i resocjalizacyjnych.

Abstract: Occurrence of personality disorders among inmates and their social rehabilitation

The paper is focused on inmates with personality disorder traits which trigger many social and personal problems. The aim of the analyses was to describe types of personality disorders traits in inmates. In addition, the authors investigated if there is any diversity in personality pathology depending on the number of years in prison and the number of sentences. The study involved one sample of inmates ($N = 314$). The authors measured personality

disorder traits using the Structured Clinical Interview for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Axis II Disorders 4th edition and analyzed the files of the convicted. The results indicate that the most frequent are antisocial, narcissistic, and borderline personality disorder traits as well as the phenomenon of co-occurrence of disorders traits could be found most frequently. Inmates who have longer sentences and more convictions have a higher level of antisocial personality disorder traits.

Key words: personality disorders, inmates, antisocial personality.

Bibliografia

- [1] Aleksandrowicz J.W., 2002, *Psychopatologia zaburzeń nerwicowych i osobowości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- [2] Beck A.T., Freeman A., Davis D.D., 2005, *Terapia poznawcza zaburzeń osobowości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- [3] Book A.S., Quinsey V.L., 2004, *Psychopaths: cheaters or warrior-hawks?*, „Personality and Individual Differences”, nr 36, s. 33–45.
- [4] Butcher J.N., Hooley J.M., Mineka S., 2016, *Abnormal psychology* (16th ed.), Pearson Education, Essex.
- [5] Chojnacka A., Ustjan D., 2009, *Zaburzenia osobowości: opis zjawiska*, [w:] *Szałeństwo bez utraty rozumu. Z badań nad zaburzeniami osobowości*, pr. zb. pod red. E. Trzebińskiej, Academica, Warszawa, s. 17–34.
- [6] Ciosek M., 1996, *Człowiek w obliczu izolacji więziennej*, Wydawnictwo Stella Marius, Gdańsk.
- [7] Ciosek M., Pastwa-Wojciechowska B., 2016, *Psychologia penitencjarna*, PWN, Warszawa.
- [8] DeAngelo L., 2012, *Antisocial personality disorder: a mask of sanity*, Wikipedia, Stany Zjednoczone.
- [9] DSM-5, 2013, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition). APA, Washington, DC.
- [10] First M.B., Gibbon M., Spitzer R.L., Williams J.B. W., Benjamin L.S., Zawadzki B., Prąglowska E., 2010, *Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń Osobowości z osi II DSM-IV*, PTP, Warszawa.
- [11] Fowler K.A., O'Donohue W.T., Lilienfeld S.O., 2007, *Personality disorders in perspectives*, [w:] *Personality Disorders. Toward the DSM-V*, (red.) W.T. O'Donohue, K.A. Fowler, S.O. Lilienfeld, Sage, Los Angeles, s. 1–20.
- [12] Fowles D.C., Dindo L., 2009, *Temperament and psychopathy: a dual- pathway model*, „Current Directions in Psychological Science”, nr 18, s. 179–184.
- [13] Gawda B., 2011, *Skrypty miłości, nienawiści i lęku u osób antyspołecznych*, Wydawnictwo Difin, Warszawa.
- [14] Gawda B., 2015, *Model of love, hate and anxiety scripts in psychopathic individuals*, „Frontiers in Psychology”, nr 6, s. 1722.
- [15] Gawda B., 2018, *Cechy zaburzeń osobowości a kontrola emocji negatywnych i regulacja nastroju*, „Annales UMCS sectio J”, nr 31(3), s. 215–230.
- [16] Hare R.D., 2006, *Psychopaci są wśród nas*, Wydawnictwo Znak, Kraków.
- [17] Hare R.D., Neumann C.S., 2008, *Psychopathy as a Clinical and Empirical Construct*, „Annual Review of Clinical Psychology”, nr 4, s. 217–246.

- [18] Kent A.K., Hoffmann M.B., 2011, *The criminal psychopath: history, neuroscience, treatment and economics*, „The Journal of Law, Science & Technology”, nr 4, s. 355–397.
- [19] Lilienfeld S.O., 2013, *Is psychopathy a syndrome? Commentary on Marcus, Fulton and Edens*, „Personality Disorders: Theory, Research and Treatment”, nr 4, s. 85–86.
- [20] Lorenz A.R., Newman J.P., 2002, *Deficient response modulation and emotion processing in low-anxious psychopathic offenders: Results from a lexical decision task*, „Emotion”, nr 2, s. 91–104.
- [21] Malec J., 2006, *Przestępczość – to ciekawe zjawisko*, Wydawnictwo C. H. Beck, Warszawa.
- [22] Mayer J.D., 2005, *A tale of two visions. Can a new view of personality help integrate psychology?*, „American Psychologist”, nr 4, s. 294–307.
- [21] Meyer R., 2003, *Psychopatologia*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- [23] Millon T., Davis R., 2005, *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*, Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa.
- [24] Polaschek D.L.L., Ross E.C., 2010, *Do early therapeutic alliance, motivation, and stages of change predict therapy change for high-risk, psychopathic violent prisoners?*, „Criminal Behaviour and Mental Health”, nr 20, s. 100–111.
- [25] Przybyliński S., 2006, *Podkultura więzienna*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- [26] Radochoński M., 2000, *Osobowość antypoleczna*, WSP, Rzeszów.
- [27] Scott O.L., 2013, *Is psychopathy a syndrome? Commentary on Marcus, Fulton and Edens*, „Personality Disorders: Theory, Research and Treatment”, nr 1, s. 85–86.
- [28] Shedler J., Westen D., 2004, *Refining Personality Disorder Diagnosis: Integrating Science and Practice*, „American Journal of Psychiatry”, nr 8, s. 1350–1365.
- [29] Sutker P.B., Allain A.N. Jr., 2001, *Antisocial personality disorders*, [w:] *Comprehensive handbook of psychopathology*, (red.) P.B. Sutker, H.E. Adams, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, s. 445–490.
- [30] Sztuka J., 2018, *Perspektywa efektywności w resocjalizacji*, „Studia Paedagogica Ignatiana”, nr 1, s. 85–105.
- [31] Torgersen S., Kringlen E., Cramer V., 2001, *The prevalence of personality disorders in a community sample*, „Archives of General psychiatry”, nr 6, s. 590–596.
- [32] Tryer P., 1995, *Are personality disorders well classified in DSM-IV*, [w:] *The DSM-IV personality disorders*, (red.) W.J. Livesley, Guilford, New York, s. 29–42.
- [33] Tyrer P., Mulder R., Crawford M., Newton-Howes G., Simonsen E., Ndeti D., Kolodsky N., Fossati A., Mbatia J., Barrett B., 2010, *Personality disorder: a new global perspective*, „World Psychiatry”, nr 9, s. 56–60.
- [34] Urban B., 2000, *Zachowania dewiacyjne młodzieży*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- [35] Weinstein Y., Gleason M.E.J., Olthmans T.F., 2012, *Borderline but not antisocial personality disorder symptoms are related to self-reported partner aggression in late middle-age*, „Journal of Abnormal Psychology”, nr 3, s. 692–698.
- [36] Widiger T.A., Sanderson C.J., 1995, *Toward a dimensional model of personality disorders*, [w:] *The DSM-IV personality disorders*, (red.) W.I. Livesley, Guilford, New York, s. 433–458.
- [37] Widiger T.A., Weissman M.M., 1991, *Epidemiology of borderline personality disorder*, „Hospital Community Psychiatry”, nr 42, s. 1015–1021.
- [38] Wysocka E., 2008, *Diagnoza w resocjalizacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.