Usporedba antisocijalnog poremećaja ličnosti i psihopatije

Šušak, Iva

Master's thesis / Diplomski rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:301804

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**



Repository / Repozitorij:

Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository







Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Usporedba antisocijalnog poremećaja ličnosti i psihopatije

Student: Iva Šušak

Zagreb, veljača, 2016.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Usporedba antisocijalnog poremećaja ličnosti i psihopatije

Mentor: prof.dr.sc. Ljiljana Mikšaj-Todorović

Student: Iva Šušak

Zagreb, veljača, 2016.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad („Usporedba antisocijalnog poremećaja ličnosti i psihopatije“) i da sam njegova autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: Iva Šušak

Mjesto i datum: Zagreb, veljača, 2016.

SAŽETAK

Naslov rada: Usporedba antisocijalnog poremećaja ličnosti i psihopatije
Ime i prezime studentice: Iva Šušak
Ime i prezime mentora: prof.dr.sc. Ljiljana Mikšaj-Todorović
Modul: Socijalna pedagogija/ modul Odrasli

Poremećaji ličnosti razvojna su stanja koja se pojavljuju u djetinjstvu ili adolescenciji i nastavljaju se u odrasloj dobi te imaju izražene emocionalne i ponašajne aspekte, ovisno o kojem je poremećaju ličnosti riječ. Iako su antisocijalni poremećaj ličnosti i psihopatija povezani, radi se o dvama različitim kliničkim entitetima. Prema DSM-IV (2000), antisocijalni poremećaj ličnosti je formalna dijagnoza, a psihopatija je empirijski konstrukt sa afektivno - interpersonalnim i socijalno – devijantnom dimenzijom. Ovim radom će se pokušati dati odgovor na slijedeća analitička pitanja:

1. Koje su ključne razlike između antisocijalnog poremećaja ličnosti i psihopatije ?, te
2. Postoji li osnova za definiranje zasebnog poremećaja psihopatije unutar kategorije poremećaja ličnosti u budućim izdanjima DSM-a ?

S tom svrhom će oba poremećaja i karakteristike osoba s navedenim poremećajima biti opisane u radu. Najčešće potvrđenje nejednakosti ovih konstrukta su usmjerenost na ponašajne aspekte kliničke slike kod antisocijalnog poremećaja ličnosti, veća zastupljenost ovog poremećaja u forenzičkoj populaciji, dok je psihopatija prediktivnija za kriminalni povrat. Također, antisocijalni poremećaj ličnosti zastupljeniji je i u općoj populaciji. Etiološka istraživanja pokazuju da unatoč sličnim kriterijima i klasifikaciji ova dva konstrukta ne dijele iste uzročnike te da se razlikuju i na biopsihosocijalnoj razini.

Ključne riječi: antisocijalni poremećaj ličnosti, psihopatija, usporedba, kliničke slike

SUMMARY

Title: The comparison of antisocial personality disorder and psychopathy

Name and surname of student: Iva Šušak

Name and surname od mentor: Ljiljana Mikšaj-Todorović, PhD

Module: Graduate study of Social Pedagogy/module Adults

Personality disorders are developmental conditions that occur in childhood or adolescence, continue during adulthood and have strong emotional and behavioral aspects, depending on a type of personality disorder. Although related, antisocial personality disorder and psychopathy are two different clinical entities. According to DSM-IV (2000), antisocial personality disorder is a formal diagnosis, and psychopathy is empirical construct of the affective - interpersonal and social - deviant dimension. This paper will attempt to answer the following analytical questions:

1. What are the key differences between antisocial personality disorder and psychopathy?, and

2. Is there a basis for defining separate disorder of psychopathy within the category of personality disorder in future editions of the DSM?

For this purpose, both disorders and characteristics of people with these disorders will be described in the work. The biggest diffrences between thoose two construct is the behavioral aspects of the clinical picture in antisocial personality disorders, and it is more frequent in forensic population, while psychopathy is more predictive for criminal recidive. Also, antisocial personality disorder is more common in the general population. Etiological research shows that, despite similar criteria and classification of these two constructs, they do not share the same causes, even bio-psycho-social level.

Key words: antisocial personality disorder , psychopathy , a comparason, clinical picture

Sadržaj

1. UVOD 1

2. DEFINICIJE I KLASIFIKACIJE POREMEĆAJA LIČNOSTI 2

3. ANTISOCIJALNI POREMEĆAJ LIČNOSTI 6

3.1. Definicija antisocijalnog poremećaja ličnosti 6

3.2. Klinička slika antisocijalnog poremećaja ličnosti 8

3.3. Komorbiditet antisocijalnog poremećaja ličnosti i drugih konstrukta 9

3.4. Tretman antisocijalnog poremećaja ličnosti 10

4. PSIHOPATIJA 14

4.1. Definicija psihopatije 14

4.2. Klinička slika psihopatije 16

4.3. Komorbiditet psihopatije i drugih problema mentalnog zdravlja 19

4.4. Tretman psihopatije 21

5. ODGOVORI NA POSTAVLJENA ANALITIČKA PITANJA 23

5.1. Usporedba antisocijalnog poremećaja ličnosti i psihopatije 23

5.1. 1. Povezanost antisocijalnog poremećaja ličnosti i psihopatije s činjenjem kaznenih djela 30

5.2. Postoji li potreba za definiranjem psihopatije kao zasebnog 31

6. VAŽNOST RAZLIKOVANJA ANTISOCIJALNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI I PSIHOPATIJE ZA SOCIJALNU PEDAGOGIJU 32

7. ZAKLJUČAK 34

POPIS LITERATURE 35

1. UVOD

Antisocijalni poremećaj ličnosti i psihopatija često se smatraju sinonimima, no iako su povezani, radi se o dvama različitim kliničkim entitetima. Prema DSM-IV (2000), antisocijalni poremećaj ličnosti je formalna dijagnoza, a psihopatija je empirijski konstrukt sa afektivno - interpersonalnim i socijalno - devijantnom dimenzijom. Ipak, dijagnostički kriteriji se u dovoljnoj mjeri poklapaju, stoga se antisocijalni poremećaj ličnosti i psihopatija uglavnom opisuju zajedno, to jest, teško je govoriti o jednom ne spominjući drugi (Jakšić i Čuržik, 2012). Razlozi za proučavanje ovih konstrukta proizlaze upravo iz širokih fizičkih, psiholoških i financijskih posljedica koje ovi poremećaji ličnosti ostavljaju na društvo (Patrick, 2007). Upravo psihopatiju povezujemo s nekim od najokrutnijih oblika tjelesnog nasilja (Porter i sur., 2003). Cilj ovog rada bit će dati prikaz literature i nalaza vezanih uz oba navedena konstrukta te ih usporediti.

Pitanja na koja će rad pokušati dati odgovor su:

1. Koje su ključne razlike između antisocijalnog poremećaja ličnosti i psihopatije ?, te
2. Postoji li osnova za definiranje zasebnog poremećaja psihopatije unutar kategorije poremećaja ličnosti u budućim izdanjima DSM-a ?

Kao izvori podataka korišteni su razni relevantni stručni udžbenici i sveučilišne knjige, znanstveni i stručni članci te informacije koje se odnose na predmet istraživanja ovog rada. Struktura rada se sastoji od uvodnog dijela, da bi se zatim objasnio pojam poremećaja ličnosti s naglaskom na klasifikaciju. U trećem poglavlju analizira se antisocijalni poremećaj ličnosti gdje se podrobno daje definicija, klinička slika, komorbiditet i tretman. U četvrtom se poglavlju, po istim kriterijima, opisuje i psihopatija. U petom poglavlju autorica ovog rada fokusira se na pronalazak odgovora na postavljena pitanja kroz usporedbu . Na kraju rada daje se sveobuhvatan zaključak.

2. DEFINICIJE I KLASIFIKACIJE POREMEĆAJA LIČNOSTI

Poremećaji ličnosti razvojna su stanja koja se pojavljuju u djetinjstvu i adolescenciji te se nastavljaju u odrasloj dobi. Oni nisu posljedice drugog mentalnog poremećaja ili moždane bolesti, iako mogu prethoditi drugim poremećajima i biti udruženi s njima. Poremećaji su ličnosti podijeljeni prema skupinama obilježja koja odgovaraju najčešćim ili najuočljivijim ponašajnim očitovanjima ovih stanja. Ovako su opisani podtipovi, kao važnije forme devijacije ličnosti, opće priznati. Pri postavljanju dijagnoze poremećaja ličnosti (riječ je o službenoj medicinskoj dijagnozi prema vodećim klasifikacijama, MKB i DSM), kliničar treba uzeti u obzir sve aspekte osobnog funkcioniranja, iako će se dijagnostička formulacija, da bi bila jednostavna i efikasna, odnositi samo na one dimenzije ili crte ličnosti za koje je dosegnut predloženi prag. Procjenu treba temeljiti na što je više moguće izvora informacija. Iako je ponekad moguće procijeniti ličnost u jednome jedinom intervjuu s korisnikom, često je nužno obaviti više od jednog intervjua te uzeti heteroanamnestičke podatke (MKB – 10, 1999).

Crocq (2013) objašnjava kako su još stari Grci pokušavali objasniti varijacije u tipovima ličnosti te je Hipokrat podijelio ličnosti na sangvinike, kolerike, melankolike i flegmatike. Kroz povijest razni su znanstvenici povezivali ova četiri tipa s novonastalim podtipovima ličnosti. Tako je Emil Kraepelin u 19. stoljeću povezao depresivni tip ličnosti sa melankoličnim, a hipomaničnu ličnost sa sangviničkim temperamentom. On je, osim toga, ponudio i prvu sveobuhvatnu klasifikaciju mentalnih bolesti i poremećaja, dok je James Cowles Prichard uveo termin "*moral insanity*" i opisao osobe koje krše socijalne norme ponašanja. Sigmund Freud je prikazao različite varijante ličnosti povezujući ih sa stadijima psihoseksualnog razvoja, a Karl Jaspers je 1910. godine prvi istaknuo razliku između antisocijalnog poremećaja ličnosti i psihoze.

Prema DSM-5 poremećaj ličnosti definiran je kao trajni obrazac unutarnjeg doživljavanja i ponašanja koji značajno odstupa od očekivanog u kulturi kojoj ta osoba pripada, koji je pervazivan i nefleksibilan, ima početak u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi, tijekom vremena je stabilan te dovodi do patnje ili oštećenja u socijalnom, radnom ili drugim važnim područjima funkcioniranja (Šago,2015). Trajni obrazac se očituje u dva ili više sljedećih područja:

a) kognicija (način percepcije i interpretiranja sebe, drugih ljudi i događaja),

b) afektivitet (opseg, intenzitet, promjenjivost i prikladnost emocionalnog odgovora),

c) interpersonalno funkcioniranje,

d) kontrola poriva.

Prema Senić (2011;1) definicija poremećaja ličnosti u DSM-5 (najnovijem priručniku mentalnih poremećaja) je izmijenjena u odnosu na DSM-IV. Umjesto svrstavanja ljudi u kategorije pojedinih poremećaja ličnosti, u DSM-u-5 je primijenjen dimenzionalni pristup. To znači da se svaki poremećaj ličnosti procjenjuje s obzirom na intenzitet ispoljavanja karakterističnih načina reagiranja, funkcioniranja i poimanja svijeta i sebe. U DSM-5 poremećaji ličnosti predstavljaju neuspjeh u razvoju osjećaja samo-identiteta i kapaciteta za interpersonalno funkcioniranje koji bi bili adaptivni u kontekstu kulturnih normi i očekivanja društva individue. Autorica dalje navodi kako su tipovi poremećaja ličnosti u DSM-u-V sažeti u odnosu na prethodni dijagnostički priručnik mentalnih poremećaja i svode se na svega pet međusobno različitih poremećaja ličnosti, a to su:

a) **antisocijalni** poremećaj ličnosti i psihopatija koji podrazumijeva negativne emocije, nedostatak suosjećanja i često je povezan s kriminalnim ponašanjem**,**

b) **izbjegavajući**, koji podrazumijeva povučenost, introvertiranost i sklanjanje od svijeta,

c) **granični** (*borderline*), koji se odnosi na bazične antagonizme, bazičnu nestabilnost i emocionalnu „ljuljačku“,

d) **opsesivno-kompulzivni,** kako sama fraza kaže uključuje prisilne misli i radnje. Misli su često osobama bizarne i nerazumljive, a radnje smatraju nepovezanim s mislima, i

e) **šizotipni,** najblaže rečeno podrazumijeva šizotipiju, dakle, otuđenje od socijalne okoline i smanjenu mogućnost izražavanja emocija.

Prevalencija poremećaja ličnosti u općoj populaciji kreće se od 10 do 13%, a prevalencija pojedinih poremećaja razlikuje se ovisno o poremećaju. U nastavku su prikazani prevalencijski podaci prema Mimica i Gregurek (2006) :

- Paranoidni poremećaj ličnosti: 0,5 do 2,5%
- Shizotipni poremećaj ličnosti: 3%
- Antisocijalni poremećaj ličnosti: M=3%; Ž=1%
- Granični poremećaj ličnosti: 2%

- Histrionični poremećaj ličnosti: od 2 do 3%
- Narcistični poremećaj ličnosti: 2 do 16%
- Izbjegavajući poremećaj ličnosti: 0,5 do 1%
- Opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti: 1% (Mimica i Gregurek, 2006).

Iz podataka je vidljivo da je najviša prevalencija dijagnoze antisocijalnog poremećaja ličnosti, osobito kod pripadnika muškog spola, no zbog učestalih upadanja u nevolje i simptoma koji imaju utjecaj na okolinu, ovaj je poremećaj najvidljiviji te je, s obzirom na učestalu kriminalnu aktivnost, najjednostavnije osobi dati dijagnozu antisocijalnog poremećaja ličnosti. Osim toga, prema Eurostatovim podatcima iz 2014. postotak kriminalne populacije otprilike odgovara postotku prevalencije ovog poremećaja. Dok je za narcistični poremećaj teško definirati prevalenciju, kao i jasnu granicu simptomatologije od izraženog poremećaja.

Prema Mimica i Gregurek (2006) ako pojedincu želimo dodijeliti dijagnozu poremećaja ličnosti u obzir se uzima cjelokupna ličnost. Važno je imati na umu etničku, kulturološku i religijsku pripadnost neke osobe. Također je važno dobiti točne anamnestičke podatke o osobi, kako se dijagnoza poremećaja ličnosti ne bi postavila uslijed procesa koji prate izdvajanje iz primarnog kulturološkog okruženja ili zbog obilježja i navika karakterističnih za neku drugu kulturu, religijsku skupinu i slično. Ukoliko se poremećaj ličnosti dijagnosticira prije punoljetnosti, treba biti vrlo pažljiv budući tako mlada osoba nema još uvijek stabilnu ličnost, a simptomatologija mora postojati barem jednu godinu prije postavljanja same dijagnoze. Antisocijalni poremećaj ličnosti se nikada ne dijagnosticira prije 18-e godine života, a i onda podrazumijeva postojanje poremećaja ophođenja u djetinjstvu. Prema psihodinamskim teorijama poremećaji ličnosti nastaju zbog zastoja u fazama psihoseksualnog razvoja te fiksacijama u istim. Tako primjerice fiksacija u oralnoj fazi dovodi do razvoja zahtjevne i ovisne osobnosti. Fiksacija u analnoj fazi dovodi pak do razvoja rigidnih, opsesivnih i/ili ravnodušnih osobnosti, koje odgovaraju dijagnozi opsesivno-kompulzivnog poremećaja, dok se smatra da fiksacija u falusnoj fazi razvija histrionsku osobnost. Ove teorije važnim smatraju ne samo psihoseksualni razvoj, nego i ističu važnost psihoseksualnog zlostavljanja i zanemarivanja kao indikativne za razvoj patologija na području ličnosti.

Nasljedni čimbenici također imaju važnu ulogu u razvoju poremećaja ličnosti. Sve se više pažnje pridaje neurobiološkim teorijama koje se usredotočuju na razlike u organizaciji

kognitivnih procesa, emotivnoj reaktivnosti, moždanoj aktivnosti i slično (Siever i Weinstein, 2009). Kod socijalnih teorija u prvom planu je odnos roditelj dijete, a za tim odnos s okolinom. I ove teorije, kao i one psihodinamske, pažnju pridaju traumama i stresovima proživljenima u djetinstvu. Tako u obzir uzimaju odnos među roditeljima, moguću patologiju kod roditelja, kao što je ovisnost o alkoholu ili povijest mentalnih problema u obitelji (Mimica i Gregurek, 2006).

Svaka od etioloških skupina teorija opisuje jedan dio uzročnosti navedenih poremećaja ličnosti, fokusirajući se ili na razvoj i genetiku, na kemiju mozga ili na okolinske čimbenike koji izazivaju traumatska iskustva. Stoga je važno napomenuti da autorica ovog teksta smatra da je nemoguće vjerodostojno dokazati utemeljenost samo jedne od ovih teorija, već se radi o međudjelovanju različitih čimbenika koji utječu na ispoljavanje simptoma poremećaja ličnosti.



Slika 1 – Shematski prikaz najznačajnijih osnovnih obilježja poremećaja ličnosti

Izvor: (MKB – 10, 1999)

Slikom 1 su istaknuta najznačajnija osnovna obilježja poremećaja ličnosti. Kako je već spomenuto, radi se o razvojnim stanjima koja se najčešće manifestiraju već u djetinjstvu, a poremećaji ličnosti su podijeljeni u skupine, s obzirom na skupine obilježja, odnosno simptoma.

3. ANTISOCIJALNI POREMEĆAJ LIČNOSTI

3.1. Definicija antisocijalnog poremećaja ličnosti

Antisocijalni poremećaj ličnosti je pervazivni model zanemarivanja i nepoštivanja prava drugih ljudi koji počinje u djetinjstvu ili adolescenciji i nastavlja se u odrasloj dobi. Osoba (da bi dobila tu dijagnozu) mora imati najmanje 18 godina, manifestirati simptome antisocijalnog poremećaja ličnosti prije 15. godine života i ne smije pokazivati antisocijalno ponašanje isključivo tijekom akutne shizofrene simptomatologije ili manične epizode (Blair, Blair i Mitchell, 2008). Ključno obilježje osoba s antisocijalnim poremećajem ličnosti jest tendencija kontinuiranog nepoštivanja i kršenja prava drugih ljudi. To rade kroz kombinaciju manipulativnih, agresivnih i antisocijalnih ponašanja. Posjeduju dugogodišnji obrazac devijantnih i neodgovornih radnji s naglašenom impulzivnošću, iritabilnošću te niskom razinom zabrinutosti za vlastitu sigurnost ili pak sigurnost drugih (APA, 2012).

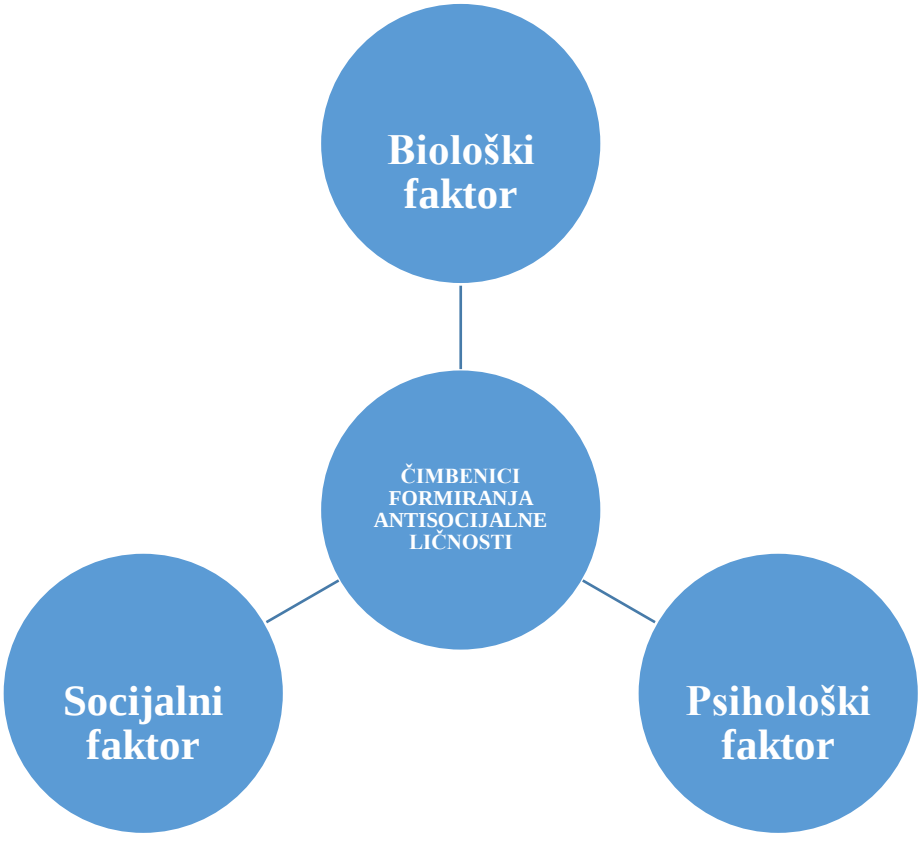
Kada se postavi pitanje, što uzrokuje formiranje antisocijalne ličnosti, Bilalović, (2014) navodi de se radi o biološkim, socijalnim i psihološkim faktorima.

Biološki faktori = mnoga su istraživanja rađena s blizancima, jednojajčanim ili dvojajčanim, kako bi se utvrdila povezanost genetike i pojavnosti antisocijalnog ponašanja te su neka (Cristiansen, 1977, prema Ricijaš, 2009) utvrdila da je veća konkordancija kod jednojajčanih blizanaca (35%), nego kod dvojajčanih (12%). No, rađena su istraživanja koja se bave neuroendokrinnoločkim čimbenicima (Olweus i sur., 1988, Arcjer. 1994, prema Ricijaš,) koja govore kako bi se povišena razina testosterona i reaktivnost kortizola, mogla promatrati kao uzročnici eksternaliziranih problema u ponašanju. Neurološka istraživanja govore da je impulzivnost povezana s limbičkim sustavom i prefrontalnim korteksom mozga (Bufkin i Luttrell, 2005, prema Ricijaš 2009) i slično.

Socijalni faktori = sredina u kojoj živi i intenzivni emocionalni odnosi koje dijete proživljava unutar obitelji, utječu na aspekte ličnosti, što utječe na kasnije socijalno ponašanje i formiranje etičkih standarda nekog društva, odnosno, na razvoj obrazaca socijalne interakcije (Kalebić Maglica i Martinac Dorčić, 2015). Ne može se izdvojiti samo jedan socijalni faktor, kao što je primjerice siromaštvo i tvrditi da je to glavni uzročnik delinkvencije ili antisocijalnosti. Uvijek je riječ o djelovanju više faktora, koji su isto tako u određenom međudjelovanju te aktivacija jednog faktora utječe i na aktivaciju nekog drugog faktora, a njihovim kumulativnim djelovanjem se razvija ličnost.

Psihološki faktori = upućuju da je važna aktivacija i samoaktivacija djece te da se u ove faktore ubraja međuodnos kognitivnog i emocionalnog razvoja. Taj se razvoj bazira na temeljenim odnosima i povijesti odnosa, dakle na odnosu roditelj – dijete. Dakle, obitelj utječe na kogniciju i emocije djeteta te ukoliko se radi o razorenoj obitelji ili nedosljednim roditeljskim postupcima, nerealističnom pristupu životu, pojedinac nema pravila te je izgubljen u kogniciji i emocijama (Špelić, 2013).

Osobe s antisocijalnim poremećajem imaju brojne neurološke, kognitivne i emocionalne karakteristike koje upućuju na zaključak da različiti uzročni čimbenici dovode do njihovog antisocijalnog ponašanja (Frick, 2009). S toga je slikom 2 prikazano da mnogi čimbenici iz prethodno navedenih različitih skupina, kao što su socijalni faktori, psihološki faktori i biološki faktori, kumulativno doprinose razvoju problema u ponašanju ili pak formiranju antisocijalne ličnosti.



Slika 2 – Shematski prikaz - čimbenici formiranja antisocijalne ličnosti

Izvor: Bilalović (2014).

3.2. Klinička slika antisocijalnog poremećaja ličnosti

Blair, Blair i Mitchell (2008) navode da se klinička slika antisocijalnog poremećaja ličnosti očituje u nepridržavanju socijalnih normi koje se odnose na ponašanja u skladu sa zakonom, a na što upućuju ponovljena djela koja su razlog za oduzimanje slobode. Zatim, prijetvornost, na što upućuje ponovljeno laganje, služenje lažnim imenima ili varanje drugih zbog osobne dobiti ili užitka; impulzivnost ili nemogućnost planiranja te razdražljivost i agresivnost, o čemu govore ponovljene tučnjave ili napadi. Osim toga, bezobzirno zanemarivanje vlastite ili tuđe sposobnosti te dosljedna neodgovornost, na koju upućuje ponovljeni neuspjeh u zadržavanju zaposlenja ili ispunjavanja financijskih obveza. Očitovanje kliničke slike je i u pomanjkanju kajanja, na što upućuje ravnodušnost prema drugima ili racionaliziranje ozljeđivanja, maltretiranja ili potkradanja drugih ljudi. Navedena obilježja su međusobno povezana, s obzirom da zbog svoje impulzivnosti često koriste agresivna ponašanja, a pri tom ne osjećaju krivnju, odnosno, ravnodušni su te ne uviđaju posljedice vlastitog ponašanja za druge osobe. Drugim riječima, čovjek s antisocijalnom osobnosti se vrlo lako frustrira, a s frustracijom se ne zna nositi te vrlo često upada u nasilništvo i reagira vrlo impulzivno. Često zbog materijalnih ili osobnih dobitaka oštećuje druge, ne mareći za njihova prava i osjećaje. Kažnjavanje rijetko utječe na promjenu ponašanja, s obzirom da antisocijalna osobnost ne uviđa niti predviđa posljedice svog ponašanja, a u opravdavanju i laganju su izrazito vješti. Često antisocijalna osobnost vodi u alkoholizam, narkomaniju, promiskuitet te generalno imaju smanjene mogućnosti ispunjavanja obveza i izražene teškoće pri poštivanju zakona. Simptomi samog poremećaja s godinama slabe ili se ustaljuju, a prevalencija antisocijalnog poremećaja osobnosti u redovnoj populaciji iznosi oko 2%, a muškarci nadmašuju žene u omjeru od 6:1.[1]

Bilalović (2014) navedene kliničko-socijalne karakteristike antisocijalnog poremećaja ličnosti opisuje navodeći konkretnija ponašanja, kao što su česti sukobi s policijom, polimorfne seksualne perverzije (promiskuitet, homoseksualizam, zoofilija) i seksualna aktivnost bez nježnih emocija. Povezano s time, karakteristika je i nesposobnost odlaganja zadovoljstva, odnosno, želja za trenutnim zadovoljstvom te loše formiran princip realnosti, nesposobnost tolerancije frustracije te defektno procjenjivanje, relativno odsustvo anksioznosti i osjećaja krivice, kao i slaba mogućnost modifikacije ponašanja kažnjavanjem. Gubitak starih prijatelja, odnosno, neodržavanje trajnih veza; izražena sklonost ka okrivljavanju drugih za svoje ponašanje ili opetovano laganje s ciljem postizanja osobne

[1] Izvor: http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/poremecaji-osobnosti

koristi. Loš uspjeh u školi ili na radnom mjestu te učestala zloupotreba alkohola i droge, što potkrepljuje navodima da čak 75% pacijenata ima bolest ovisnosti, a 25% depresiju. Dakle, antisocijalna osobnost je svojim djelovanjima okrenuta isključivo zadovoljavanju vlastitih potreba, ne mareći za interese drugih te opravdavajući svoje djelovanje kroz iskrivljenu sliku realnosti, koristeći neadekvatna, impulzivna i agresivna ponašanja. Begić (2011, prema Jakšić i Čuržik, 2012) navodi da antisocijalna ličnost ipak nije ekvivalent za kriminalno ponašanje, jer nemaju svi počinitelji kaznenih djela ovaj poremećaj, niti su sve osobe s antisocijalnim poremećajem počinitelji kaznenih djela.

3.3. Komorbiditet antisocijalnog poremećaja ličnosti i drugih konstrukta

Iz prethodnog je poglavlja vidljivo da se, uz antisocijalni poremećaj ličnosti, često javljaju i neki drugi problemi mentalnog zdravlja ili problema u ponašanju. Od komorbiditetnih stanja pokazalo se kako tri četvrtine osoba s antisocijalnim poremećajem ličnosti udovoljavaju dijagnostičkom kriteriju za neki drugi poremećaj, od čega su najviše sklone alkoholizmu i ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, depresiji i anksioznim stanjima, a imaju i povišene stope suicida (Verona, Patrick i Joiner, 2001, prema Jakšić i Čuržik, 2012). Navedeni autori također naglašavaju da je antisocijalni poremećaj ličnosti često povezan s alkoholizmom te je tipologija osoba ovisnih o alkoholu temeljena i na razlici između osoba koje su ovisne o alkoholu, a imaju antisocijalni poremećaj ličnosti i one osobe koje nemaju antisocijalni poremećaj ličnosti.

Istraživanjem je utvrđeno da osobe ovisne o alkoholu s antisocijalnim poremećajem ličnosti su u kronološkoj dobi ranije započeli konzumirati alkoholna pića te su pokazali brži razvoj prema težem alkoholizmu (Nenadić-Šviglin, 1994, prema Žarković-Palijan, 2004).

Kod diferencijacije dualnih dijagnoza antisocijalnog poremećaja ličnosti i poremećaja ovisnosti treba biti posebno pažljiv, budući da osobe s poremećajem ovisnosti često proiciraju ponašanja koja odgovaraju kliničkoj slici antisocijalnog poremećaja ličnosti. Primjerice, sklone su kaznenim djelima krađe ili pak laganju i neodgovornosti prema zaposlenju. No, u ovim situacijama, dobar indikator za diferencijaciju može biti vrlo rano pojavljivanje ponašajnih teškoća u slučaju antisocijalnog poremećaja ličnosti. Krueger i suradnici (2007) također govore da postoje indikacije da ova dva poremećaja dijele zajedničke genetske etiološke čimbenike te samim time utječu jedan na drugi i otežavaju dijagnostičko razdvajanje.

Zanimljiva su istraživanja i studije koje su otkrile kako prenatalna izloženost pušenju od strane majke može dovesti do povišene razine nasilnih kaznenih djela od strane muškog djeteta. Postoje i dodatni dokazi kako su sinovi majki koje su pušile za vrijeme trudnoće pokazivali naznake nasilnog vrijeđanja te kako samo pušenje u trudnoći može dovesti do antisocijalnog ponašanja (Beaver, 2010).

Osobe sa antisocijalnim poremećajem ličnosti također imaju i izraženu sklonost ka depresiji i anksioznim stanjima (Black i sur., 2010), dok neka istraživanja pokazuju da imaju i veću stopu pokušaja suicida (Verona, Patrick i Joiner, 2001, prema Jakšić i Čuržik, 2012).

Antisocijalni poremećaj ličnosti također se djelomično preklapa s graničnim poremećajem ličnosti i to najviše preklapanja vidimo u impulzivnim crtama ličnosti i afektivnoj nesigurnosti (Paris, 1997).

Iz priloženog je vidljivo koliki je značaj komorbiditetnosti antisocijalnog poremećaja ličnosti s bolestima ovisnosti te koliko se obilježja ovog poremećaja ličnosti preklapaju s obilježjima nekih drugih poremećaja ličnosti. Vidljivo je i da je najznačajnija povezanost antisocijalnog poremećaja ličnosti s činjenjem kaznenih djela, no istraživanja se primarno fokusiraju na ponašajni aspekt, a rijetko istražuju uzročnost i etiologiju. Samim time je teško sa sigurnošću govoriti koji su to čimbenici koji djeluju na razvoj alkoholizma i na razvoj poremećaja ličnosti. Nikako nije isključivo moguće zaključiti da je prenatalna izloženost konzumiranju cigareta majki, ključan čimbenik za razvoj antisocijalnog ponašanja, već je u navedeno potrebno uključiti i razvojne i odgojne čimbenike te ostale socijalne čimbenike, koji su utjecali na sveukupan razvoj osobe s antisocijalnim poremećajem ličnosti.

3.4. Tretman antisocijalnog poremećaja ličnosti

Senić (2011;2) koja je psiholog u području kliničke psihologije, objašnjava u svojem stručnom članku na blogu *Psihoterapijske teme* način tretmana antisocijalnog poremećaja ličnosti. Navodi kako u psihijatrijskim ustanovama, pojedinci u većini slučajeva dobivaju lijekove. Što se tiče privatnih ordinacija psihoterapeuta, dolazi do određenog psihoterapijskog tretmana. Posebno se naglašava kako broj raznovrsnih psihoterapija raste, te da se pri tome razlikuju tretmani koji su ponuđeni pojedincima. Senić (2011;2) ističe da je najopasniji stav onih koji vjeruju da je osoba s antisocijalnim poremećajem ireverzibilna, dakle da njeni simptomi nemaju mogućnost "popravljanja" i da se njeno stanje neće promijeniti.

„*Istini za volju, dubinske terapije, poput varijeteta psihodinamskih, pokazuju bolje rezultate u tretmanu klijenata s ovim problemom, od "pokrivajućih terapija" koje se fokusiraju na promjenu iskrivljenih misli i regulaciju impulsa, nemoralnih i ilegalnih ponašanja. Lijekovi, per se, imaju moć umirivanja simptoma, ali kao i u slučaju drugih mentalnih problema, nikada ne liječe uzrok poremećaja*." (Senić,2011;2). Autorica dalje tvrdi da budući da se radi o osobama nezaokruženog identiteta, s velikim količinama neobrađene i sirove agresivnosti iz koje proistječe brutalnost, kao i o osobama koje (kako zbog genetike, tako i uslijed negativnih ranih iskustava) često osjećaju ugodne senzacije kada nanose štetu i bol drugima, pa i terapeutu, onda postoji ozbiljna pretpostavka kako je tretman, dug, težak i da u tretmanu i klijent i terapeut moraju biti uporni (Senić, 2011;2).

Osobe s antisocijalnim poremećajem ličnosti, ili one koje su obilježene kao psihopati, su vrlo često došle iz obitelji u kojima su svoje najbliže doživljavale kao prazne, namrgođene ili odbacujuće (Senić, 2011;2). Nadalje, autorica konstatira kako je praznina i mržnja kroz odrastanje unijeta u osobe koje se razvijaju u psihopate ili antisocijalne poremećaje ličnosti. Bitno je razumjeti, navodi autorica, da ti ljudi, „*čak i kad su sami sa sobom, u svojoj unutrašnjosti nose nešto što primarno ne prihvaćaju. Što je veća razlika između onoga što je osoba bila kao dijete i onoga što je u sebe pounutrila od strane primarnih figura iz djetinjstva (roditelja), to je manja mogućnost obrade tenzije, agresivnosti i sklapanja i zaokruživanja identiteta te osobe. Pored konfuzije identiteta, kod takvih osoba uviđamo nespecifičnu slabost volje i "razbacane" dijelove različitih aspekata ličnosti koje nisu u stanju same sklopiti u jedinstvenu i skladnu cjelinu*". Tome, zapravo, služi terapeut i terapijski proces s takvim klijentima (Senić,2011;2).

Terapeuta je važno gledati kao određenog organizatora inicijalnog kaosa i kao nekog tko će kroz razumijevanje i dosljednu pažnju, "korak po korak" graditi te "zakinute" dijelove ličnosti. Ako klijent pristane na suradnju, i u terapeutu uspije prepoznati dobro, može doći do poboljšanja stanja i do, kako to Senić (2011;2) naziva, preuređenja unutrašnjeg kaosa.

No, često se govori kako antisocijalni poremećaj ličnosti i psihopatija nisu poremećaji s kojima je moguće ostvariti značajan terapeutski napredak. Teško je dati sud o tome budući da istraživanja o tretmanu antisocijalnog poremećaja ličnosti specifično nema dovoljno. Istraživanja, ako i postoje, su više usmjerena na istraživanje tretmana simptoma i komorbidnih stanja i većinom medikamentoznim terapijama. Stoga će u rijetkim slučajevima pojedinac potražiti stručnu kliničku pomoć upravo zbog antisocijalnog poremećaja ličnosti. Takvi pojedinci prvenstveno dolaze u tretman zbog bračnih problema, problema ovisnosti,

suicidalnih misli ili problema sa zakonom. Slučaj sa pojedincima s ovim poremećajem ličnosti jest da oni imaju smanjenu mogućnost introspektivnog uvida te će vrlo vjerojatno odbijati postavljenu dijagnozu ili simptome poremećaja (Ilarski, 2007).

Najčešće se pojedinci s ovom dijagnozom ne liječe bolnički, osim ako postoji jasna namjera da povrijede sebe ili drugoga. Studije slučaja su pokazale da bolničko okruženje može negativno utjecati na ove pojedince, budući da u takvom „sterilnom“ okruženju ne postoje svi uvjeti za zadovoljenje svih njihovih svakodnevnih potreba, te onda njihova manipulativnost onda dolazi više do izražaja kako bi ih iznudili (Ilarski, 2007).

Leichsenring i Leibing (2003) navode da ukoliko se odabere psihoterapija kao pristup u radu sa osobom koja ima dijagnozu antisocijalnog poremećaja ličnosti, ona treba biti usmjerena na pomaganje osobi da stekne uvid u prirodu i posljedice njegovog poremećaja, kako bi se kasnije prešlo na učenje mehanizama kontrole ponašanja. Tehnike usmjerene na samoistraživanje ili prema osobi okrenute tehnike su se pokazale neučinkovitima kod ovih pojedinaca. Isti autori ističu kako se u posljednje vrijeme s ovim pojedincima često koristi i kognitivna terapija. U ovom slučaju terapeut postavlja pravila i smjernice zajedno s korisnikom, kojih se ovaj mora pridržavati. Pravila najčešće uključuju angažman, redovito prisustvo na seansama, aktivno sudjelovanje, izvršavanje „domaćih zadaća“. Samim time pojedinci koji su na terapiji samo kao dio kazne rijetko će postići značajan pomak. Glavni cilj kognitivne terapije je pomoći korisniku da stekne uvid u način na koji sam stvara vlastite probleme i kako ga njegove kognitivne distorzije onemogućuju da sebe percipira na način na koji ga vidi njegova okolina. S obzirom da pojedinci s ovim poremećajem za svoje postupke često okrivljuju druge, imaju nizak prag tolerancije na frustraciju, impulzivni su i rijetko ostvaruju odnose povjerenja, rad sa njima izuzetno je zahtjevan za terapeuta. Ovim pojedincima često nedostaje motivacije kako bi se popravili, što je moguća posljedica smanjene mogućnosti samouvida. Terapeut mora biti vrlo pažljiv i imati iznimnu kontrolu vlastitih emocija, kako negativne emocije koje u njemu korisnik može eventualno pobuđivati, ne bi narušile terapeutski proces. S druge strane, unatoč terapeutovoj iznimnoj kompetentnosti i volji za radom s korisnikom, moguće je da će korisnikov kriminalni životni stil, sklonost agresiji i neodgovornost prema terapeutskom procesu, biti nepremostive prepreke napretku. Leichsenring i Leibing (2003) također ističu da najviše uspjeha u radu s osobama s antisocijalnim poremećajem ličnosti imaju terapeuti koji dobro vladaju i prepoznaju svoje emocije te su podržavajući bez da moraliziraju.

Trenutno ne postoje medikamenti koji isključivo pomažu kod antisocijalnog poremećaja ličnosti, no to ne znači da se ovim pojedincima ne propisuju nikakvi lijekovi. Litijev karbonat je jedan od najčešće korištenih lijekova. Pokazalo se da ovaj medikament umanjuje ljutnju, rizično ponašanje i sukobe među zatvorenicima. Također, nedavne studije su pokazale da ova supstanca umanjuje čestinu ponašanja kod djece kao što su *bullying*, tuče i emotivni ispadi . Kod ove populacije ponekad se koriste i antipsihotici, koji mogu umanjiti agresiju, ali i imati neke negativne nuspojave (Malone i sur, 2002). Kao što vidimo medikamenti služe za liječenje simptoma ovog poremećaja, a ne sam poremećaj.

No, kako znamo da ovaj poremećaj često dolazi u komorbiditetu s drugim poremećajima, vrlo često je medikamentozna terapija usmjerena na simptome tih poremećaja. Poremećaji raspoloženja su jedni od najčešćih komorbitetnih stanja uz ovaj poremećaj, no oni su i najviše podložni medikametoznoj terapiji. Prema Markovitz (2004) istraživanja su pokazala da pojedinci s depresivnim poremećajem bolje reagiraju na terapiju antidepresivima od onih s antisocijalnim poremećajem ličnosti, a autori ne objašnjavaju moguće razloge.

Jedna od najvećih prepreka uspješnom tretmanu ovog poremećaja je vrlo česta ovisnost o alkoholu i psihoaktivnim tvarima, koja se javlja uz ovaj poremećaj. Iako prestanak ovisnosti neće otkloniti antisocijalni poremećaj, istraživanja pokazuju da osobe koje su prestale s zlouporabom pokazuju manju sklonost ka agresivnim i kriminalnim ponašanju te iskazuju manje konflikta s okolinom kao i manje emocionalnih problema (Westermeyer i Thuras, 2005).

Vrlo često se u literaturi može naići na stav da je za pojedince s ovim poremećajem koji imaju dugotrajnu kriminalnu karijeru zatvaranje najbolje rješenje. No, zatvaranjem ovih pojedinaca na vrhuncu njihove kriminalne aktivnosti umanjuje se društveni utjecaj njihovog ponašanja, dok je upitno koliko oni sami profitiraju zatvoreni iza rešetaka.

4. PSIHOPATIJA

4.1. Definicija psihopatije

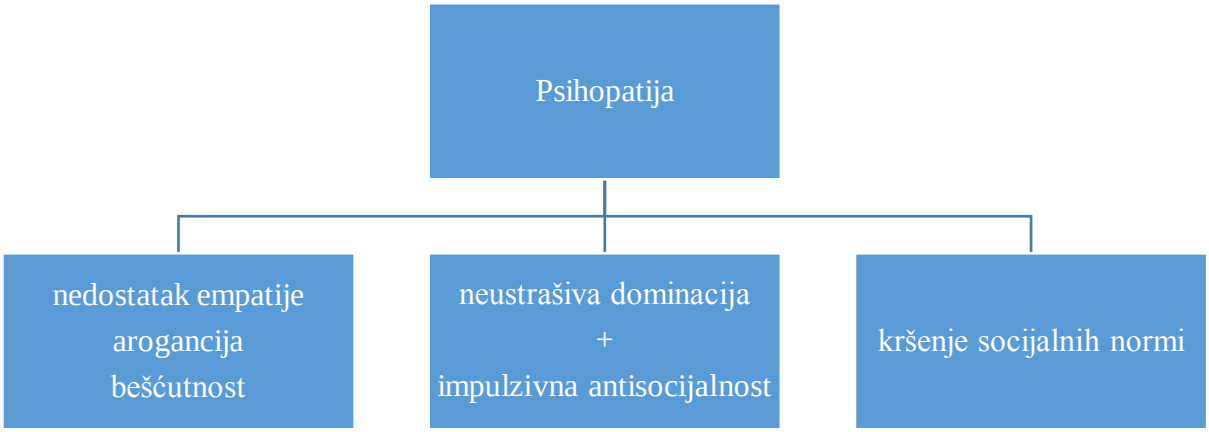
Psihopatija je poremećaj koji se sastoji od više komponenata unutar emocionalnog, interpersonalnog i ponašajnog spektra. Prema mnogim autorima koji predlažu definiciju psihopatije, glavna prednost ovog poremećaja pred psihijatrijskim dijagnozama poremećaja ophođenja i antisocijalnog poremećaja ličnosti, što se pomoću tog pojma ne označava samo ponašanje pojedinca, već i njegova/njezina ličnost (Blair, Blair i Mitchell, 2008). No, zanimljivo je kako tu tvrdnju koriste i kritičari pojma psihopatije, koji tvrde da taj pristup, koji uključuje ličnost, traži previše izvedenih zaključaka, što će dovesti do slabe pouzdanosti različitih procjenjivača, ističu Blair, Blair i Mitchell (2008). Prema MKB-10 (1999.) pod pojmom psihopatije u širem smislu podrazumijeva se poremećaj osobnosti, odnosno neki od dijagnostičkih kriterija koji su u MKB-10 klasifikaciji navedeni pod šiframa od F60 do F69.

U užem smislu psihopatijom se često naziva antisocijalni poremećaj osobnosti kod kojeg su u najvećoj mjeri zastupljeni socijalno neprihvatljivi oblici ponašanja. Unatoč očuvanoj inteligenciji, za psihopatsku osobnost karakterističan je deficit emocionalne inteligencije. Po samoj definiciji psihopatiju karakterizira odsustvo savjesti, nedostatak empatije i neosjetljivost, nedostatak kajanja i krivnje, bezosjećajnost, tendencija k manipulaciji, laganju i varanju te loša kontrola ponašanja (Bosanac, 2008).

Neki autori (Karpman, 1948, Mealey, 1995, prema MacKenzie, 2014) govore o primarnoj i sekundarnoj psihopatiji. Pri tome primarnom psihopatijom smatraju onu koja je biološki stečena, a za sekundarnu smatraju da je nastala kombinacijom genetike i djelovanja okolinskih čimbenika.

Psihopatski poremećaj ličnosti uključuje karakteristike arogancije, bešćutnosti, impulzivnosti i neodgovornog načina života. Prema Kimonis (2011) razni autori su razvijali teorije da je psihopatija rezultat neriješenih emocionalnih sukoba i neprijateljstava sa roditeljima, roditeljskog zlostavljanja i odbacivanja. Psihopatija je poremećaj ličnosti koju karakterizira niska anksioznost, manipulacija i međuljudska dominacija, kao i impulzivnost, agresivnost i niska ograničenja, a glavne odlike su prikazane slikom 3. Navedene osobine mogu biti odvojene u dva međusobno okomita čimbenika: neustrašiva dominacija (*fearless dominance* - FD) i impulzivna antisocijalnost (*impulsive antisociality* - IA). FD karakterizira nedostatak straha i tjeskobe preko intrapersonalnih, interpersonalnih i okolišnih stresora, dok

je IA povezana s agresivnim, impulzivnim, a često i kriminalnim ponašanjima (Heritage, 2013).



Slika 3 – Shematski prikaz odlike osoba s psihopatijom

Izvor: (Bosanac, 2008:290).

Pod utjecajem dugogodišnjeg rada s kriminalnom populacijom, Hare (1988, prema Pačić-Turk i Gajski, 2012). proširuje klasičnu definiciju psihopata, u kojoj naglašava da se radi o osobama koje ne uče na temelju iskustva, a kazna nema utjecaja. Nemaju osjećaj odgovornosti niti se osjećaju krivima, ne upuštaju se u ozbiljne odnose, ne kontroliraju svoje porive i nemoralni su. Osim toga imaju patološku sklonost laži, egocentrični su, impulzivni, neempatični te neodgovorni i skloni manipulaciji drugima, kršenju socijalnih normi i očekivanja.

Jakšić i Čuržik, (2012) u svojem radu prikazuju povijesni razvoj poremećaja ličnosti te tako ističu kako su u prvoj polovici prošloga stoljeća, kliničari zamijetili da je mnogim bolesnicima sa značajnim poteškoćama u emocionalnom i socijalnom funkcioniranju potrebno liječenje za psihopatologiju koja nije uključivala jasnu psihozu ili druge sindrome s diskretnim obrascima simptoma, kao što su velika depresivna epizoda, perzistirajuća anksioznost, ili demencija. Razvoj koncepta poremećaja ličnosti poklopio se s nastankom novih pristupa u okviru psihoanalitičke terapije koji su se temeljili na alternativnim teorijskim modelima kao što je Kernbergov model granične organizacije ličnosti i Kohutov koncept

središnje važnosti nedostatka empatije u povijesti narcisoidnog pojedinca. Također, Karl Jaspers dao je značajan doprinos u razmatranju koncepta ličnosti i uvida u psihopatologiju kao i u odvajanju poremećaja ličnosti kao zasebnog psihijatrijskog entiteta. Slijedeći rad ranijih francuskih psihijatara, Jaspers je primijetio da se prolazni uvid može pojaviti tijekom akutne psihoze, ali da to ubrzo nestaje. On je vjerovao da u slučajevima gdje je zamijećena veća perzistencija uvida, veća je vjerojatnost da se radi o poremećaju ličnosti nego o psihozi.

Poremećaji ličnosti uključeni su, a na taj način i formalno priznati, u svako izdanje DSM klasifikacije. U suprotnosti s neurozama koje su karakterizirali anksioznost i stres, otpočetka su bili označavani ego-sintonima, odnosno neprepoznatima od strane bolesnih pojedinaca sa sklonošću da izvore problema pripisuju drugima.

Oldham (2005) navodi da mnogi autori smatraju da je baš psihopatija prva patologija ličnosti prepoznata u području psihijatrije. U prvom DSM izdanju iz 1952. godine korišten je termin „Sociopatski poremećaji ličnosti“ (podkategorija: antisocijalne reakcije), da bi 1968. godine, u drugom DSM izdanju, naziv bio promijenjen u „Poremećaj ličnosti, antisocijalni tip“. U to doba javile su se oštre kritike u vezi niske pouzdanosti psihijatrijskih dijagnoza tako da su u sljedećim DSM izdanjima, umjesto kliničkog opisa, uvedeni specifični i relativno objektivni dijagnostički kriteriji.

Cleckley (1941, prema MacKenzie, 2014), je izložio svoje suvremeno shvaćanje psihopatije u svojoj knjizi „*The mask of sanity*“ (1941), na kojem se temelji Hareov koncept psihopatije. On je sugerirao da psihopati pate od „semantičke afazije“, jer su u stanju da korektno upotrebljavaju riječi i da ih definiraju, ali da ipak ostaju slijepi za njihovo stvarno značenje. Postulirao je tezu da je psihopatija uvjerljiva „maska zdravlja“ u čijoj osnovi leži rascjep između riječi i djela. Naročito je interesantna Cleckleyeva tvrdnja da se psihopati ne nalaze samo u zatvorima već i u cijelom društvu u kojem često imaju dominantnu i respektabilnu ulogu.

4.2. Klinička slika psihopatije

U već spomenutoj knjizi „*Mask of sanity*“ Cleckley (1941, prema Patric, 2006) opisuje 16 kriterija za dijagnozu psihopatije. Ti kriteriji uključuju površan šarm, odsutnost anksioznosti, odsutnost osjećaja krivnje, nemogućnost oslanjanja na takve osobe, nepoštenje, egocentričnost, neuspjeh u stvaranju trajnih intimnih odnosa, neuspješno učenje pomoću kažnjavanja, siromaštvo emocija, pomanjkanje uvida u učinke vlastitog ponašanja na druge i

nemogućnost planiranja unaprijed. Iz tih karakteristika i vlastitih kliničkih dojmova, Hare je izradio originalnu Ček listu za provjeru psihopatije (engleska kratica je PCL) koja je formalizirani instrument za procjenu psihopatije kod odraslih. Ta je lista u međuvremenu revidirana – PCL-R. Nakon izrade te liste provjere, razvijene su i odgovarajuće liste provjere za djecu i adolescente. Među njima su Trijažni instrument za antisocijalni proces za djecu (engleska kratica APSD) i Ček lista za provjeru psihopatije – verzija za mladež. Revidirana lista psihopatije (PCL-R) i APSD sastoje se od 20 ponašajnih čestica. PCL-R se boduje na temelju opsežnog pregleda svih prikupljenih podataka i polustruktuiranog intervjua. APSD se boduje na temelju podataka prikupljenih od roditelja ili učitelja (Hare i Neuman, 2006, prema Blair, Blair i Mitchell, 2008). U originalnu faktorsku analizu PCL-R instrumenata Harpur i suradnici (1988, prema Blair, Blair i Mitchell, 2008) uključili su podatke iz šest uzoraka o stotinama pojedinaca kako bi odredili da se prethodnik PCL-R, PCL sastoji od dvaju faktora u međusobnoj korelaciji: interpersonalnih/emocionalnih čestica i impulzivnih/antisocijalnih čestica. Nakon ispitivanja PCL-R se počeo smatrati potvrđenim instrumentom, a njegova je dvofaktorska struktura potvrđena u ponovljenom ispitivanju, koje je bilo provedeno na osam uzoraka s 900 zatvorenika i 350 forenzičnih bolesnika (Blair, Blair i Mitchell, 2008).

U novije se vrijeme dvofaktorski opis psihopatije dovodi u pitanje zbog pouzdanosti rezultata i upotrijebljenih statističkih tehnika. Cooke i suradnici (2004) tako tvrde da je prikladnija trofaktorska struktura. Ovaj novi opis psihopatije odvaja tradicionalni/interpersonalni emocionalni faktor 1 u dvije komponente. 1) jednu interpersonalnu i (2) neuobičajene emocije.

U novijim se radovima navodi da je trofaktorska struktura više u skladu s podacima dobivenima primjenom APSD (Blair, Blair i Mitchell, 2008). U tablicama 1 i 2 ponuđen je pregled dvofaktorskog i trofaktorskog modela psihopatije.

Tablica 1. Prikaz dvofaktorskog modela psihopatije (prema Harpur i sur., 1989)

Faktor 1 – Interpersonalne/emocionalne čestice	Faktor 2 – Čestice za impulzivnost / antisocijalni životni stil	Čestice koje nemaju opterećenja ni na jednom faktoru
Okretnost/površan šarm	Potreba za podražajima	Promiskuitetno seksualno ponašanje
Grandiozan osjećaj vlastite vrijednosti	Parazitski način života	Mnoge kratkoročne bračne afere
Patološko laganje	Slaba kontrola ponašanja	Kriminalna svestranost
Varanje/manipuliranje	Rana pojava problema u ponašanju	
Nedostatak kajanja ili osjećaja krivnje	Pomanjkanje realističnih, dugoročnih ciljeva	
Plitke emocije	Impulzivnost	
Bezobzirnost /nedostatak empatije	Neodgovornost	
Neprihvaćanje odgovornosti za vlastite akcije	Mladenačka delikvencija	
	Opoziv uvjetnog oslobađanja	

Tablica 2. Prikaz trofaktorskog modela psihopatije (prema Cooke i sur., 2004)

Interpersonalni odnosi	Manjkavi emocionalni doživljaji	Čestice za impulzivnost i neodgovornost	Čestice bez opterećenja na bilo kojem od faktora
Okretnost/površan šarm	Nedostatak kajanja ili osjećaja krivnje	Potreba za podražajima / sklonost dosadi	Slaba kontrola ponašanja
Grandiozan osjećaj vlastite vrijednosti	Plitke emocije	Parazitski način života	Promiskuitetno seksualno ponašanje
Patološko laganje	Bezobzirnost/nedostatak empatije	Pomanjkanje realističnih, dugoročnih ciljeva	Rana pojava problema u ponašanju
Varanje/manipuliranje	Neprihvaćanje odgovornosti za vlastite akcije	Impulzivnost	Mnoge kratkoročne bračne afere
		Neodgovornost	Mladenačka delikvencija
			Opoziv uvjetnog oslobađanja
			Kriminalna svestranost

U tablicama su prikazane Harove čestice razdijeljene u dimenzije psihopatije. Uzmemo li u obzir opisanu kliničku sliku psihopatije, možemo zaključiti da trofaktorski model bolje prezentira konstrukt psihopatije, s obzirom da je u ovom modelu psihopatije veći naglasak na neprihvatljivim emocijama, nego na ponašajnim aspektima psihopatije. Također znamo da su upravo emocionalni aspekti psihopatije ono što ju ponajviše razlikuje od drugih konstrukta, primarno od antisocijalnog poremećaja ličnosti.

4.3. Komorbiditet psihopatije i drugih problema mentalnog zdravlja

Malo je radova koji su se bavili ispitivanjem komorbiditeta kod psihopatije, to jest, pitanjem pate li osobe s tim poremećajem i od drugih psihijatrijskih poremećaja i je li to češće nego što bi se po slučaju moglo očekivati. Mali broj ispitivanja posljedica je i činjenice da su ispitivanja komorbiditeta puna teškoća, najčešće zbog selektivne pristranosti odnosno, vrlo je

teško odrediti radi li se o većoj prevalenciji istraživanih komorbidnih stanja sa psihopatijom ili su određene kombinacije samo više istraživane. Poremećaji koji se pojavljuju i najčešće istražuju sa psihopatijom jesu shizofrenija, anksioznost i poremećaji raspoloženja, zloupotreba tvari i deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj (Blair, Blair i Mitchell, 2008).

Shizofrenija se povezuje s općim kortikalnim slabljenjem, koje je izraženo u području frontalnog korteksa, naročito u dorzolateralnom prefrontalnom korteksu. Suprotno tome, dosljedno se pokazalo da psihopatija nije povezana s oštećenjima dorzolateralnog prefrontalnog korteksa (Blair, Blair i Mitchell, 2008). Možemo zaključiti da, iako su često u komorbiditetu, ne dijele etiološka obilježja.

Nadalje, mnogi anksiozni poremećaji i poremećaji raspoloženja povezani su s povećanim rizikom za agresivno ponašanje. Jedno novije istraživanje (Tomasson i Vaglum, 2000, prema Blair, Blair i Mitchell, 2008) pokazuje kako su anksiozni poremećaji uobičajeni kod značajnog udjela (61%) pacijenata s antisocijalnim poremećajem ličnosti. Suprotno antisocijalnom poremećaju ličnosti, psihopatija se tradicionalno povezuje sa sniženom razinom anksioznosti. Suprotno tom stajalištu, neki podaci pokazuju da su i emocionalna disfunkcija (faktor 1) i antisocijalno ponašanje (faktor 2) dimenzije psihopatije neovisne o razini anksioznosti. Studije koje su neovisno ispitivale dimenzije psihopatije (faktor 1 i 2) navode da je razina anksioznosti negativno povezana s dimenzijom faktora 1, a pozitivno povezana s dimenzijom faktora 2. Ukratko, povećana anksioznost povezuje se s učestalijim antisocijalnim ponašanjem, ali sa smanjenjem emocionalne komponente psihopatije (Blair, Blair i Mitchell, 2008).

Što se tiče povezanosti psihopatije i zlouporabe psihoaktivnih tvari, dvije su studije neposredno ispitivale vezu između psihopatije određene pomoću PCL-R i zloupotrebe tvari. Na uzorku od 360 muških zatvorenika, Smith i Newman (1990, prema Blair, Blair i Mitchell, 2008) su ispitivali istodobnu pojavnost životne prevalencije zloupotrebe alkohola i droga i psihopatije, čime su utvrdili da osobe sa psihopatijom češće ispunjavaju kriterije za dijagnozu alkoholizma, ovisnosti o drogama i višestruke ovisnosti. Osim toga, utvrdili su i da su poremećaji zloupotrebe droga povezani s rezultatima na faktoru 2 (impulzivne/antisocijalne čestice), no nisu povezani s rezultatima na faktoru 1 (interpersonalne/emocionalne čestice). Isto tvrde i Hemphill i suradnici (1994, prema Blair, Blair i Mitchell, 2008) u zaključcima provedene meta-analize, kojom su utvrdili korelaciju između DSM-IV dijagnoza zloupotrebe droga, broja iskušanih droga, s drogama povezanih prekršaja i dobi u vrijeme prvog pijenja

alkohola. Prema njihovim navodima, zloupotreba droga je više povezana s antisocijalnim životnim stilom (faktor 2), nego s emocionalnom psihopatskom disfunkcijom.

Znatan broj radova demonstrirao je da su poremećaji ophođenja i antisocijalni poremećaj ličnosti vrlo često komorbidne pojave. U novije vrijeme je ispitivan i komorbiditet između psihopatskih sklonosti i ADHD-a (*Attention Deficit and Hyperactivity Disorder*) što je dovelo do pretpostavke da se i ta dva poremećaja često pojavljuju zajedno (Blair, Blair i Mitchell, 2008).

4.4. Tretman psihopatije

Malo je empirijskih dokaza o učinkovitosti uobičajenih psihoterapijskih pristupa u tretmanu psihopatije, a postoje mnogi nedostaci u provedenim validacijskim studijama, poput klinički irelevantnih mjera tretmanskih ishoda, visoke varijabilnosti rezultata i klinički upitnih veličina efekata (Harris i Rice, 2006).

Deugh (1995, prema Malatesti, 2009) u svom radu navodi da empatija ili emocionalna identifikacija ne može biti korištena kao dio tretmana osoba sa psihopatijom. Ovakav način rada zahtjeva moralno razumijevanje i mogućnost usporedbe ciljeva i osjećaja drugih ljudi s našim ciljevima i osjećajima, no psihopati nemaju tu mogućnost, s obzirom da ne razumiju interese drugih. S obzirom na navedeno, moguće je zaključiti da osobe sa psihopatijom imaju određena ograničenja i na emocionalnom, ali i na kognitivnom području, što se tiče razumijevanja ponašanja drugih ljudi te je sama psihoterapija psihopatije otežana.

Kako navode Vitale i Newman (2008, prema Jakšić i Čuržik, 2012).Stručnjaci iz različitih teorijskih paradigmi često zastupaju stav da je iznimno teško, pa čak i nemoguće, liječiti ove poremećaje, posebice psihopatiju. Tako neke studije pokazuju kako psihopati manje profitiraju od tretmana, odnosno imaju slabiji klinički napredak i veće stope ponovnog kršenja zakona. Neki autori navode i da tretmani koji su usmjereni na poboljšanje socijalnih vještina i empatije mogu biti kontraproduktivni, jer zapravo pomažu psihopatima da budu uspješniji u manipuliranju drugim ljudima .

Drugim riječima, treba biti vrlo oprezan u oslanjanju na procjene terapeuta o tretmanskim promjenama kod pacijenata sa psihopatijom. Naime, Jakšić i Čuržik (2012) navode kako je nekoliko istraživanja pokazalo da psihopati s visokim rezultatom na afektivno-interpersonalnoj dimenziji, za koje su terapeuti procijenili da je tretman pozitivno djelovao na njih, imaju najveću vjerojatnost nasilnog recidivizma. Jakšić i Čuržik (2012) u svom radu spominju 17 studija u kojima je pokazano da psihoanalitički pristup rezultira

poboljšanjem na planu interpersonalnih odnosa, razvijanja empatije i zadržavanja stalnog posla. Pet studija o kognitivno-bihevioralnom pristupu dobilo je slične nalaze. Terapija je bila učinkovitija za mlađe pacijente, a nužno je bila jako intenzivne prirode (4 puta tjedno kroz barem godinu dana). Iako na temelju ovog nalaza postoje određeni razlozi za optimizam, studije ovakvog tipa nažalost ne sugeriraju da se radi o klinički značajnim pomacima u tih pojedinaca. Tako veličine efekata u ovom području tendiraju vrijednosti 0.20 što se može usporediti s razinom djelovanja placebo efekta (Jakšić i Čuržik, 2012).

Već neko vrijeme postoji uvjerenje kako kognitivno-bihevioralna terapija ima najveću šansu postizanja pozitivnih pomaka kod ovih pacijenata. Glavni ciljevi tih tretmana su (Jakšić i Čuržik, 2012):

a.) povećanje samokontrole i sposobnosti zauzimanja socijalne perspektive,

b.) jačanje svijesti o žrtvama,

c.) učenje upravljanja ljutnjom,

d.) promjena antisocijalnih stavova i

e.) smanjenje ovisnosti o psihoaktivnim tvarima.

Za to su potrebni kontrolirani uvjeti u kojima terapeut može koristiti ili uskratiti potkrepljenja, a da institucionalizirani pacijent pritom ne može napustiti tretman. Nažalost, čak i ovakvi kognitivno-bihevioralni tretmani ne pokazuju visoku efikasnost, a stvar dodatno otežava činjenica da njihovo djelovanje na redukciju antisocijalnih stavova i ponašanja često izostaje nakon što te osobe napuste zatvorske i ostale forenzičke ustanove (Jakšić i Čuržik, 2012).

5. ODGOVORI NA POSTAVLJENA ANALITIČKA PITANJA

5.1. Usporedba antisocijalnog poremećaja ličnosti i psihopatije

U odnosu na druge poremećaje ličnosti, antisocijalni poremećaj ličnosti i psihopatija često se smatraju sinonimima, no treba naglasiti kako se ovdje radi o dva povezana, no ne i istovjetna klinička entiteta, (Jakšić i Čuržik 2012). Dok je antisocijalni poremećaj formalna dijagnoza, psihopatija je empirijski konstrukt s afektivno-interpersonalnom i socijalno-devijantnom dimenzijom, a svaka od njih prediktivna je za različite oblike ponašanja, uključujući vrste agresije (Jakšić i Čuržik, 2012)**.**

Usporedba antisocijalnog poremećaja ličnosti i psihopatije kroz DSM III – 5, Jakšić i Čuržik (2012) navode kako je u prvom DSM izdanju iz 1952. godine korišten termin „*Sociopatski poremećaji ličnosti*“ (podkategorija: antisocijalne reakcije), da bi 1968. godine, u drugom DSM izdanju, naziv bio promijenjen u „*Poremećaj ličnosti, antisocijalni tip*“. U to doba javile su se oštre kritike u vezi niske pouzdanosti psihijatrijskih dijagnoza, tako da su u sljedećim DSM izdanjima, umjesto kliničkog opisa, uvedeni specifični i relativno objektivni dijagnostički kriteriji, ističu Jakšić i Čuržik (2012). Treba naglasiti kako je definicija poremećaja ličnosti u DSM-5 izmijenjena u odnosu na DSM-IV. Umjesto svrstavanja ljudi u kategorije pojedinih poremećaja ličnosti, u DSM-u-5 je primijenjen dimenzionalni pristup. To znači da se svaki poremećaj ličnosti procjenjuje s obzirom na intenzitet ispoljavanja karakterističnih načina reagiranja, funkcioniranja i poimanja svijeta i sebe (Senić, 2011;2).

Antisocijalni poremećaj ličnosti i psihopatija često se smatraju sinonimima, no riječ je o dva povezana, ali ne istovjetna klinička entiteta. Dok je antisocijalni poremećaj formalna dijagnoza u DSM – IV, psihopatija je empirijski konstrukt s afektivno-interpersonalnom i socijalno-devijantnom dimenzijom, a svaka od njih prediktivna je za različite oblike ponašanja, uključujući vrste agresije. Za razliku od dijagnostičkih kriterija antisocijalnog poremećaja iz DSM – IV, a u manjoj mjeri slične dijagnoze disocijalnog poremećaja iz MKB – 10, kriteriji za psihopatiju se manje odnose na samo ponašanje, a više na kognicije i emocije poput pomanjkanja empatije, arogancije te površnog afekta i šarma (Jakšić i Čuržik, 2012).

Tablica 3. Usporedna antisocijalnog poremećaja i psihopatije kroz DSM III – DSM 5

	Antisocijalni poremećaj ličnosti	**Psihopatija**
—DSM III	Psihopatija se smatra najtežim oblikom *antisocijalnog poremećaja ličnosti*	Istrajno kršenje društvenih normi, uključujući laganje i krađu, izostanci s posla ili iz škole
DSM IV	Formalna dijagnoza: Skup karakteristika koji postaju uočljivi oko petnaeste godine života i koji se odnose na kršenje i nepoštovanje prava drugih, kao što su laganje, neodgovornost, manipulativnost. Simptomi takozvanog dječjeg poremećaja ponašanja.	Konstrukt s afektivno-interpersonalnom i socijalno-devijantnom dimenzijom. Dijagnostički kriteriji - kognicije i emocije poput pomanjkanja empatije, arogancije te površnog afekta i šarma.
DSM 5	Dimenzionalan pristup: Svaki poremećaj ličnosti procjenjuje s obzirom na intenzitet ispoljavanja karakterističnih načina reagiranja, funkcioniranja i poimanja svijeta i sebe.	Dimenzionalan pristup: Svaki poremećaj ličnosti procjenjuje s obzirom na intenzitet ispoljavanja karakterističnih načina reagiranja, funkcioniranja i poimanja svijeta i sebe.

Može se reći da je pristup ovim konstruktima napravio svojevrstan krug. U DSM-III psihopatija je bila samo ekstremni oblik antisocijalnog poremećaja, dok joj se u DSM-IV daje svojevrsna autonomija, kao zasebnom konstruktu s afektivno interpersonalnom i socijalno devijantnom dimenzijom, ali ne i zasebna kategorija. S druge strane, danas u DSM-u 5 imamo opći dimenzionalni pristup, koji se oslanja na intenzitet ispoljavanja određenih simptoma.

Karakterne crte koje su navodili, prvo Cleckly već 1941. (prema Patric, 2007), a kasnije ih je potvrdio Hare (1996) kroz svoj instrument, a usmjerene su na afektivne osobine i interpersonalne aspekte ličnosti (egocentričnost, varanje, laganje, plitke emocije, manipulativnost, sebičnost, nedostatak empatije, osjećaj krivice ili kajanja) bile su ključne za opisivanje i dijagnosticiranje psihopatije kao psihijatrijskog konstrukta. No, 1980. dolazi do značajne promjene od ovakvog pristupa, jer je te godine objavljen DSM III, u kojem se psihopatija ne vodi kao poremećaj nego se uvodi antisocijalni poremećaj ličnosti. Njega po

DSM III. karakteriziraju: ustrajno kršenje društvenih normi, izostanci s posla ili škole, neodgovornost prema obavezama, učestalo kršenje prometnih zakona, lišavanje slobode uslijed istih (APA, 1980).

Kao što možemo vidjeti dolazi do pomaka fokusa sa etiologije poremećaja na samo ponašanje koje proizlazi iz poremećaja te su u skladu s tim i kriteriji u DSM III. definirani kroz ponašanja.

Razlozi koji se mogu pronaći u literaturi, za udaljavanje od Clecklyjevog i Hareovog modela najčešće uključuju činjenice da je vrlo teško i nepouzdano dijagnosticirati poremećaj na osnovu crta ličnosti te da su ponašanja puno uvjerljiviji kriteriji, odnosno, ponašanja je lakše detektirati, nego samu uzročnost tih ponašanja. S druge strane, javljaju se i mišljenja da je antisocijalni poremećaj ličnosti u DSM-III "skrojen" kako bi odgovarao tipičnoj kriminalnoj populaciji te da su osobine psihopatije nepravedno zanemarene u dijagnostičkim kriterijima. Također, neki su se znanstvenici i dalje držali paradigme da antisocijalni poremećaj ličnosti i psihopatija trebaju biti dva odvojena entiteta. Upravo zbog emocionalno-interpersonalnih razlika u ovim konstruktima. Ova znanstvena debata nastavila se vrlo dugo, jer su mnogi znanstvenici zamjerali potpuni nedostatak uključenosti crta ličnosti u dijagnostičke kriterije za antisocijalni poremećaj ličnosti. Takav pristup je dopustio da pojedinci sa potpuno različitim zaleđem, ličnošću, stavovima i motivacijom budu svrstani u istu kategoriju, samo na osnovu krajnjeg rezultata to jest ponašajne manifestacije (Widiger i Corbitt, 1995, prema Hare, 1996). U isto vrijeme, bilo je veoma mnogo dokaza da su kriteriji za antisocijalni poremećaj ličnosti (ASPD), definirali jedan poremećaj, koji je bio više iskrivljen nego „realan“ (Livesley i Schroeder, 1994).

Istraživanja kontinuirano pokazuju da većina osoba okarakteriziranih kao psihopati ispunjavaju i kriterije za antisocijalni poremećaj ličnosti dok vrlo mali broj osoba s antisocijalnim poremećajem odgovara slici psihopatije.

Razlika između psihopatije i antisocijalnog poremećaja ličnosti je još više naglašena uz pomoć posljednjih laboratorijskih istraživanja koja su obuhvatila procesiranje i korištenje lingvističkih i emocionalnih informacija. Psihopati se dramatično razlikuju od nepsihopata u obavljanju raznolikih kognitivnih i afektivnih zadataka

Na primjer, u usporedbi sa pojedincima iz opće populacije, psihopati imaju manju sposobnost u procesiranju ili korištenju dubokih semantičkih značenja jezika i razumijevanju emocionalnog značaja događaja ili iskustava.

U DSM IV. dolazi do laganog primicanja Cleckly Hareovom modelu te se u opis

antisocijalnog poremećaja ličnosti i kriterije za dijagnostiku dodaju osobine karakteristične za psihopatiju, no još uvijek je primaran fokus na ponašanja (APA, 2000).

U trenutno važećoj klasifikaciji bolesti Svjetske zdravstvene organizacije (MKB-10) postoji *disocijalni poremećaj ličnosti* (Pavlović, 2012). U DSM-IV klasifikaciji iz 2000. godine, antisocijalni poremećaj ličnosti definira se kao skup karakteristika koji postaju uočljivi oko petnaeste godine života i koji se odnose na kršenje i nepoštovanje prava drugih, kao što su laganje, neodgovornost, manipulativnost itd.(APA, 2000).

Mada je prilikom izrade DSM-IV postojala ideja da se antisocijalni poremećaj još više približi Cleckly Hereovom modelu psihopatije, od toga se odustalo uslijed procjene da Herovi kriteriji u sklopu interpersonalnog i afektivnog faktora ostavljaju kliničarima previše prostora za subjektivnost. ASPD je time dobio na mjerljivosti i pouzdanosti, ali je psihopatija kao mentalni poremećaj ostala zanemarena, premda prisutna u kliničkom radu, napominje Pavlović (2012).

Prema kriterijima DSM-IV, odrasloj osobi ne može se postaviti dijagnoza antisocijalnog poremećaja ličnosti ukoliko u djetinjstvu nije pokazivala simptome takozvanog dječjeg poremećaja ponašanja / poremećaja ophođenja. Njega odlikuje neposlušnost, koja odstupa od klasične dječje svojeglavosti, s primjesama okrutnosti; na primjer, u ophođenju prema kućnim ljubimcima ili braći i sestrama. Statistika „Američkog udruženja psihologa“ (APA) pokazuje da većina djece odrastanjem uspijeva savladati poremećaj ponašanja. Ipak, jedna trećina njih u odrasloj dobi ispunjava kriterije za antisocijalni poremećaj ličnosti, a u znatno manjem postotku postaju psihopati (APA, 2000).

Njihove nejednakosti uključuju usmjerenost na objektivne bihevioralne kriterije u slučaju antisocijalnog poremećaja, njegovu veću zastupljenost u forenzičkoj populaciji te činjenicu da psihopatija bolje predviđa devijantne radnje i kriminalni recidivizam. Najveće dijagnostičko preklapanje postoji s ovisnosti o psihoaktivnim tvarima i narcisoidnim poremećajem ličnosti pri čemu antisocijalni poremećaj pokazuje veći komorbiditet s ostalim psihijatrijskim dijagnozama (Jakšić i Čuržik, 2012).

U DSM 5 nema kriterijskih razlika s obzirom na DSM IV., ali postoji, kao što smo već napomenuli, razlike u pristupu dijagnosticiranju poremećaja općenito. Dakle u obzir se uzima ne samo pojavnost simptoma nego primarno intenzitet ispoljavanja (APA, 2013).

Iako je PCL-R kao dijagnostički kriterij iznimno važan za provjeru psihopatije te su njegove čestice definirane na način da rade razliku između dva navedena konstrukta, nedavna

istraživanja daju također značajne rezultate. Osim što statistička istraživanja dokazuju da je psihopatija prediktivna za kriminalni recidivizam (Douglas, Vincet i Edens, 2006, prema Malatesti, 2009), studija koja je snimala aktivnosti mozga pomoću magnetske rezonance i emisijskih tomografija (Raine i Yang, 2006, prema Malatesti, 2009) ukazuju na mogućnost postojanja specifičnih anatomskih i funkcionalnih nuroloških anomalija koje bi mogle biti temelj ovog poremećaja ličnosti.

Psihopatija još uvijek ulazi u nedovoljno objašnjene sindrome te se u sve više istraživanja govori o potrebi za izdvajanjem psihopatije kao različite od antisocijalnoga poremećaja, o čemu govori metaanaliza Decuypera i suradnika (2009, prema Pačić-Turk i Gajski, 2014). Smatraju da se ta dva konstrukta poistovjećuju u dijagnostičkim i statističkim priručnicima, DSM-IV (APA, 1994; APA, 2000) i kao poremećaj ophođenja u MKB-10 (Pačić-Turk i Gajski, 2014).

Glavna razlika koju razni autori u metaanalizi navode jest u crtama ličnosti, koje su se pokušale usporediti na transkriptu provjerene liste psihopatije na petofaktorskom modelu ličnosti, gdje se smatra da postoji razlika između osobe koja se antisocijalno ponaša, ali joj je emocionalnost donekle razvijena kao u normalne populacije, od ličnosti „psihopata“, gdje su istraživanja pokazala da im je emocionalna razina pobuđenosti biološki bitno smanjena (npr. Wahlund i Kristiansson, 2009). Dok osoba može postati antisocijalna isključivo zbog životnoga slijeda okolnosti i same okoline, u razvoju psihopatskoga poremećaja ličnosti ključnu ulogu između ostalog imaju i biološke malformacije (Pačić-Turk i Gajski, 2014).

Tim istraživača s Kraljevskog koledža u Londonu, predvođen Blackwoodom (2012, prema Pavlović, 2012.) predstavio je dokaze da su antisocijalna i psihopatska ličnost ne samo psihološki, već i neurobiološki distinktivni poremećaji. Zanimljiva su i njihova istraživanja mozga antisocijalne ličnosti i psihopate. Blackwood i njegov tim tako su oslikali magnetnom rezonancom (MRI) mozak 44 zatvorenika, osuđena zbog teških kaznenih djela nasilja, uključujući (višestruka) ubojstva i silovanja – svi sa dijagnozom antisocijalnog poremećaja ličnosti. Od njih, 17 zatvorenika ispunjavali su kriterije za dijagnozu *psihopatija*. Kontrolnu grupu činila su 22 zdrava muškarca bez kaznene povijesti. Kao i u ranijim istraživanjima, studija Blackwoodovog tima potvrdila je da između mozga zdrave osobe i mozga psihopata postoje razlike u funkcioniranju amigdale – jezgara uključenih u obradu emocija i kontrolu agresivnih reakcija, orbitofrontalnog korteksa – dijela mozga ključnog za racionalno planiranje, ali i u strukturi bijele mase (što znači da je čine aksoni kojima neuroni međusobno razmjenjuju poruke) poznatoj kao *uncinate fasciculus*. Ovaj trakt povezuje limbičke strukture,

kao što su hipokampus i amigdala sa orbitofrontalnim korteksom. Njegov manji volumen kod psihopata praktično znači slabiju kognitivnu obradu emocija. Blackwoodova studija došla je do nalaza da se mozak psihopate razlikuje od mozga osobe sa antisocijalnim poremećajem ličnosti po manjem volumenu sive mase) u oblastima koje čine, takozvani društveni mozak (dijelovi frontalnog i temporalnog režnja). One igraju dvostruko važnu ulogu. Omogućavaju nam da razumijemo vlastite misli i emocije, ali i da čitamo i reagiramo na tuđe. S obzirom da su psihopati često veoma vješti manipulatori, oni jesu u stanju da barem u izvjesnoj mjeri čitaju emocije i namjere drugih ljudi.

S aspekta psihologije, osoba s antisocijalnim poremećajem je impulzivna, razdražljiva i teško kontrolira svoje ponašanje. U opasnost da sklizne u nasilje dolazi uslijed sklonosti ka onome što psiholozi nazivaju *reaktivna agresija* – nasilna reakcija izazvana neutemeljenim doživljajem ugroženosti, odnosno prijetnjom koja praktično ne postoji. Kada počine nasilje, osobe sa antisocijalnim poremećajem mogu osjetiti izvjesnu dozu žaljenja; mogu imati osjećaj krivice. Time se objašnjava činjenica da veliki broj antisocijalnih ličnosti pati od kronične anksioznosti ili depresije, te da su česti konzumenti droga. Psihopati su, također, impulzivni, razdražljivi i teško kontroliraju svoje ponašanje. Jednako su skloni nasilju kao i antisocijalne ličnosti, ali njihovo nasilje proizlazi iz onoga što psiholozi zovu *instrumentalna agresija*. Naime, kako su im žaljenje, osjećaj krivice i suosjećajnost potpuno strani, oni nasilju pristupaju planski, hladne glave, vođeni osobnim ciljem. Otuda među psihopatima nema anksioznog poremećaja ili depresije, ali ih slaba samokontrola i potreba za stimulacijom često vode ka nedozvoljenim supstancama (Lorber, 2004).

Za razliku od dijagnostičkih kriterija antisocijalnog poremećaja iz DSM –IV, a u manjoj mjeri slične dijagnoze disocijalnog poremećaja iz MKB–10, kriteriji za psihopatiju se manje odnose na samo ponašanje, a više na kognicije i emocije poput pomanjkanja empatije, arogancije te površnog afekta i šarma. To nam sugerira da je tipični psihopat samouvjereniji, manipulativniji i bezosjećajniji od osoba s antisocijalnom ličnošću (Jakšić i Čuržik, 2012).

Također, najveće preklapanje događa se s generalnim mjerama narcisoidnog poremećaja ličnosti zbog nekih sličnih kriterijskih osobina poput egocentričnosti, manipulativnosti te sklonosti iskorištavanju drugih, i to u slučaju afektivno-interpersonalne dimenzije psihopatije (Jakšić i Čuržik, 2012). Psihopati se definiraju kao veoma paranoidni pojedinci, sumnjičaviji i nepovjerljiviji od onih koje smatramo antisocijalnim poremećajima ličnosti. Implikacije tog sumnjičavog stava se oslikavaju u paranoidnim mislima (ideacijama) i navode psihopata da sva agresivna i nasilna ponašanja dovodi u vezu sa samim sobom, čak i kada se radi o

arbitrarnim postupcima ili onim koje bi prosječna osoba opisala kao nekorektne (Senić, 2011;2).

Postoji još jedna površinska sličnost između antisocijalne i psihopatske ličnosti, na kojoj se pak uviđa razlika između ova dva poremećaja. U psihološkim profilima i jednih i drugih, veoma često se sreću podaci o teškom djetinjstvu, koje uključuje zapostavljanje i zlostavljanje. Dok u slučaju antisocijalnog poremećaja ličnosti to ostavlja traga u vidu simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSD), psihopati ne pokazuju da su prošli kroz bilo kakva traumatična iskustva (Pavlović, 2012).

Prema Miller i Lynam (2003) istraživanja su se bavila i ispitivanjem povezanosti pet generalnih dimenzija ličnosti (ugodnost, savjesnost, emocionalna stabilnost, ekstraverzija i otvorenost prema iskustvu) s pojavom patološke ličnosti i povezanosti sa psihopatijom. Prema ovim istraživanjima, povezanost FFM-a (*Five Factor modela*) s patološkim naznakama ličnosti odgovara odstupajućim rezultatima općih crta ličnosti od njihovih normi.

Rezultati metaanaliza pokazali su da psihopati imaju značajno niže vrijednosti na dimenziji ugodnosti naspram osoba s antisocijalnim poremećajem ličnosti bez psihopatije, a nakon toga, kao indikatori psihopatije, slijede niska savjesnost, nizak neuroticizam te niska otvorenost prema iskustvu. Razlika između psihopatskoga i antisocijalnoga poremećaja ličnosti jest također u česticama ranjivosti i anksioznosti, na kojima osobe sa psihopatijom postižu značajno niže vrijednosti.

Američka psihijatrijska asocijacija smatra da "etiketa" psihopatije ili sociopatije podrazumijeva znatno izraženiji nedostatak žaljenja ili krivice povodom nedjela počinjenih drugim ljudima, u odnosu na osjećanja i ponašanja koja srećemo kod antisocijalnog poremećaja ličnosti. Dakle, u pitanju je intenzitet manifestiranja "krnje savjesti" koja se u značajnoj mjeri odražava na ponašanje pojedinca i njegovu okolinu**.** Ako se vodimo statistikama, 50-80% zatvorenika možemo klasificirati kao neku formu antisocijalnog poremećaja ličnosti, dok bi samo 15% istih dobilo "etiketu" psihopatije. Također, pojedinci obilježeni antisocijalnim poremećajem, često potiču iz obitelji u kojima su od svojih najbližih doživjeli teška zanemarivanja, zloupotrebe, zlostavljanja ili neku drugu vrstu maltretiranja. (Senić, 2011;2).

5.1. 1. Povezanost antisocijalnog poremećaja ličnosti i psihopatije s činjenjem kaznenih djela

U velikom broju studija tražene su povezanosti između psihopatije i različitih indikatora kriminalnog ponašanja ili takozvane kriminalne karijere, ukoliko to ponašanje traje dugo i stabilno je. Kriminalna karijera se može operacionalizirati na različite načine. Vaughn i De Lisi (2008) su tako konstruirali indeks kriminalne karijere koji je u sebi sadržavao mjere samoprocjene nasilnih i nenasilnih kaznenih djela, uzrast kome je prvo kazneno djelo počinjeno, broj kontakata s policijom, pojavljivanje na sudu, zloupotrebu psihoaktivnih tvari i prisustvo zlostavljanja u obitelji (Međedović i Petrović, 2013).

U njihovom istraživanju je dobiveno da je ovakav indeks pozitivno povezan sa narcizmom i odsustvom straha, kao psihopatskim crtama. Dalje, pokazano je da je psihopatija povezana s velikim brojem varijabli koje se vezuju za kriminalitet, u populaciji osuđenika iz Litve (Međedović i Petrović, 2013).

Životni stil i antisocijalnost značajno koreliraju sa brojem osuda, ukupnim vremenom provedenom u penalnim institucijama, ali ostvaruju negativne korelacije sa brojem poslova kojima se individua bavi duže vremena, obrazovanjem, uzrastom u kojem je bilo počinjeno prvo kazneno djelo i izrečena prva pravomoćna osuda. Psihopatija je povezana sa kriminalitetom i na mlađim uzrastima. Na uzrastu adolescenata psihopatija je značajno izraženija u uzorku institucionaliziranih delinkvenata nego u zajedničkoj kontrolnoj grupi, a također korelira sa korištenjem kanabisa, alkohola. Sistematske i konceptualno očekivane korelacije između psihopatije i antisocijalnog ponašanja motivirale su neke autore da predlože psihopatiju kao esencijalni i suštinski sklop crta koji vodi do delinkvencije i kriminaliteta (Vaughn i De Lisi, 2008). Pridavanje značaja psihopatiji kao glavnom prediktoru kriminalnog ponašanja se opravdava pomoću nekoliko argumenata: (Međedović, Petrović, 2013).

1. psihopatija predstavlja sržnu dispoziciju za vršenje kaznenih djela;
2. konstrukt je u stanju da objedini dimenzionalna i tipološka istraživanja kriminaliteta;
3. potpomaže razvojna istraživanja i
4. otkrivanje biosocijalnih uzroka antisocijalnog ponašanja.

Ovime se implicira da je psihopatija nužno povezana s kriminalnim ponašanjem, no poznato je da psihopatija nužno ne povlači kriminalno ponašanje, niti kriminalno ponašanje nužno povlači psihopatiju. S druge strane, antisocijalni poremećaj ličnosti je taj koji ima izraženije bihevioralne komponente antisocijalnog ponašanja, dok je jedno od glavnih odlika psihopatije emocionalna zakinutost.

5.2. Postoji li potreba za definiranjem psihopatije kao zasebnog poremećaja

Na drugo analitičko pitanje ovog rada, teško je dati jednoznačan odgovor. Autorica ovog teksta s obzirom na struku (Socijalni pedagog) i vrlo ograničeno empirijsko iskustvo rada sa korisnicima, ne osjeća se kompetentnom izraziti jasan stav o definiranju psihopatije kao zasebnog poremećaja unutar kategorije poremećaja ličnosti. No, temeljem proučene relevantne znanstvene građe, autorica smatra da bi razdvajanje ovih konstrukta znatno olakšalo rad s ovim pojedincima.

Primarna usmjerenost na ponašajne aspekte kod antisocijalnog poremećaja ličnosti te izražena zaravnjenost afektiviteta kod psihopatije, određuju pristup u tretmanu ovih pojedinaca (Ilarski, 2007). Ovi konstrukti ne razlikuju se samo po manifestacijama kliničkih slika nego imaju i različitu etiologiju, kao i neurobiološku podlogu.

No ipak možemo reći da se radi o konstruktima čija se simptomatologija uvelike preklapa, iako se različito uklapa u današnje društvene norme. Mededović i Petrović (2013) daju jedan novi pogled na psihopatiju u modernom društvu i upućuju na činjenicu, da smo stvorili okruženje gdje psihopatska ličnost može živjeti, prosperirati i napredovati u hijerarhiji bez da ikada dođe u sukob sa zakonom. Autori ističu da mnoge profesije kapitalističkog društva zahtjevaju upravo određene psihopatske karakteristike kako bi se u njima ostvario značajan uspjeh.

U skladu s tim, autorica se usuđuje zaključiti da u budućnosti možemo očekivati definiranje zasebnog poremećaja u sklopu poremećaja ličnosti, koji će primarno biti usmjeren na kognitivno-emotivne aspekte, dok će antisocijalno ponašanje, kao dosad primarna karakteristika i psihopatije i antisocijalnog poremećaja ličnosti, ostati rezervirana za antisocijalni poremećaj ličnosti.

6. VAŽNOST RAZLIKOVANJA ANTISOCIJALNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI I PSIHOPATIJE ZA SOCIJALNU PEDAGOGIJU

Socijalna pedagogija jest znanost koja obuhvaća poznavanje razvojnih karakteristika pojedinca, i poznavanje individualnih razlika važnih za učenje. Također se bavi okruženjem u kojem pojedinac djeluje i vrši društvene interakcije. Velikim dijelom je ovo i znanost o poremećajima u ponašanju koje proučava iz biopsihosocijalne perspektive. Samim time uključuje i poznavanje delikata, delinkvenata, žrtava delinkventnog ponašanja, kriminaliteta kao društvene pojave, kao i reakcije društva na kriminalitet. Stručnjak socijalni pedagog trebao bi imati razvijene kompetencije razumijevanja poremećaja u ponašanju, procesa stigmatizacije, marginalizacije, osobnog i socijalnog nasilja te sposobnost procjenjivanja ključnih obilježja pojedinca i socijalnog okruženja, potreba pojedinca i socijalne zajednice (www.erf.hr).

U skladu sa navedenim zaključujemo da stručnjaci socijalni pedagozi mogu djelovati na više stručnih područja. Tako se kod nas ovi stručnjaci zapošljavaju u obrazovnom, pravosudnom, penalnom, zdravstvenom sektoru, kao i u sektoru socijalne skrbi i nevladinom sektoru. Uzimajući u obzir široki spektar područja u kojima socijalni pedagog djeluje, moramo predpostaviti da će se u svom radu zasigurno susretati sa pojedincima kojima je dijagnosticiran antisocijalni poremećaj ličnosti, psihopatija ili iskazuju tendencije ka ovim poremećajima.

Za socijalnog pedagoga u obrazovnom sektoru važno je da na vrijeme prepozna naznake antisocijalnog ponašanja, da prepozna djecu koja iskazuju antisocijalna ponašanja koja su karakteristična za njihovu dob, od onih koja su simptomi poremećaja ophođenja koji prethodi samom antisocijalnom poremećaju ličnosti (Scott, Briskman i O'Connor, 2014).

Posebnu pažnju trebaju obratiti stručnjaci zaposleni u nekim oblicima institucionalne skrbi, budući da istraživanja pokazuju veću prevalenciju ovih poremećaja kod institucionaliziranih adolescenata. Pri tom je važno imati na umu da „institucionalizirani“ ovdje ne znači nužno i sankcionirani adolescenti (Ilarski, 2007). To također upućuje na važnost rada s obitelji, budući da smo već navodili da zlostavljanje i zanemarivanje u djetinstvu bitno utječe na stvaranje antisocijalne ličnosti. Važno je da stručnjak ne odbaci ovakvu djecu kao nepopravljive, budući djetinstvo i adolescencija upravo jesu vrijeme kada se "najgore" može prevenirati (Skott, Briskman i O'Connor, 2014).

Socijalni pedagog je jedini stručnjak na našem području koji je sustavno obrazovan za rad u prevenciji. S toga osobno smatram da se po tom pitanju može učiniti mnogo. Mi kao stručnjaci možda ne možemo učiniti ništa po pitanju genetskih i neurobioloških etioloških čimbenika, ali svakako možemo raditi na prevenciji ponašanja koja su simptomatična za ove poremećaje. Prevencija ovisnosti, trening komunikacijskih i socijalnih vještina, programi za prevenciju neodgovornog seksualnog ponašanja i slično, mogli bi, predpostavlja se, učiniti puno više za pojedincca u toj ranoj dobi, nego bilo kakav tretman, kada je ličnost već učvršćena (Scott, Briskman i O'Connor, 2014).

Socijalni pedagog koji djeluje u pravosuđu i penalnom sustavu vrlo vjerojatno će doći u susret, kako sa pojedincima koji imaju antisocijalni poremećaj ličnosti, tako i s onima koji mogu biti okarakterizirani kao psihopati. Za ovo područje možda je najvažnija distinkcija između ova dva konstrukta. Različita podloga i emocionalno-kognitivni aspekti ovih dvaju entiteta mogu igrati važnu ulogu u sankcioniranju i klasifikaciji u penalnom sustavu. Iako oba konstrukta karakterizira potpuni nedostatak ili smanjena empatija i osjećaj kajanja, potpuna afektivna zaravnjenost kod psihopata svakako je izazov svakom tretmanskom radniku. Osobno smatram da socijalni pedagog, iako stručnjak sa širokom lepezom znanja, nema nužne kompetencije za dubinski tretmanski rad sa psihopatom. Studij socijalne pedagogije nudi dobar temelj i nužna znanja ali trening iz neke od psihoterapijskih škola, kako navodi i literatura (Leichsenring i Leibing, 2003) je nužan za efektivan rad s ovim pojedincima.

7. ZAKLJUČAK

Zaključno, na temelju pregleda relevantne literature možemo zaključiti da su i antisocijalni poremećaj ličnosti i psihopatija vrlo relevantni klinički entiteti upravo zbog svojih snažnih emocionalnih bihevioralnih implikacija. Posljedice ovih entiteta vidljive su ne samo na interpersonalnom planu nego i u širem društvenom kontekstu. Na kraju je važno naglasiti da dvofaktorski model psihopatije trenutno nije formalna psihijatrijska dijagnoza te da ne možemo nalaze projicirati s jednog konstrukta na drugi iako često o ova dva entiteta govorimo kao o sinonimima. Primjerice, osobe koje pate od antisocijalnog poremećaja ličnosti pokazuju sklonost reaktivnoj, impulzivnoj agresiji dok se psihopati visoko na afektivno-interpersonalnoj dimenziji više upuštaju u instrumentalne nasilne radnje. Problemi prilikom diferencijalne dijagnostike javljaju se i zbog toga jer oba poremećaja pokazuju određeni komorbiditet i dijagnostička preklapanja s drugim dijagnozama. Tako je antisocijalni poremećaj ličnosti često u komorbiditetu s ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, a psihopatija s narcisoidnim poremećajem ličnosti. Također, epidemiološke studije pokazuju da je prevalencija antisocijalnog poremećaja ličnosti veća nego ona psihopatije i u općoj i u forenzičkoj populaciji. Mnoštvo je neusklađenih modela razvoja etiologije ovih poremećaja, s tim da istraživanja psihopatije imaju dužu tradiciju i veću popularnost na znanstvenom tržištu. Na temelju ekstenzivnih, ali nedovoljno integriranih dokaza iz genetskih, neuroanatomskih, neurofizioloških, psihologijskih i međukulturalnih istraživanja, očito je kako se radi o kompleksnoj interakciji bioloških predispozicija i različitih okolinskih utjecaja u životima tih pojedinaca. Na osnovu prezentiranih znanstvenih nalaza nije moguće dati konačan odgovor radi li se o dva odvojena entiteta ili uistinu psihopatija jest intenzivnija verzija antisocijalnog poremećaja ličnosti koja sadrži dvije komponente. Istraživanja kontinuirano pokazuju da se uistinu radi o sličnim kliničkim entitetima, no da etiologija ovih konstrukta nije zajednička. S obzirom na navedeno, autorica se ne smatra kompetentnom dati konačan sud o definiranju zasebne kategorije psihopatije u području poremećaja ličnosti, ali smatra da se iz perspektive struke socijalnog pedagoga takvo razdvajanje čini praktično i višestruko korisno. Tim bi se olakšao pristup u prevenciji, doprinjelo bi se boljoj klasifikaciji u penalnom sustavu te bi se na osnovu toga mogle jasnije definirati smjernice u terapeutskom radu.

POPIS LITERATURE

1. APA, American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - III.* Washington: American Psychiatric Association.
2. APA, American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - IV.* Washington: American Psychiatric Association.
3. APA, American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - 5.* Washington: American Psychiatric Association.
4. Beaver, K. (2010). A Biosocial Interaction Between Prenatal Exposure to Cigarette Smoke and Family Structure in the Prediction of Psychopathy in Adolescence. *Psychiatric Quarterly, 81*, 325-334.
5. Bilalović, S. (2014). *Poremećaji ličnosti*. Niš: Medicinski fakultet
6. Black, D.W., Gunter, T., Loveless, P., Allen, J., Sieleni, B. (2010). Antisocial personality disorder in incarcerated offenders: Psychiatric comorbidity and quality of life. *Annals of Clinical Psychiatry, 22 (2),* 113-120.
7. Blair, J., Blair, K., Mitchell, D. (2008). *Psihopat*. Zagreb: Naklada Slap.
8. Bosanac, D. (2008). Empatija kod ovisnika s pridruženim dijagnozama poremećaja osobnosti, shizofrenije i ostalih psihotičnih poremećaja. *Medicina, 44(3-4),* 289-296. Preuzeto 10. veljače, 2016., s internetske stranice: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3811086/ .
9. Cooke, D.J., Michie, C., Hart, S.D., Clark, D. (2004). Reconstructing psychopathy: Clarifying the significance of antisocial and socially deviant behavior in the diagnosis of psychopathic personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 18*, 337-357.
10. Crocq, M.A. (2013). Milestones in the history of personality disorders. *Dialogeus Clinical Neuroscince, 15(2),* 147-153.
11. ERF, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet. Diplomski studij socijalne pedagogije. Preuzeto 24. veljače, 2016., s internetske stranice: http://www.erf.unizg.hr/hr/studiji/diplomski-socijalna-pedagogija .
12. Eurostat (2014). Statistički podaci o kriminalu. Preuzeto 20. veljače, 2016., s internetske stranice: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Crime_statistics/hr .

13. Frick, P. (2009). Extending the Construct of Psychopathy to Youth: Implications for Understanding, Diagnosing, and Treating Antisocial Children and Adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry, 54(12),* 803-812.

14. Hare, R.D. (1996). Psychopathy and Antisocial Personality Disorder: A Case of Diagnostic Confusion. *Psychiatric Times, 13(2).* Preuzeto 20.siječnja, 2016., s internetske stranice: http://www.psychiatrictimes.com/antisocial-personality-disorder/psychopathy-and-antisocial-personality-disorder-case-diagnostic-confusion .

15. Harris, G.T., Rice, M.E. (2006). Treatment of Psychopathy: A Review of Empirical Findings. U: C.J. Patrick (Ur.): *Handbook of the psychopathy*, 555-572. New York: Guilford Press.

16. Heritage, A. (2013). Impulsivity and Response Modulation Deficits in Psychopathy: Evidence From the ERN and N1. *Journal of Abnormal Psychology, 122(1),* 215-222.

17. Ilarski, C. (2007). Antisocial personality disorder. U: J. S. Wodarski i B.A. Thyer (Ur.): *Social work in mental health: An evidence-based approach*, 485-497. New York: Wiley.

18. Jakšić, N., Čuržik, D. (2012). *Antisocijalni poremećaj ličnosti i psihopatija - pregled suvremenih spoznaja.* Preuzeto 13. Siječnja, s internetske stranice: http://www.researchgate.net/profile/Doris_Čuržik/publication/232724825_Antisocijalni_poremeaj_linosti_i_psihopatija_pregled_suvremenih_spoznaja/links/09e4150b5dec4a7828000000.pdf .

19. Kalebić Maglica, B., Martinac Dorčić, T. (2015). Osobine ličnosti i socijalni faktori kao odrednice konzumacije cigareta i akohola kod adolescenata. *Društvena istraživanja, 24(2),* 197-217.

20. Kimonis, E., (2011). Are Secondary Variants of Juvenile Psychopathy More Reactively Violent and Less Psychosocially Mature Than Primary Variants? *Law and Human Behavior, 35,* 381-391.

21. Krueger, R.F., Markon, K.E., Patrick, C.J., Benning, S.D., Kramer, M.D. (2007). Linking antisocial behavior, substance use, and personality: An integrative quantitative model of the adult externalizing spectrum. *Journal of Abnormal Psychology, 116 (4*), 645-666.

22. Leichsenring, F., Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 160*(7), 1223-1232.

23. Livesley, W.J., Schroeder, M.L., Jacksonn D.N., Jang, K.L. (1994). Categorical distinctions in the study of personality disorder: implications for classification. *Journal of Abnormal Psychology, 103(1),* 6-17.

24. Lorber, M.F. (2004). Psychophysiology of aggression, psychopathy, and conduct problems: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 130,* 531-552.

25. MacKenzie, P.M. (2014). Psychopathy, Antisocial Personality & Sociopathy: The Basics. A History Preview. Preuzeto 14.veljače, s internetske stranice: http://www.theforensicexaminer.com/2014/pdf/MacKenzie_714.pdf .

26. Malesti, L. (2009). Moral Understanding in the Psyhopath. Synthesis *Philosophica, 48(2),* 337-348.

27. Malone, R.P., Delaney, M.A., Luebbert, J.F., Cater, J., Campbell, M.A. (2002). A double-blind placebo-controlled study of lithium in hospitalized aggressive children and adolescents with conduct disorder. *Archives of General Psychiatry Journal, 57,* 649-654.

28. Markovitz, P.J. (2004). Recent Trends in the Pharmacotherapy of Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders, 18 (1),* 90-101.

29. Međedović, J., Petrović, B., (2013). Psihopatija i kriminalitet u svijetlu novih empirijskih nalaza. *Zbornik IKSI, 1,* 7-28.

30. Miller, J.D., Lynam, D.R. (2003). Psychopathy and the five factor model of personality: A replication and extension. *J Pers Assess, 81,* 168-178.

31. Mimica, N., Gregurek, R. (2006). Poremećaji ličnosti. U: Lj. Hotujac (Ur.), *Psihijatrija*, 244-251. Zagreb: Medicinska naklada.

32. MKB – 10 (1999). *Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja*, Zagreb: Medicinska naklada.

33. MSD priručnik (2016). Poremećaji osobosti. Preuzeto 31. prosinca, 2016., s internetske stranice: http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/poremecaji-osobnosti .

34. Oldham, J.M. (2005). Personality disorders: brief historical review. *Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry, 3(3),* 372-382.

35. Pačić-Turk, Lj., Gajski, M. (2012). Samoizvješće psihopatije SRP-III i povezanost njegovih dimenzija s velepetorim modelom ličnosti. *Društvena istraživanja, 23 (1*), 155-175.

36. Paris, J. (1997). Antisocial and Borderline Personality Disorders: Two Separate Diagnoses or Two Aspects of the Same Psychopathology? *Comprehensive Psychiatry, 38,* 237-242.

37. Patrick, C.J. (2007). Antisocial personality disorder and psychopathy. U: W. O'Donohue, K.A. Fowler i S.O. Lilienfeld (Ur.): *Personality disorders: Toward the DSM-V*. Los Angeles: Sage Publications.

38. Patrick, J.C.d (2006). Back to the Future: Cleckley as a Guide to the Next Generation of Psychopathy Research. U: C.J. Patrick (Ur.): *Handbook of the psychopathy,* 605-617. New York: Guilford Press.

39. Pavlović, S. (2012). *Psihopatski um i kako ga prepoznati*. Preuzeto 20. siječnja, 2016., s internetske stranice: https://mindreadingsblog.wordpress.com/2012/11/24/psihopatski-um-i-kako-ga-prepoznati/ .

40. Porter, S., Woodworth, M., Earle, J., Drugge, J., Boer, D. (2003). Characteristics of sexual homicides committed by psychopathic and nonpsychopathic offenders. *Law & Human Behavior, 27,* 459–470.

41. Ricijaš, N. (2009). *Pripisivanje uzročnosti vlastitog delinkventnog ponašanja mladih*. Doktorska disertacija. Zagreb: Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

42. Scott, S., Briskman, J., O'Connor, T.G. (2014). Early Prevention of Antisocial Personality: Long-Term Follow-Up of Two Randomized Controlled Trials Comparing Indicated and Selective Approaches. *The American Journal of Psychiatry, 171(6),* 649-657.

43. Senić, R. (2011). *Poremećaj ličnosti: Psihoterapijske teme.* Preuzeto 10. siječnja, 2016., s internetske stranice: http://psihoterapijsketeme.rs/2011/poremecaj-licnosti/ .

44. Senić, R. (2011). *Psihoterapijske teme*: *Antisocijalni poremećaj ličnosti i psihopatija*. Preuzeto 10. siječnja, 2016., s internetske stranice: http://psihoterapijsketeme.rs/2011/antisocijalni-poremecaj-licnosti-i-psihopatija/ .

45. Siever, L.J., Weinstein, L.N. (2009). The neurobiology of personality disorders: implications for psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 57(2),* 361-398.

46. Strack, S. (2005). *Handbook of Personology and Psychopathology*. New Jersey: Wiley.

47. Šago, D. (2015). *Poremećaji ličnosti: Psihijatrijska bolnica „Sveti Ivan" Zagreb*. Preuzeto 10. siječnja, 2016., s internetske stranice: http://www.zdravobudi.hr/11898/poremecaji-licnosti .

48. Špelić, A. (2013). Razvojnna psihologija-skripta. Preuzeto 15.veljače, 2016.godine, s internetske stranice: http://www.unipu.hr/uploads/media/SKRIPTA_Razvojna_psihologija.pdf .

49. Vaughn, M. G., DeLisi, M. (2008) Were Wolfgang's chronic offenders psychopaths? On the convergent validity between psychopathy and career criminality. *Journal of Criminal Justice, 36,* 33-42.

50. Westermeyer, J., Thuras, P. (2005). Association of antisocial personality disorder and substance disorder morbidity in a clinical sample. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 31(1),* 93-110.

51. Žarković-Palijan, T. (2004). *Značajke osobnosti alkoholičara počinitelja i nepočinitelja kaznenih djela.* Doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.