

OGRANICZENIA I MOŻLIWOŚCI W PSYCHOTERAPII OSÓB O PSYCHOPATYCZNEJ STRUKTURZE OSOBOWOŚCI

LIMITATIONS AND PERSPECTIVES IN PSYCHOTHERAPY OF PSYCHOPATHIC INDIVIDUALS

Akademia Ignatianum w Krakowie, Instytut Psychologii

**psychopathy
personality disorders
limitations in psychotherapy**

Przeglądając dostępne prace na temat skuteczności oddziaływań wobec pacjentów z „psychopatycznymi zaburzeniami osobowości” autor artykułu nie znajduje powodu do rozwijania pesymizmu terapeutycznego w tej kwestii. Przynajmniej jednak przykłady możliwych interwencji terapeutycznych czy korekcyjnych stanowiących szansę ograniczenia społecznych szkód związanych z działaniem „psychopatów” i to tylko u tej niekryminalnej postaci.

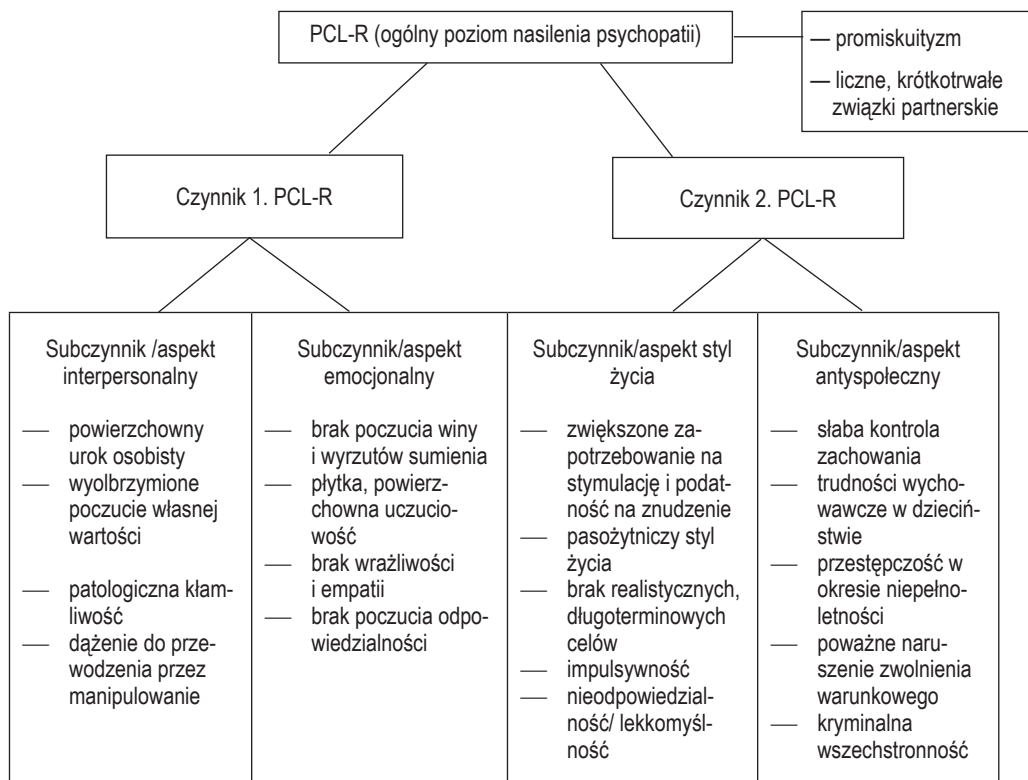
Summary: Psychopathy is considered to be one of the personality disorders most resistant to psychotherapy. Therapeutic pessimism in this field is corroborated by many research reports concerning both the individual and group psychotherapy, and further justified by the analyses of the effectiveness of institutional correction programs addressed to offenders with psychopathic traits. Such studies show that psychopathy is a salient risk factor for recidivism as well as a strong predictive risk factor for criminal violence. The aim of article is to present practical implications for the psychotherapy of patients affected by the psychopathic personality disorder, based on a review of the current research in that area. The influence of factors blocking the therapeutic process is discussed. The perspectives of psychotherapy focused on the psychopathy are shown mainly in the context of the application of cognitive-behavioral therapy. The considerations are based on the contemporary approach to psychopathy, including the two-factors model of psychopathy and Psychopathy Checklist - Revised (PCL-R) by R. D. Hare. This approach to the psychopathic personality disorder is to be regarded as a first-choice option both in the clinical diagnosis and in the evaluation of the effectiveness of the treatment methods and of the psychotherapy of psychopathy.

Status pojęcia psychopatii — pomimo iż sam termin funkcjonuje w psychopatologii już od ponad stulecia — niezmiennie stanowi przedmiot licznych kontrowersji, a jego użyteczność diagnostyczna wciąż bywa kwestionowana. Osobowość psychopatyczna nie występuje jako odrębna jednostka nozologiczna w żadnym z aktualnie obowiązujących medycznych systemów klasyfikacyjnych zaburzeń psychicznych: ICD-10 oraz DSM-5. Obydwie klasyfikacje posługują się zbliżonymi znaczeniowo do psychopatii odpowiednikami diagnostycznymi — w amerykańskim DSM jest antyspołeczne zaburzenie

osobowości (Antisocial Personality Disorder/ ASPD) [1], natomiast w dziesiątej edycji klasyfikacji WHO — dysocjalne zaburzenie osobowości (Dissocial Personality Disorder/ DPD) [2]. Prowadzone z użyciem narzędzi do pomiaru nasilenia cech psychopatycznych analizy porównawcze wykazują jednak, że brak jest uzasadnionych podstaw do zrównywania psychopatii z osobowością antyspołeczną czy dysocjalną, sugerując tym samym odrębność diagnostyczną psychopatii oraz ASPD/DPD [3]. Umacnianie się we współczesnej psychopatologii statusu psychopatii jako odmiennego zaburzenia osobowości wynika z obserwowanego od kilkunastu lat wzrostu zainteresowania tą problematyką zarówno w kręgach naukowo-akademickich, jak i wśród praktyków, w tym psychologów klinicznych i psychoterapeutów.

Rosnącemu zainteresowaniu psychopatią towarzyszy równolegle dynamicznie rozwijający się nurt badań nad psychopatycznym zaburzeniem osobowości, oparty głównie na tzw. ujęciu operacyjnym i modelu dwuczynnikowym psychopatii autorstwa kanadyjskiego psychologa Roberta D. Hare'a. Opracowane na bazie tego modelu narzędzie do pomiaru nasilenia cech psychopatycznych — skala PCL (Psychopathy Checklist Revised; aktualnie obowiązuje wersja druga poprawiona PCL-R) [4] otworzyło nowe perspektywy prowadzenia analiz empirycznych dotyczących zaburzenia i jego korelatów. Zgodnie z założeniami teoretycznymi podejścia operacyjnego diagnoza osobowości psychopatycznej opiera się na symptomatycznych dla psychopatii wskaźnikach, zarówno osobowościowych, jak i behawioralnych. Z kolei wskaźniki te bezpośrednio odpowiadają poszczególnym pozycjom diagnostycznym w narzędziu pomiarowym, jakim jest skala PCL-R. Osobowość psychopatyczna ujmowana jest w skali PCL-R za pomocą dwóch nadrzędnych poziomów funkcjonowania nazywanych czynnikami. Czynnik 1. PCL odnosi się do interpersonalno-afektywnych charakterystyk zaburzenia i zawiera symptomatyczne dla psychopatii deficyty procesów emocjonalnych, manipulacyjny styl wchodzenia w interakcje z otoczeniem oraz sposób spostrzegania świata, siebie i relacji Ja — inni. Natomiast czynnik 2. PCL obejmuje utrwalony antyspołeczny wzorzec zachowań połączony z impulsywnością, nasiloną potrzebą stymulacji oraz społecznie dewiacyjnym stylem życia. Każdy z czynników nadrzędnych składa się z dwóch subczynników/aspektów, które z kolei zawierają intrapsychiczne i behawioralne przejawy zaburzenia traktowane jako poszczególne pozycje (itemy) diagnostyczne. Obraz kliniczny psychopatii opisany za pomocą modelu dwuczynnikowego zoperacjonalizowanego w postaci skali PCL-R przedstawia schemat 1 (na następnej stronie).

Dwuczynnikowa koncepcja psychopatii i skala PCL-R wyznaczają obecnie dominujący standard w badaniach oraz diagnozie klinicznej psychopatii. Wśród innych, współczesnych narzędzi do pomiaru nasilenia psychopatycznych cech osobowości należy wymienić ponadto oparty na podejściu operacyjnym Inwentarz Osobowości Psychopatycznej — PPI-R [5] oraz skonstruowaną na bazie tzw. hipotezy leksykalnej Kompleksową Ocenę Osobowości Psychopatycznej — CAPP [6]. Interesującą alternatywę wobec propozycji Hare'a stanowi również koncepcja dwutorowego procesu rozwoju psychopatii [7, 8] i powstały na jej założeniach teoretycznych model triarchiczny zaburzenia [9]. Wydaje się, że w większym stopniu niż PCL uwzględnia on adaptacyjne właściwości jednostek psychopatycznych, takie jak niska reaktywność na sytuacje stresowe i lękowe czy też umiejętność wywierania wpływu społecznego. Niemniej jednak, niezależnie od wskazywanych wad dwuczynniko-



Schemat 1. Struktura skali PCL-R

Źródło: Hare RD, The Hare Psychopathy Checklist-Revised. 2nd Edition. Manual, Multi-Health Systems, Toronto 2003.

wej koncepcji Hare'a [por. 10], warto podkreślić, że to właśnie pojawienie się skali PCL-R dało podstawy do precyzyjnej, opartej na dowodach empirycznych diagnozy klinicznej psychopatycznego zaburzenia osobowości. Podejście zaproponowane przez Hare'a jest swoistym punktem odniesienia w naukowej refleksji nad obrazem klinicznym psychopatii oraz wpływa na kierunki prowadzonych badań nad etiologią zaburzenia. Analizy prowadzone z użyciem skali PCL-R pozwalają również na formułowanie wniosków dotyczących efektywności oddziaływań psychoterapeutycznych w odniesieniu do psychopatów.

W opracowaniach dotyczących psychoterapii osób o psychopatycznej strukturze osobowości dominuje pesymizm — w najlepszym przypadku sceptycyzm — terapeutyczny dotyczący skuteczności terapii w tej grupie pacjentów/klientów [11]. Podkreśla się, iż psychopatia należy do najmniej podatnych na zmianę terapeutyczną zaburzeń osobowości. Ograniczenia w psychoterapii osób z psychopatycznym zaburzeniem osobowości wynikają z dwóch podstawowych powodów. Pierwszy związany jest z ograniczeniami ogólnymi, u podłoża których leżą problemy występujące w terapii zaburzeń osobowości

jako takich (m.in. kwestia współwystępowania zaburzeń — w kontekście psychopatii dotyczy to głównie pozostałych zaburzeń osobowości z wiązki B DSM: narcystycznego, histrionicznego i typu borderline) [12]. Druga przyczyna braku efektywności oddziaływań terapeutycznych w przypadku psychopatów ma charakter bardziej specyficzny i wynika z samej konstrukcji struktury osobowości psychopatycznej. Ograniczenia te wydają się niezależne od przyjętego podejścia, zastosowanych metod, technik czy strategii interwencji terapeutycznej. Do najważniejszych czynników blokujących proces psychoterapii u psychopatów należy zaliczyć [11]:

- stabilną, trwałą, o silnym podłożu biologicznym (obniżona reaktywność emocjonalna, deficyty hamowania behawioralnego) strukturę osobowości, co bezpośrednio przekłada się na niską podatność na zmianę terapeutyczną;
- sztywne, głęboko zakorzenione schematy poznawcze dotyczące koncepcji self oraz relacji Ja — inni; spostrzeganie relacji interpersonalnych w kategoriach „okazji do wykorzystania” oraz kategoryzowanie ludzi jako użytecznych lub nieużytecznych z perspektywy możliwości zaspokajania własnych popędów i potrzeb;
- wysoką samoocenę połączoną z brakiem negatywnego stosunku do dotychczasowego stylu życia; nieumiejętność uczenia się na popełnionych błędach oraz niedostrzeganie związku pomiędzy własnym antyspołecznym zachowaniem a jego konsekwencjami;
- eksternalizację odpowiedzialności — przypisywanie odpowiedzialności za swoje działania zewnętrznym czynnikom lub okolicznościom (niesprawiedliwy los, tendencyjny system sprawiedliwości, nielojalni współnicy itp.), przerzucanie winy za popełnione przestępstwa na ofiary (naiwność lub prowokacja ze strony ofiary);
- brak wewnętrznej motywacji do zmiany; powodem zgłoszenia się na terapię jest nakaz sądowy bądź chęć uzyskania przedterminowego warunkowego zwolnienia z odbywanej kary pozbawienia wolności; brak przekonania o konieczności zmian w codziennym funkcjonowaniu oraz celowości zmiany zachowania, aby dostosować je do norm społecznych;
- symulowanie zaangażowania w proces terapeutyczny oraz występowania pozytywnych efektów psychoterapii; pomimo niezdolności do autoanalizy i wglądu stwarzanie przed terapeutą pozorów dokonywania się zmian w osobowości;
- tendencję do dominowania i manipulacji w relacjach interpersonalnych, co uniemożliwia budowanie sojuszu terapeutycznego; sesje terapeutyczne (szczególnie grupowe formy psychoterapii lub terapii uzależnień) traktowane są jako okazja do nabywania nowych umiejętności wywierania wpływu, narzucania własnych interpretacji bądź wykorzystywania wiedzy o ujawnionych w trakcie terapii słabych stronach jej uczestników.

Wymienione ograniczenia procesu terapeutycznego w odniesieniu do osób o wysokim nasileniu cech psychopatycznych pogłębia dodatkowo kryminogeny charakter samego zaburzenia. Psychopatia uznawana jest za osobowościowy czynnik ryzyka przestępczości i predyktor naruszania norm prawnych. Kryminalna specyfika psychopatii powoduje zatem, że osoby o tego typu strukturze osobowości przebywają z reguły w zakładach karnych lub aresztach śledczych, będąc uczestnikami oddziaływań nie tyle psychoterapeutycznych, co korekcyjno-resocjalizacyjnych. Z rozpowszechnieniem psychopatii w populacjach penitencjarnych związanych jest kilka problemów, ważnych dla perspektyw psychoterapii w tej grupie.

Pierwszy, zasadniczy problem, nasuwający się w kontekście terapii osadzonych o cechach psychopatycznych, odnosi się do pytania: czy możliwa jest psychoterapia w tak specyficznych warunkach, jak izolacja więzienna? W literaturze przedmiotu przeważa pogląd, że instytucje penitencjarne nie stanowią odpowiedniego miejsca do prowadzenia oddziaływań psychoterapeutycznych [13]. Nieco lepsze wyjściowe perspektywy dla prowadzenia terapii stwarzają natomiast orzekane przez sąd środki zabezpieczające, przy czym kluczowe wydaje się tutaj oszacowanie rozpowszechnienia cech psychopatycznych wśród osób, wobec których są one stosowane [14]. Kolejna kwestia problematyczna związana jest z zasadnością podejmowania wobec osadzonych psychopatów jakichkolwiek interwencji nakierowanych na trwałą zmianę funkcjonowania, co w praktyce sprowadza się do rozstrzygnięcia dylematu: izolacja czy terapia/resocjalizacja? Pesymizm terapeutyczny, współwystępujące z psychopatią wysokie ryzyko ponownego popełnienia czynów z użyciem przemocy oraz znaczne koszty społeczne wynikające z antyspołecznych zachowań sugerują izolowanie jako jedynie skuteczną metodę postępowania w odniesieniu do psychopatów kryminalnych. Z drugiej strony nadal podejmowane są próby opracowania programów oddziaływań dostosowanych do charakterystyki tej grupy docelowej. Ocena efektywności tego rodzaju programów — podobnie zresztą jak ocena skuteczności psychoterapii psychopatów w ogóle — wiąże się z ostatnim problemem wynikającym z kryminogennego charakteru zaburzenia, tj. skalą rozpowszechnienia psychopatii w populacji osadzonych. Oszacowanie liczby psychopatów wśród innych osób odbywających karę pozbawienia wolności wydaje się tym bardziej istotne, że część zachowań osadzonych diagnozowanych jako psychopatyczne ma charakter wtórny i stanowi efekt prizonizacji, a nie pochodną cech osobowości [13].

Dane z badań nad skutecznością psychoterapii osadzonych z psychopatycznym zaburzeniem osobowości pozostają spójne z występującym wśród klinicystów pesymizmem/sceptycyzmem terapeutycznym wobec tej grupy pacjentów [15, 16]. Niepowodzenie oddziaływań terapeutycznych zostało wykazane szczególnie w odniesieniu do prowadzonych w zakładach karnych grupowych form terapii. Wyniki badań osadzonych, uczestniczących w programach społeczności terapeutycznej (CT, Community Therapy) sugerują, że o ile tego rodzaju interwencje przynoszą spodziewane efekty w odniesieniu do większości uczestników, o tyle w przypadku psychopatów kryminalnych okazują się nieskuteczne. U psychopatów biorących udział w programie nie zanotowano znaczącej poprawy klinicznej, przejawiali oni niski poziom motywacji do zmiany oraz częściej notowano w tej grupie przypadki wypadnięcia z terapii [17].

Inne dane wskazują nawet na występowanie pewnego paradoksalnego efektu działania społeczności terapeutycznej u osadzonych psychopatów [18]. Przeprowadzone po zakończeniu programu badania ujawniły niższe wskaźniki powrotu do popełniania przestępstw w grupie uczestników — niepsychopatów przy jednoczesnym nasileniu się zachowań kryminalnych z użyciem przemocy wśród uczestników z psychopatycznym zaburzeniem osobowości. Po opuszczeniu zakładu karnego, w którym realizowano program społeczności terapeutycznej, psychopaci częściej dokonywali brutalnych przestępstw, niż pozostali uczestnicy terapii. Autorzy analizy wyjaśniając zaobserwowany efekt sugerują, że terapia grupowa paradoksalnie stworzyła warunki do pogłębienia się cech psychopatycznych. Dzięki uczestnictwu w spotkaniach społeczności terapeutycznej osadzeni psychopaci mieli możliwość nabycia nowych

umiejętności (np. przyjęcia perspektywy innego) oraz wyuczenia się nowych lub doskonalenia już posiadanych technik manipulacji, wywierania nacisku i wpływu społecznego.

Doniesienia z badań nad efektami oddziaływań korekcyjno-resocjalizacyjnych wśród psychopatów kryminalnych są zbieżne z danymi dotyczącymi niskiej skuteczności terapii w tej grupie. Podkreśla się wysokie wskaźniki recydywy psychopatów opuszczających zakłady penitencjarne, częstsze i wcześniej występujące ponowne popełnianie przestępstw z użyciem przemocy — szczególnie przemocy seksualnej — oraz naruszanie zasad zwolnienia warunkowego [19–21]. Ogólna nieskuteczność stosowanych wobec osadzonych o cechach psychopatycznych form interwencji (psychoterapeutycznej, korekcyjnej, resocjalizacyjnej) potwierdza obowiązujące w podejściu risk assessment stanowisko o uznawaniu psychopatii za jeden z najbardziej predykcyjnych wskaźników ryzyka wystąpienia agresji kryminalnej. Psychopatia jako osobowościowy czynnik ryzyka jest obecna we wszystkich podstawowych metodach przeznaczonych do szacowania ryzyka ponownego popełnienia przestępstwa z użyciem przemocy zarówno wśród młodzieży (SAVRY), jak i dorosłych (HCR-20, SVR-20). Warto zaznaczyć, że ryzyko to stwierdza się niezależnie od płci osadzonego, a także w przypadku niepenitencjarnych pacjentów psychiatrycznych o cechach psychopatycznych.

W kontekście danych, spójnych z obserwacjami klinicystów i psychoterapeutów, o wyjątkowo wysokiej odporności osobowości psychopatycznej na zmianę terapeutyczną, pojawia się pytanie o to, czy istnieją jakieś granice pesymizmu/sceptycyzmu terapeutycznego. Na pewne perspektywy dotyczące możliwości prowadzenia skutecznej interwencji w grupie psychopatów wskazują co prawda wyniki niektórych metaanaliz [22], niemniej jednak — zdaniem krytyków — zastosowane w nich procedury i dobór materiału badawczego nie pozwalają na formułowanie jednoznacznych i wystarczająco uzasadnionych empirycznie rozstrzygnięć w tym zakresie [15].

Analizując szanse opracowania skutecznego programu terapeutyczno-korekcyjnego przeznaczonego dla osadzonych o osobowości psychopatycznej, Wong i Hare [23] sugerują oparcie tego typu interwencji na terapii poznawczo-behawioralnej. Zgodnie z tym podejściem oddziaływania terapeutyczne powinny koncentrować się na treningu opanowywania gniewu, modelowaniu zachowań prospołecznych, przełamywaniu antyspołecznych schematów poznawczych i przestępczego stylu myślenia, dialogu motywującym prowadzonym w celu zwiększenia zaangażowania w proces zmiany oraz zapobieganiu nawrotom uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Autorzy przyjmują, że tak skonstruowana interwencja pozwala dotrzeć do osiowych cech zaburzenia, takich jak dominacja i manipulowanie w relacjach interpersonalnych, tendencja do eksploatawania otoczenia czy deficyty emocjonalne, a przez to wtórnie wpłynąć na ograniczenie ich behawioralnej ekspresji w postaci zachowań kryminalnych.

Na potencjalną wartość — z perspektywy terapii psychopatii — programu zawierającego elementy CBT wskazują również Harris i Rice [15]. Ponadto, zdaniem tych badaczy użyteczne w kontekście interwencji wobec psychopatów wydają się także podejścia alternatywne: model modyfikacji zachowania (Behavior Modification) oraz terapia wielosystemowa (MST, Multisystemic Therapy)¹. Wymienione podejścia — pomimo pesymizmu

¹Harris i Rice przyjmują szerokie rozumienie pojęcia interwencji wobec osób o cechach psychopatycznych, czego wynikiem jest zaliczenie do tego rodzaju oddziaływań form niebędących stricte terapią: instytucjonalnych programów korekcyjnych oraz strategii ochrony potencjalnych ofiar psychopatów.

terapeutycznego — zarysowują pewne możliwości w zakresie psychoterapii osadzonych psychopatów, jednak ocena ich skuteczności wymaga dalszych, pogłębionych i opartych na dowodach empirycznych analiz.

Przegląd pojawiających się w ostatnich latach doniesień badawczych dotyczących psychoterapii osób z psychopatycznym zaburzeniem osobowości wskazuje, iż najbardziej perspektywicznym kierunkiem w tym zakresie wydaje się nurt poznawczy. Obiecujące rezultaty poprawy klinicznej oraz brak zachowań z użyciem przemocy seksualnej w monitorowanym okresie w trakcie i po zakończeniu terapii odnotowano przy zastosowaniu terapii schematu (ST, Schema Therapy) u psychopatycznych pacjentów psychiatrycznych [24]. Z kolei badania prowadzone z użyciem technik usprawniania zaburzonych w psychopatii funkcji uwagi wykazały skuteczność tego rodzaju metod w odniesieniu do grupy uczestników o cechach psychopatycznych. Wśród biorących udział w treningu psychopatów zaobserwowano poprawę w zakresie analizowanych deficytów polegających na pomijaniu istotnych informacji kontekstualnych [25]. Uzyskane dane sugerują zatem możliwość wykorzystania w terapii psychopatii specyficznych, ukierunkowanych i opartych na podstawach neuroscienze technik interwencyjnych z obszaru terapii zmiany poznawczej (CRT, cognitive remediation therapy).

Podsumowując zaprezentowane ograniczenia i perspektywy w psychoterapii osób z psychopatycznym zaburzeniem osobowości wydaje się, że trudno obecnie znaleźć wystarczająco mocne przesłanki wskazujące na zapowiedź zmiany panującego w tej kwestii pesymizmu terapeutycznego. Nadal nie traci na aktualności stwierdzenie Hare'a, iż przegląd literatury przedmiotu na temat psychoterapii zaburzenia należy kończyć wnioskiem „nie znaleziono skutecznej terapii” [11, s. 245]. Niemniej jednak dynamiczny rozwój badań nad psychopatią, również w odniesieniu do jej niekryminalnej postaci (kategoria tzw. psychopatów odnoszących sukces), pozwala prognozować pojawienie się nowych ustaleń dotyczących zarówno obrazu klinicznego zaburzenia, jego korelatów, etiologii, jak i możliwości zastosowania interwencji terapeutycznych czy korekcyjnych, dających szansę przynajmniej na ograniczenie społecznych szkód związanych z działaniami psychopatów.

Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (wydanie 5, DSM-5), Washington DC: American Psychiatric Association/ American Psychiatric Publishing, 2013.
2. World Health Organization, Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Kraków-Warszawa: Vesalius; 1998.
3. Pastwa-Wojciechowska B. Osobowość psychopatyczna i antyspołeczna — problemy diagnostyczne w opiniowaniu psychologiczno-sądowym. W: Gulla B, Niewiadomska I, Wysocka-Pleczyk M, red. Białe plamy w psychologii sądowej. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2010, s. 209–219.
4. Hare RD. The Hare Psychopathy Checklist-Revised. 2nd Edition. Manual, Toronto: Multi-Health Systems, 2003.
5. Lilienfeld SO, Widows MR. Psychopathic Personality Inventory - Revised (PPI-R) professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 2005.
6. Cooke DJ, Hart SD, Logan C, Michie C, Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality — Institutional Rating Scale (CAPP-IRS), unpublished manuscript, 2004.

7. Fowles DC, Dindo L. A dual-deficit model of psychopathy. W: Patrick CJ, red. Handbook of psychopathy. New York, NY: Guilford Press; 2006, s. 14–34.
8. Fowles DC, Dindo L. Temperament and psychopathy: A dual-pathway model. *Curr. Direct. Psychol. Sci.* 2009, 18: 179–183.
9. Patrick CJ, Fowles DC, Krueger RF. Triarchic conceptualization of psychopathy: Developmental origins of disinhibition, boldness, and meanness. *Develop. Psychopath.* 2009, 21: 913–938.
10. Cooke DJ, Michie C. Refining the construct of psychopathy: Towards a hierarchical model. *Psychol. Assess.* 2001, 13: 171–188.
11. Hare RD. *Psychopaci są wśród nas*. Kraków: Znak, 2008.
12. Nedopil N, Hollweg M, Hartmann J, Jaser R. Comorbidity of psychopathy with major mental disorders. W: Cooke DJ, Forth AE, Hare RD, red. *Psychopathy: Theory, research, and implications for society*. Dordrecht : Kluwer Academic Publishers; 1998, s. 257–268.
13. Pastwa-Wojciechowska B. *Naruszanie norm prawnych w psychopatii. Analiza kryminologiczno-psychologiczna*, Gdańsk: Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego; 2004.
14. Gierowski JK, Paprzycki L. *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck; 2013.
15. Harris GT, Rice MA. Treatment of psychopathy. A review of empirical findings. W: Patrick CJ, red. *Handbook of psychopathy*. New York: The Guilford Press; 2006, s. 555–572.
16. Salekin RT, Worley C, Grimes RD. Treatment of psychopathy: a review and brief introduction to the mental model approach for psychopathy. *Behav. Sci. Law* 2010, 8(2): 235–266.
17. Ogloff JR, Wong S, Greenwood A. Treating criminal psychopaths in a therapeutic community program. *Behav. Sci. Law* 1990, 8: 181–190.
18. Harris GT, Rice ME. Psychopathy research at oak ridge: Skepticism overcome. W: Herve H, Yuille JC, red. *The psychopath: theory, research and practice*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; 2007, s. 57–76.
19. Douglas KS, Vincent GM, Edens JF. Risk for criminal recidivism. The role of psychopathy. W: Patrick CJ, red. *Handbook of psychopathy*. New York: The Guilford Press; 2006, s. 533–554.
20. Heilbrun K. *Evaluation for risk of violence in adults*. New York: Oxford University Press; 2009.
21. Banasik M, Gierowski JK. Predyktory agresywnej przestępczości u skazanych kobiet i mężczyzn z cechami psychopatii. *Probl. Foren. Sci.* 2015, 102: 96–114.
22. Salekin RT. Psychopathy and therapeutic pessimism clinical lore or clinical reality? *Clin. Psychol. Rev.* 2002, 22: 79–112.
23. Wong S, Hare RD. *Guidelines for a psychopathy treatment program*. Toronto: Multi-Health Systems; 2005.
24. Chakhssi F, Kersten T, de Ruitter C, Bernstein DP. Treating the untreatable: a single case study of a psychopathic inpatient treated with schema therapy. *Psychoth.* 2014, 51(3): 447–461.
25. Baskin-Sommers AR, Curtin J, Newman JP. Altering the cognitive-affective dysfunctions of psychopathic and externalizing offender subtypes with cognitive remediation. *Clin. Psychol. Sci.* 2015, 3 (1): 45–57.

adres: nowakowski81@gmail.com