

THE PROCESS OF DELIBERATION IN THE CASE OF INDIVIDUALS WITH ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER

**Cristian Delcea, PhD, "Victor Babeș" University of Medicine and Pharmacy, Timișoara
and Camelia Stanciu, PhD, Assoc. Prof., "Dimitrie Cantemir" University of Tîrgu Mureș**

Abstract: Prezentul articol își propune abordarea tulburării de personalitate antisocială sub multiple aspecte: diagnosticul nosologic categorial, factorii etiologici, aspectele implicate în luarea deciziei de către indivizii care suferă de această tulburare, prezentarea stilurilor comportamentale, tipurile de gradații sociale, precum și intervențiile psihoterapeutice cognitiv-comportamentale.

Keywords: tulburarea de personalitate antisocială, criteriile diagnostice, proces decizional, intervenții psihoterapeutice

Introducere

Literatura de specialitate delimitează trei concepte care apar adesea interrelaționate: psihopatia, sociopatia și tulburarea de personalitate antisocială.

Psihopatia reprezintă o tulburare de personalitate descrisă prin următoarele trăsături: lipsa conștiinței, a empatiei, a loialității și a vinovăției.

Cele mai multe persoane au fost educate încă de timpuriu să spună adevărul. La polul opus, psihopații învață să mintă foarte bine. Interviuurile cu persoanele diagnosticate cu TPA, care aveau antecedente penale au subliniat mitomania și lipsa sentimentului de vinovăție în legătură cu acest comportament.

Psihopații, în ciuda personalității lor fermecătoare sunt maștrii ai manipulării, intimidării și constrângerii.

H. Cleckley (1988) distinge psihopatia primară - se referă la o lipsă de anxietate sau vinovăție cauzate de un comportament imoral sau ilegal și psihopatia secundară - se referă la o

manifestare impulsivă imorală sau ilegală, dar însoțită de un sentiment de vinovăție/anxietate pronunțat.

Sociopatia este descrisă prin pattern-uri de atitudini și comportamente considerate antisociale și penale de către societate în general, dar considerate ca fiind normale sau necesare de către subcultura sau mediul social în care s-au dezvoltat. Sociopații pot avea o conștiință conștiință bine dezvoltată și capacitatea de a manifesta empatia, sentimentul de vinovăție și loialitate, dar ideea lor de dreptate este greșit bazată pe normele de grup (Babiak, P., Hare, R.D., 2007, p. 19) . Criminalii ar putea fi descriși ca sociopați.

Tulburarea de personalitate antisocială (Antisocial Personality Disorder) reprezintă o categorie prezentată în a 4-a ediție a DSM, ca având o serie de manifestări similare cu sociopatia. În populația generală și în mediul carceral, tulburarea de personalitate antisocială este de 3-4 ori mai frecventă decât sociopatia.

Conform DSM IV, în cadrul tulburărilor de personalitate regăsim Tulburarea de personalitate antisocială în grupa B, alături de tulburările de personalitate de tip borderline, histrionic și narcisist. Trăsăturile comune ale acestora sunt teatralitatea, emotivitatea și extravaganța.

În populația generală, prevalența acestei tulburări este de 3% pentru bărbați și 1 % pentru femei; în populația clinică spitalizată, prevalența variază între 3%-30%, în funcție de caracteristicile populației, atingând chiar valori mai mari în grupurile tratate pentru abuz de substanțe sau grupurile de infractori. Incidența este mai crescută în familiile a căror membrii manifestă tulburarea sau care consumă alcool și droguri. De asemenea, tulburarea este mai frecventă în cadrul grupurilor subculturale sau cu status socio-economic scăzut.

Conform lui Sadock și col. (2014), etiologia tulburării cuprinde factori genetici, factori de mediu familial (abuzul sau abandonul) și factori neurologici (leziuni sau disfuncții cerebrale).

În ceea ce privește aspectele legate de comorbiditate, G. Clayton (2015) susține că TPA poate fi însoțită de: tulburarea de control a impulsurilor, abuzul sau dependența de substanțe, jocul patologic, depresia majoră, tulburările anxioase, tulburarea de somatizare, tulburarea narcisică și tulburarea histrionică.

Trăsătura caracteristică a persoanelor care suferă de această tulburare este desconsiderarea și încălcarea drepturilor celorlalți, manifestate prin trei sau mai multe dintre următoarele modalități:

- ❖ neconformarea la norme sociale, dezinteresul pentru respectarea legilor;
- ❖ tendința de a-i înșela, minți și păcăli pe ceilalți pentru profit personal sau plăcere;
- ❖ impulsivitate sau incapacitate de planificare;
- ❖ iritabilitate și agresivitate, indicate de agresivități și confruntări fizice frecvente;
- ❖ nepăsare și indiferență pentru siguranța proprie și a celor din jur;
- ❖ iresponsabilitate manifestată prin eșecul implicării în muncă și onorarea obligațiilor financiare;
- ❖ lipsa remușcării față de rănirea, bruscarea sau deposedarea celui alt manifestată prin indiferență sau raționalizări.

ICD-10 (F60.2) atribuie ca trăsături distincte: nepăsarea/lipsa empatiei, iresponsabilitatea/indiferența față de normele sociale, probleme interpersonale, toleranță scăzută la frustrare/agresivitate, raționalizare, externalizarea vinovăției și iritabilitatea persistentă.

DSM V (301.7) prezintă ca trăsături ale tulburării de personalitate antisocială:

- ❖ nerespectarea normelor
- ❖ incorectitudinea
- ❖ impulsivitatea
- ❖ iritabilitatea / agresivitatea
- ❖ neglijența
- ❖ iresponsabilitatea
- ❖ raționalizarea

Diagnosticul diferențial se realizează cu: tulburarea indusă de uzul de substanță, dizabilitatea intelectuală dezvoltamentală, ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), tulburarea narcisică și tulburarea organică de personalitate.

În concepția lui Clayton, G. (2015), semnele și simptomele TPA sunt:

- ❖ desconsiderarea binelui și răului;
- ❖ comportament de manipulare;
- ❖ egocentrism psihopatologic;
- ❖ comportament violent recurent;
- ❖ emoții psihopatologice / labilitate emoțională;
- ❖ lipsa empatiei.

Trăsăturile caracteristice acestor persoane pot fi explicitate sub forma strategiilor și schemelor utilizate.

Strategia utilizată	Atacul
Schemele utilizate	„ <i>Eu sunt cel mai important.</i> ” „ <i>Oamenii există pentru a fi trișați.</i> ”
Strategii subdezvoltate	Empatie Reciprocitate Asertivitate
Strategii compensatorii	Agresivitate Exploatare

Individul antisocial își menține o serie de credințe care îi ghidează comportamentul. Babiak și Hare (2007, p. 118) prezintă o parte dintre ele, menționând că pot apărea și în combinații:

„*Faptul că doresc ceva sau vreau să evit ceva îmi justifică acțiunile.*”

„*Gândurile și sentimentele mele sunt corecte pentru că pur și simplu sunt ale mele.*”

„*Întotdeauna fac alegeri bune.*”

„*Știu că am dreptate deoarece mă simt bine făcând acel lucru.*”

„*Opiniile celorlalți sunt irelevante atunci când iau decizii.*”

„*Dacă vor apărea consecințe nedorite, ele nu vor conta pentru mine.*”

„*Sunt mai special decât toți ceilalți.*”

„*Nu trebuie să îmi fac griji pentru ceilalți.*”

„*Regulile sunt pentru fraieri.*”

„*Există multe locuri în lume în care comportamentul meu ar fi considerat acceptabil.*”

În concepția lui M. Kantor (2006), tulburările de personalitate reprezintă variante dezadaptative ale trăsăturilor de personalitate care fuzionează imperceptibil în starea de normalitate. Diferența dintre trăsătura de personalitate și tulburarea de personalitate este dată de intensitatea și frecvența acestor manifestări.

Un studiu realizat de Enache, A. și col. (2009) pe un eșantion de 271 femei încarcerate a demonstrat existența unei corelații statistice semnificative între nevrotism și faptele de gravitate redusă. Această trăsătură de personalitate a fost identificată ca un aspect structural al infractoarelor, dar poate fi privită și ca o reacție la privarea de libertate.

H. Braiker (2004) identifică patru stiluri comportamentale ale persoanelor cu TPA:

- ✓ Recompensa pozitivă – include lauda, șarmul superficial, simpatia superficială (plânge cu „lacrimi de crocodil”), cereri excesive de scuze; bani, aprobare, daruri; atenție, expresii faciale (râsul sau zâmbetul forțat); recunoaștere publică.
- ✓ Recompensa negativă – include sâcâirea, urletele, tratamentul silențios, intimidarea, amenințările, înjurăturile, șantajul emoțional, învinovățirea, îmbufnarea, plânsetele și „făcutul pe victima”.
- ✓ Recompensa intermitentă sau parțială – Recompensa negativă parțială sau intermitentă poate crea un climat în care persistă frica și nesiguranța. Recompensa pozitivă parțială sau intermitentă poate încuraja victima să persiste – de exemplu la majoritatea jocurilor de noroc, jucătorul câștigă bani din când în când, dar poate pierde totul.
- ✓ Învățarea în urma unei traume – folosirea abuzului verbal, a furiei explozive sau a altui comportament intimidant pentru a stabili dominanța sau superioritatea; chiar și un singur incident care implică un asemenea comportament poate condiționa sau învăța victimele să nu-l supere/confrunte/contrazică pe manipulator.

În ceea ce privește gradațiile comportamentului antisocial, Stone (2000) identifică 12 tipuri:

Tipul 1 - alcoolism, droguri, prostituție, etc.;

Tipul 2 - bătăi, beții în public, comportamente nepotrivite;

Tipul 3 - fraudă, evaziune fiscală, delapidare, furt din instituții de stat/private;

Tipul 4 - spargerii, furt din mașini/buzunare/etc.;

Tipul 5 - incendieri, declanșări de explozii;

Tipul 6 - manipulare, înșelăciune, etc.;

Tipul 7 - hărțuire/amenințare nonviolentă, etc.;

Tipul 8 - crime non-intenționate produse sub influența substanțelor;

Tipul 9 - răpire de persoane fără omor;

Tipul 10 - reacții de furie necontrolată;

Tipul 11 - grup infracțional, viol, pedofilie, abuz sexual;

Tipul 12 - crimă, atac armat, atac fizic, violență domestică.

În concepția lui R. Leahy (2012, p. 82), tulburarea de personalitate antisocială este caracterizată de o lipsă a preocupării pentru drepturile altora, precum și de dificultatea evaluării

rezultatelor negative. Indivizii sunt lipsiți de empatie, se prezintă adesea cu o istorie caracterizată de cruzime față de alte persoane și de încălcări ale legii. Stima lor de sine rămâne neafectată, deoarece standardele lor de conduită față de sine le permit o capacitate redusă de a simți vinovăția.

Procesul decizional la indivizii cu tulburarea de personalitate antisocială

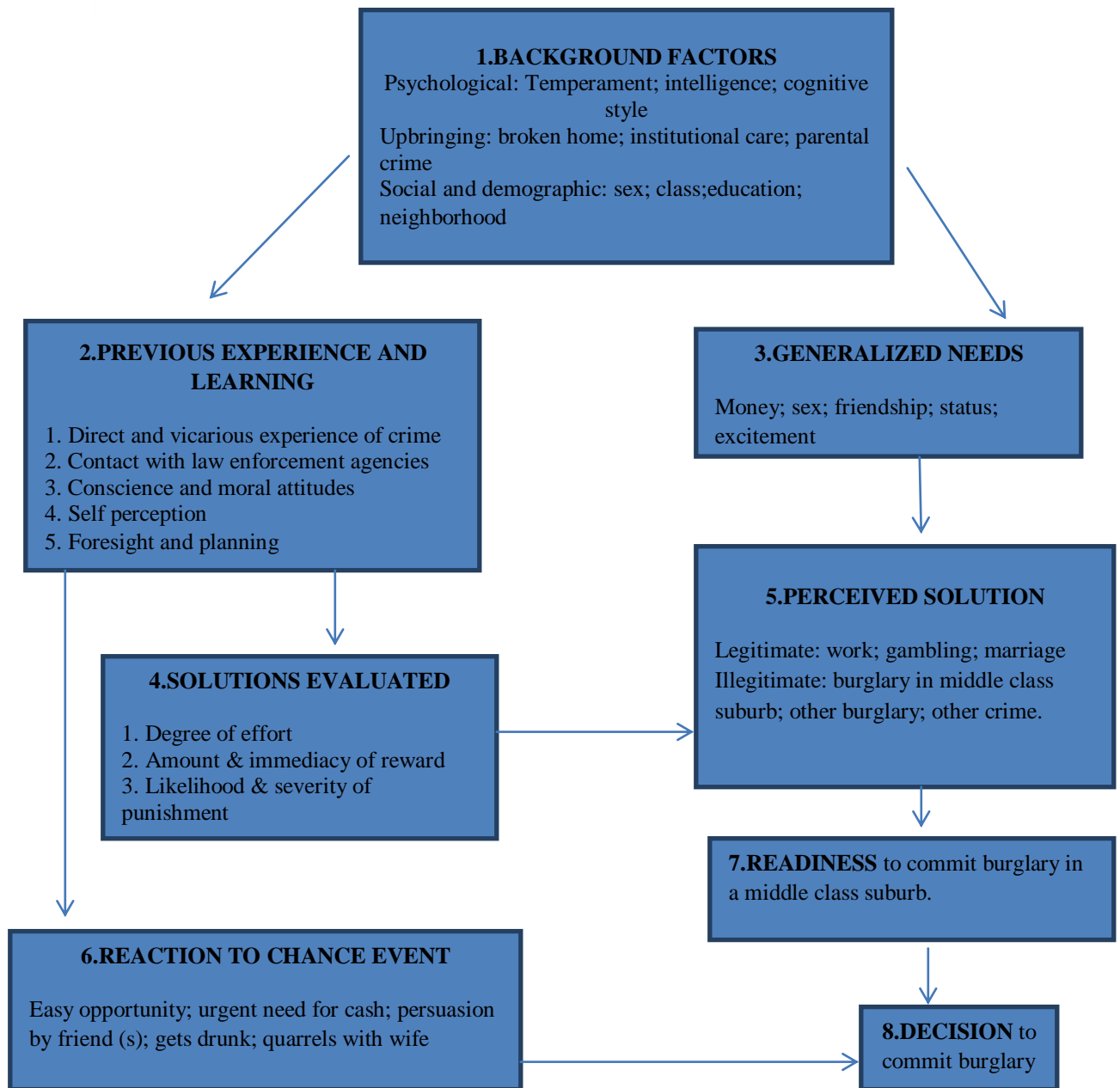
O vastă pledoarie cu privire la procesul decizional al diferitelor categorii de infractori o realizează D. Feldman în volumul „*The Psychology of Crime – A Social Science Textbook*”(1993). Printre teoriile care încearcă să explice acest proces se află și teoria alegerii raționale (p. 311).

Teoria alegerii raționale

Cook (1980) afirmă că potențialii infractori cântăresc posibilele consecințe pozitive și negative ale acțiunilor lor, hotărând să săvârșească fapta doar dacă obțin o serie de avantaje. Reluând principiul formulat de J. Bentham, profitul crimei reprezintă forța care împinge un individ spre delicvență, în timp ce durerea pedepsei este forța care îl poate opri. Dacă prima dintre cele două forțe este mai puternică, crima va fi comisă. Atât profitul, cât și durerea pedepsei sunt evaluate diferit de către indivizi. Ce determină evaluarea diferită? Răspunsul îl găsim în teoria lui Clarke & Cornish (1987), teorie care pornește de la câteva asumții:

- ❖ infractorul caută beneficiul de pe urma comportamentului criminal;
- ❖ identificând beneficiul, el trebuie să facă alegeri și să ia decizii;
- ❖ procesul de luare a deciziei este constrâns de timpul pe care individul îl are la dispoziție;
- ❖ de abilitățile cognitive pe care le posedă și de gradul de disponibilitate al informațiilor relevante.

Perspectiva alegerii raționale susține că anumite tipuri de infracțiuni sunt alese și efectuate din motive bine determinate.



Modelul lui Clarke, R.V. și Cornish, D.B., 1985

O altă teorie pe care se bazează procesul de luare a deciziei a fost propusă de Kahneman, Slovic și Twersky (1982), care susțin importanța modelelor și strategiilor utilizate de infractori în procesarea informației.

Studiile realizate de Bridges și Stone (1986) au arătat importanța pe care o au antecedentele penale ale infractorului și modul în care experiența trăită influențează percepția riscului. Conform acestor studii, luarea deciziei la indivizii cu antecedente penale are la bază relația dintre experiența anterioară și factorii situaționali actuali.

Un alt model actual de explicare a procesului decizional la indivizii cu TPA îi aparține lui R. Leahy (2012) în cadrul **teoriei portofoliului**.

Autorul susține că dimensiunile deciziei care reflectă percepția asupra resurselor actuale și viitoare, predictibilitatea, controlul, regretul, pragul de definire a rezultatelor și nevoia de certitudine sunt asociate cu dimensiuni ale personalității.

Modelul portofoliului sugerează faptul că indivizii utilizează criterii diferite în luarea deciziilor. Există 25 de dimensiuni ale portofoliului pesimist, cu factori asociați cu autoeficiența, descurajarea, impredictibilitatea și aversiunea față de risc (R. Leahy, 2012, p. 97).

Modelul portofoliului permite examinarea modului în care diverși indivizi definesc schimbările pozitive sau negative, dacă se bucură sau suferă în urma unei experiențe de schimbare și care este valoarea pe care o acordă informațiilor, predictibilității și controlului.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală (CBT) propune o intervenție structurată și orientată spre credințele și comportamentele manifestate adesea de către persoanele care manifestă tulburarea de personalitate antisocială (Beck, Freeman, Davis, 2004).

Obiectivul intervenției vizează trei arii importante ale cogniției: gândurile automate, schemele și distorsiunile cognitive.

Teoria cognitivă susține faptul că gândurile, sentimentele și comportamentele unei persoane se află într-o relație de interdependență. Intervenția cognitiv-comportamentală țintește modificarea schemelor într-o măsură mai mare decât modificarea gândurilor disfuncționale.

În concepția lui Young (1994), originea acestei tulburări se află în dezvoltarea timpurie a schemelor dezadaptative. Aceste scheme sunt omniprezente și vizează propria persoană, dar și relația cu ceilalți indivizi. Ele se dezvoltă disfuncțional pe parcursul copilăriei și sunt elaborate ulterior pe tot parcursul ontogenezei (Young, 1994, p. 209).

În concepția lui Beck și col., terapeutul care tratează pacientul cu TPA trebuie să fie antrenat în a lucra cu furia, disocierea, lipsa onestității și relaționarea dificilă, adesea în contextul unei alianțe terapeutice instabile (Beck și col., 2004, p. 170). Terapeutul trebuie să dea dovadă de

răbdare, calm, să fie perseverent, să aibă un bun management al timpului, o capacitate crescută de concentrare a atenției și să aibă abilitatea de a nu interpreta ca ofensă reacțiile pacientului.

BIBLIOGRAPHY:

1. Babiak., P., Hare, D. R., (2007). *Snakes in Suits: When Psychopaths Go to Work.* HarperCollins e-books
2. Beck, A., Freeman, A., & Davis, D., (2004). *Cognitive therapy of personality disorders (2nd ed.)*, New York: Guilford Press
3. Braiker, H., (2004). *Who's Pulling Your Strings?: How to Break the Cycle of Manipulation and Regain Control of Your Life.* McGraw-Hill
4. Clayton, G. (2015). *Antisocial Personality Disorder: The Ultimate Guide to Symptoms, Treatment, and Prevention.* USA
5. Cleckley, H., (1988). *The Mask of Sanity.* William a Dolan
6. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5* by American Psychiatric Association (2013)
7. Enache, A. și col. (2009). *Factorii asociați comportamentului antisocial. Studiu efectuat asupra unui grup de femei infractoare din România, în Pașca, V., Infracționalitatea feminină*, Ed. Universitatea de Vest, Timișoara
8. Feldman, P. (1993). *The Psychology of Crime – A Social Science Textbook*, Cambridge University Press
9. Hare, R. D., & Maher, B (1970). *Psychopathy Theory and Research.* John Wiley & Sons Inc
10. Kopec, A.M., (1995). *Rational emotive behavior therapy in a forensic setting: Practical issues.* Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy December 1995, Volume 13, Issue 4
11. Leahy, R. L. (2012). *Psihologia și mintea economică. Conceptualizare și procese cognitive.* Ed. ASCR, Cluj-Napoca
12. Sadock, J. B., and Sadock, A. V., & Ruiz, P., (2014). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*, Eleventh edition, LWW

13. Stone, M. H., (2000). *Gradations of antisociality and responsiveness to psychosocial therapies*. In J. G. Grunderson & G. O. Gabbard (Eds), *Psychotherapy for personality disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press
14. Young, J.E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorder: A schema focused approach* (revised ed.), Sarasota, FL: Professional Resource Press