

DIAGNOZA ZABURZEŃ OSOBOWOŚCI A PERSPEKTYWA OPINIOWANIA SĄDOWO-PSYCHOLOGICZNEGO

Beata Pastwa-Wojciechowska

Institut Psychologii, Uniwersytet Gdański
Institute of Psychology, University of Gdansk

DIAGNOSIS OF PERSONALITY DISORDER AND ISSUES FROM PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT FOR FORENSIC PERSPECTIVE

Summary. The article provides an overview of the current discussions on personality disorders and their role in the psychological assessment for court. The discussion focused on the following aspects: 1) the difficulties and challenges of diagnosis of personality disorders; 2) the status of personality disorders in psychological assessment for court; 3) the presentation of modern methodology for the diagnosis of personality disorder and 4) interaction of multiple disorders and accuracy of the diagnosis. Despite the fact that personality disorders still constitute the largest group among the disorders diagnosed in offenders they still pose a diagnostic challenge for clinicians. The problem concerns both the diagnostic criteria of the medical models, as well as methods for their evaluation and description. Therefore, the search for methods of more precise and objective assessment of offenders is still needed by the administration of Justice.

Key words: personality disorders, psychological assessment for court, clinical and methodological problems

Wprowadzenie

Pojęcie zaburzeń osobowości stanowi jedno z kluczowych pojęć w praktyce sądowo-penitencjarnej. Należy jednak zauważyć, że z jednej strony jego status w tym obszarze został dawno usankcjonowany, z drugiej zaś nadal jest źródłem wielu kontrowersji dotyczących diagnozy i skuteczności terapii. W dużej mierze spowodowane to jest tym, że zaburzenia osobowości charakteryzują się różnorodnością i złożonością, a intuicyjność stanowi duży element ich oceny klinicznej. W obszarze diagnozowania i opiniowania sądowo-psychologicznego przywiązuje się zatem dużą wagę do znajomości specyficznej metodologii i praktycznych umiejętności posługiwania się nią (Poznaniak, 2000; Ackerman, 2005), co wynika zarówno ze swoistej dla takich badań odmiennej sytuacji prawnej i psychologicznej,

Adres do korespondencji: Beata Pastwa-Wojciechowska, e-mail, psybpbw@ug.edu.pl

jaka występuje w relacji pacjent – psycholog, jak i z potrzeby uzyskania większej niż zwykle trafności i pewności diagnozy (Poznaniak, 2000; Pastwa-Wojciechowska, 2013). Dlatego też Gierowski (2000) podkreśla, że warto pokusić się o bardziej nowoczesne podejście do określenia roli, jaką w genezie zachowań przestępczych odgrywają różnorodne zaburzenia w funkcjonowaniu osobowości. Podejście takie wymaga nie tyle koncentracji na kwestiach terminologicznych, co istotnym okazuje się wyodrębnienie zaburzeń struktury osobowości oraz zaburzeń cech osobowości, przyjmując założenie, że różnice dotyczą patogenezy, obrazu klinicznego, przebiegu, stopnia trwałości i nasilenia zaburzeń, dynamiki zmian i skuteczności stosowanych metod leczenia (Jakubik, 1997).

Powstaje zatem pytanie, jak współczesna wiedza z zakresu psychologii zaburzeń osobowości może i jest wykorzystywana w opiniowaniu sądowo-psychologicznym. Dane zawarte w literaturze przedmiotu wskazują, że wiedza ta najczęściej wykorzystywana jest do opisu, w tym również diagnozy osobowości sprawcy przestępstwa, ale także do oceny zdolności rozumienia znaczenia czynu i pokierowania własnym postępowaniem (de Ruiter, Greeven, 2000; Gierowski, 2000, 2013; Hildebrand, de Ruiter, 2004; Pastwa-Wojciechowska, 2004, 2013). Przyjmuje się, że od 50 do 90% sprawców przestępstw wykazuje zaburzenia osobowości, przy czym w grupie tej najliczniej reprezentowane są zaburzenia opisane w wiązce B, zwłaszcza zaburzenia antyspołeczne typu *borderline* i narcystyczne (Hildebrand, de Ruiter, 2004; Leue, Borchard, Hoyer, 2004; Pastwa-Wojciechowska, 2004). Co ciekawe, wymienione wyżej typy osobowości, zwłaszcza antyspołeczne zaburzenia osobowości kojarzone są w dużej mierze z kryteriami dotyczącymi zachowań odnoszących się do naruszania norm prawnych. Dlatego też ostatnio zwraca się także uwagę na badania, które pokazują jak funkcjonowanie osób z zaburzeniami osobowości w rzeczywistości społecznej może wpływać na powstawanie problemów o charakterze prawnym (Boddy, 2011a, b).

Zaburzenia osobowości – trudności i wyzwania diagnostyczne

Warto w tym miejscu podkreślić, że zaburzenia osobowości różnią się od innych stanów patologicznych swoją złożonością, a niektórzy klinicyści uważają je nawet za niemożliwe do sklasyfikowania, podkreślając, że idiograficzna intuicja jest istotnym elementem oceny klinicznej (Grabski, Gierowski, 2012). Należy zdać sobie także sprawę, że krytyczne analizy podejścia do diagnozowania zaburzeń osobowości, jakie zawarte są w treści DSM, pojawiły się niemal natychmiast po opublikowaniu DSM-III (Morey, Skodol, Oldham, 2014). Podejście kategoriale zawarte w klasyfikacji DSM zostało obarczone błędami, na co wskazują liczne badania (Keulen-de-Vos i in., 2011; Grabski, Gierowski, 2012; Morey, Skodol, Oldham, 2014; Yam, Simms, 2014). Przyjmuje się, że wadami dotychczasowych rozwiązań typologii kategoriale są: 1) ograniczona rzetelność, a zwłaszcza trafność diagnostyczna niektórych kategorii; 2) arbitralnie ustawione progi diagnostyczne z wynikającą z nich dychotomizacją kryteriów diagnostycznych na poziomie kategorii (obecne zaburzenie lub nieobecne); 3) dychotomizacja na poziomie danego kryterium (objaw obecny lub nieobecny); 4) polityczność kryteriów (możliwość, iż

dwie osoby spełniać będą dwa całkowicie różne zestawy kryteriów, a jednak należeć do tej samej kategorii diagnostycznej, i wynikająca stąd znaczna heterogenność w obrębie grupy); 5) niestabilność diagnoz (zaburzenia osobowości to najmniej stabilny typ diagnozy w praktyce klinicznej); 6) absurdalnie wysokie wskaźniki współwystępowania zaburzeń (większość pacjentów spełnia kryteria więcej niż jednego zaburzenia); 7) wyniki badań nad osobowością i jej zaburzeniami z użyciem modeli kategoryalnych pozostają w sprzeczności z wynikami badań z użyciem modeli wymiarowych; 8) brak oceny kryteriów pod kątem ważności dla procesu diagnozy; 9) brak zapewnienia możliwości oceny i opisu niepatologicznych wariantów osobowości; 10) nakładanie się i interferencja zespołów z tzw. osi I i zaburzeń osobowości kodowanych na osi II; 11) nieuwzględnienie mocnych stron osobowości, tj. zasobów (radzenia sobie, umiejętności rozwiązywania problemów); 12) ograniczona użyteczność kliniczna (planowanie leczenia, formułowanie prognozy, możliwość zapamiętania poszczególnych kryteriów przez klinicystów i ich ścisłego przestrzegania); 13) brak wystarczającej empirycznej bazy dla wyszczególnionych kategorii; 14) brak możliwości stworzenia pełnego, możliwie wyczerpującego, opisu osobowości, jeśli sytuacja kliniczna tego wymaga (Johansen i in., 2004; Grant i in., 2005; Morey i in., 2007, 2012; Hyman, 2010; Balsis i in., 2011; Gunderson i in., 2011; Grabski, Gierowski, 2012; Zanarini i in., 2012; Zimmerman i in., 2012).

Pewną próbą rozwiązania zaistniałych problemów miały być kryteria diagnostyczne opracowane w DSM-5. Warto podkreślić, że w nowej klasyfikacji DSM dokonano znaczących zmian w dotychczasowym rozumieniu omawianej grupy zaburzeń, zarówno w odniesieniu do definicji, jak i zmian w zakresie przejścia od kategoryalnego do dymensjonalnego ujęcia zaburzeń osobowości. Innymi słowy, takie ujęcie zmierza do oceny nasilenia dysfunkcyjnych cech osobowości, takich jak: negatywna emocjonalność, oderwanie, antagonizm, rozhamowanie i psychotyzm. Ocenia się również intrapersonalne (tożsamość i samosterowalność) oraz interpersonalne (empatia i intymność) elementy funkcjonowania osobowości. Proponuje się także kryteria diagnostyczne sześciu (spośród dziesięciu wcześniej uwzględnionych tradycyjnych zaburzeń osobowości) specyficznych zaburzeń osobowości i zaburzeń osobowości określonych przez cechy (PDTS – *personality disorders trait specified*). Specyficzne zaburzenia osobowości (antysocjalne, unikające, z pogranicza, narcystyczne, obsesyjno-kompulsyjne i schizotypowe) zdefiniowane zostają poprzez typowe dla nich upośledzenie w zakresie funkcjonowania osobowości i obecność typowych cech patologicznych. Analiza kryteriów diagnostycznych zaburzeń osobowości zawartych w DSM-5 wykazała, że: (a) cechy nieskonkretyzowane czasami przyczyniały się w istotnym stopniu do stanowienia zapowiedzi pewnych zaburzeń osobowości i (b) cechy skonkretyzowane często odnosiły się do licznych zaburzeń osobowości (Yam, Simms, 2014). Dlatego też zgodnie z kryteriami zawartymi w DSM-5 analizuje się również, w jakim stopniu objawy pacjenta pasują do obrazu kilku prototypowych zaburzeń osobowości, przy czym kryteria, którymi diagnosta kieruje się przy ocenie, wynikają bezpośrednio z wymiarów cech osobowości. Przyjmuje się, że zaproponowany w DSM-5 sposób czy też proces dokonywania diagnozy jest bardziej rzetelny, a przez to pozwala na zachowanie większej

trafności. Warto zatem w tym miejscu nawiązać do badań przeprowadzonych przez Morey i Skodola (2013), którzy dokonali konwergencji klasyfikacji, prosząc o opinię klinicystów pracujących w placówkach zdrowia psychicznego. Klinicyści oceniali już leczonego pacjenta z zastosowaniem modeli, opartych na cechach i kryteriach, a uzyskane rezultaty dowiodły, że zgodność kryteriów diagnostycznych zawartych w DSM-IV i DSM-5 wynosi 0,75. Jednakże, jak zwracają uwagę Yam i Simms (2014) podejście Morey i Skodola ograniczone było do raportów dotyczących symptomatologii zebranych wyłącznie od klinicystów. Badanie z perspektywy pacjenta natomiast, stanowiłoby znaczące ich zdaniem poszerzenie wiedzy klinicznej. Z kolei analizy teoretyczne i empiryczne przeprowadzone przez Morey, Skodola i Oldhama (2014) wykazały, że klinicyści uznają model, zawarty w treści Sekcji III DSM-5 za mający w istotnie większym stopniu przydatność kliniczną, niż model zawarty w treści DSM-IV. I tak, system oceniania cech patologicznych postrzegany był jako bardziej przydatny w odniesieniu do zapewnienia globalnego opisu osobowości, komunikacji z klientami i krewnymi, wszechstronnego opisu ważnych problemów osobowościowych oraz w planowaniu leczenia. W związku z powyższym coraz częściej zwraca się także uwagę na kwestię związaną z trafnością oceny patologii osobowości w obszarze psychologii sądowej, przywiązując coraz większą wagę zarówno do wiedzy teoretycznej, jak również do metodologii i umiejętności praktycznych osób opiniujących.

Zaburzenia osobowości a wyzwania opiniowania sądowo-psychologicznego

Zaburzenia osobowości stanowią niezmiennie przedmiot zainteresowania psychiatrii i psychologii sądowej od wielu lat, co wiąże się przede wszystkim z ich bardzo częstym utożsamianiem z zachowaniami agresywnymi i przestępczymi. Taki pogląd doprowadził jednak do licznych uproszczeń metodologicznych i diagnostycznych. Nie ulega jednak wątpliwości, iż częstotliwość występowania zaburzeń osobowości w populacji osób naruszających prawo jest szczególnie wysoka, a zagrożenie dla porządku prawnego, jakie stwarzają osoby z zaburzeniami osobowości, trudno porównać z jakimikolwiek innymi, z wyjątkiem dysfunkcji psychoseksualnych (Gierowski, 2013; Pastwa-Wojciechowska, 2013).

Rozwój psychologii sądowej spowodował konieczność wypracowania specyficznej metodologii i procedury diagnostycznej, uwzględniającej charakter problemu prawnego, którego dotyczą. Należy także zaznaczyć, że zróżnicowana problematyka psychologii sądowej odwoływać się musi do różnych działów psychologii oraz opierać się na odrębnych konstrukcjach teoretycznych. Dlatego też, analizując główne problemy metodologiczne sądowej diagnozy psychologicznej, należy uwzględnić zróżnicowany zarówno pod względem prawnym, jak i diagnostyczno-metodologicznym charakter podstawowych zadań opiniodawczych (Gierowski, 2013). W zależności od rodzaju i typu opinii, biegły psycholog musi też uwzględnić specyfikę problemu diagnostycznego, w tym zwłaszcza jego retrospektywny bądź prognostyczny charakter. Musi także brać pod uwagę pojęcia prawne i definicje,

które stanowią specyficzne ramy określające zakres i przedmiot diagnozowanych zjawisk i procesów psychicznych. Należy jednak podkreślić, że pojęcia te często oparte są na poglądach tradycyjnych, a chwilami wręcz historycznych, przez co nie odpowiadają zasadom nowoczesnej diagnostyki psychiatryczno-psychologicznej.

Opiniowanie sądowo-psychologiczne stanowi w ostatnim czasie przedmiot szczególnego zainteresowania zarówno samych specjalistów, jak również opinii społecznej. Zainteresowanie to wiąże się przede wszystkim z trafnością postępowania diagnostycznego, aczkolwiek motywy towarzyszące każdej z wyżej wymienionych grup są odmienne. I tak, profesjonaliści dążą do opracowania lepszych i bardziej trafnych kryteriów diagnostycznych opartych na ocenie przydatności klinicznej sformułowanych przez nich rozpoznań, podczas gdy w percepcji społecznej chodzi o odbiór działania specjalistów, który byłby zgodny z poczuciem sprawiedliwości społecznej. Dlatego też stawia się pytanie o miejsce zaburzeń osobowości w praktyce opiniowania sądowo-psychologicznego, a także, a może przede wszystkim, o ocenę trafności kryteriów diagnozy zaburzeń osobowości, w tym o implikacje wynikające z częstotliwości ich stosowania.

Ocena psychologiczna osób podejrzanych o popełnienie przestępstwa czy też za nie skazanych nastrocza pewnych trudności. I tak, podkreśla się, że niektórzy spośród podsądnych celowo nie ujawniają wszystkich informacji (np. o popełnionych przez nich przestępstwach), jeżeli przypuszczają, że ich ujawnienie będzie mieć negatywne konsekwencje dla końcowego rozstrzygnięcia ich sprawy przez wymiar sprawiedliwości, ewentualnie dla proponowanych im form leczenia bądź warunków odbywania kary pozbawienia wolności (Ganellen, 2007; Pastwa-Wojciechowska, 2004, 2014). Ponadto, wielu pacjentów, skierowanych przez sąd na badania w związku z opiniowaniem sądowo-psychologicznym, usiłuje wywrzeć dobre wrażenie na innych, demonstrując reakcję społecznie pożądaną lub prezentuje nadmiernie pozytywny obraz samych siebie (Haywood, Grossman, Hardy, 1993; Pastwa-Wojciechowska, 2004, 2014; Sieswerda, Arntz, Wolfis, 2005). Może także wystąpić zjawisko odwrotne – pacjenci, skierowani przez sąd, mogą symulować różne symptomy czy objawy, aby uniknąć winy lub odpowiedzialności za popełnione czyny (Gierowski, Paprzycki, 2013; Pastwa-Wojciechowska, 2013).

Próby rozwiązań diagnostycznych – oczekiwania a rzeczywistość

Uwzględniając podnoszone w literaturze przedmiotu kwestie odnoszące się do opisanych wcześniej problemów diagnostycznych, prób ich rozwiązania poszukuje się w opracowaniu skutecznej metodologii badań z punktu widzenia opiniowania sądowo-psychologicznego. Metody samoopisowe powszechnie stosowane w psychologii klinicznej i sądowo-penitencjarnej mierzą nie tylko zakres patologii osobowości, ale także pomagają w identyfikowaniu czynników ryzyka i czynników ochronnych, które pozwalają wyjaśnić zachowania przestępcze (Keulen-de-Vos i in., 2011). Innymi słowy, wszelkie kontrowersje wokół pojęcia zaburzeń osobowości czy to wynikające z kwestii terminologicznych, czy też dotyczące zagadnień ich opisu i diagnozy, paradoksalnie przyczyniają się do poszukiwania odpowiedzi na pytania o pojęcie normy i patologii. W przypadku osób z zaburzeniami osobowości

stosunkowo rzadko przeprowadzane są badania zachowań, które mogą stanowić, bezpośrednio lub w dalszej perspektywie, zagrożenie dla zdrowia psychicznego i fizycznego (Pastwa-Wojciechowska, 2014). W badaniach zdrowia psychicznego można spotkać próby uporządkowania szerokiego wachlarza stosowanych miar zaburzeń zdrowia poprzez wprowadzenie podziału na dwie zasadnicze kategorie, określane jako wskaźniki eksternalizacyjne (*externalizing*) i internalizacyjne (*internalizing*). Pierwsza z tych grup obejmuje zachowania związane z agresją, przemocą, łamaniem norm życia społecznego, zachowaniami przestępczymi, używaniem substancji psychoaktywnych. Druga grupa wskaźników opisuje problemy wewnętrzne, emocjonalne, głównie zaburzenia depresyjne i lękowe, nadmierny stres i inne problemy (Bobrowski, Czabała, Brykczyńska, 2005). Warto także zaznaczyć, że metody diagnostyczne są również przydatne do planowania działań terapeutycznych, tak aby były one jak najlepiej dostosowane do badanych osób (McKeeman, Erickson, 1997; Hollin, 2001).

Inną coraz częściej stosowaną strategią w opiniowaniu sądowo-psychologicznym, a także penitencjarno-psychologicznym jest opieranie diagnoz zaburzeń osobowości na informacjach dostarczonych przez kompetentnych profesjonalistów (Keulen-de-Vos i in., 2011) bądź na uzupełnianiu wywiadów diagnostycznych informacjami z dokumentacji pacjentów (Nieberding, Moore, Dematatis, 2002). Takie podejście pozwala na skonfrontowanie treści podawanych przez pacjenta z innymi źródłami informacji, co ma służyć obiektywizacji pozyskiwanych danych. Należy także zaznaczyć, że w przypadku zaburzeń osobowości brak jest powszechnego systemu ich pomiaru, albowiem badacze używają różnych ocen i procedur diagnostycznych, w większości niepowiązanych ze sobą wzajemnie koncepcyjnie i empirycznie. Jako przykład można tu podać *The Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R), będące narzędziem pozwalającym na rzetelny i trafny pomiar psychopatii zgodnie z tradycją kliniczną, uwzględniającą zarówno cechy osobowości, jak i specyficzne wzorce zachowania (Hare, 2003). Wykorzystywane w procedurze informacje uzyskiwane są w toku obserwacji osoby badanej (oceny stylu interakcji, spójności stylu życia, cech osobowości, zachowania), wywiadu z nią (na temat edukacji, zatrudnienia, rodziny, relacji interpersonalnych, zachowań w okresie dojrzewania oraz zachowań antysocjalnych) oraz z analizy dokumentacji. Zalecane jest uwzględnianie danych pochodzących ze wszystkich tych źródeł (Hare, 2003; Pastwa-Wojciechowska, 2004; Groth, 2010).

Innymi słowy, obie te metody, czyli pozyskiwanie informacji od profesjonalistów bądź uzupełnianie wywiadów diagnostycznych informacjami z dokumentacji pacjentów mogą udoskonalić poprawność diagnozowania zaburzeń osobowości w kontekście postępowania sądowego. Niemniej jednak zauważano też pewne ich ograniczenia związane z uzyskiwaniem informacji od pacjentów (Oltmanns, Turkheimer, 2006). Jak wskazują dotychczasowe badania, profesjonalści w porównaniu z osobami badanymi wskazują na większą liczbę patologii z zakresu zaburzeń osobowości niż ta, która pojawia się w treści metod samoopisowych (Keulen-de-Vos i in., 2011). Taki wynik nie powinien jednak, jak się wydaje, budzić wątpliwości, bowiem pacjenci mają inny cel w ujawnianiu informacji o sobie, a także może być

im trudno oceniać własne cechy i stany również w zależności od prezentowanego zaburzenia osobowości. Profesjonaliści skoncentrowani są natomiast na opisie prezentowanych przez badane (opiniowane) przez nich osoby, co wynika także z celu przyjętych przez nich działań diagnostycznych. Wskazuje się także, że osoby badane dokładniej identyfikują czy też opisują własną internalizację psychopatologii dotyczącą emocji bądź procesów poznawczych, natomiast profesjonaliści bardziej koncentrują się na eksternalizacji patologii, czyli aspektach związanych z czynnikami interpersonalnymi i behawioralnymi w odniesieniu do osób badanych (Oltmanns, Turkheimer, 2006; Bradley i in., 2007; Keulen-de-Vos i in., 2011).

Osobami udzielającymi informacji o badanych (pacjentach) mogą być także osoby z najbliższego otoczenia, dlatego też wartość informacji udzielanych przez innych uzależniona jest od natury i bliskości relacji między pacjentem a „informatorem” (Oltmanns, Turkheimer, 2006), jak również od stopnia wglądu w sytuację i od dokładności w rozpoznawaniu patologii zaburzeń osobowości (Zimmerman, 1994).

Keulen-de-Vos i współpracownicy (2011) wspominają o dwóch badaniach, w których wykorzystywano raporty od profesjonalistów dla potrzeb oceny zaburzeń osobowości lub koncepcji z nią powiązanych w kontekście postępowania sądowego. I tak, Allard i Grann (2000) próbowali udzielić odpowiedzi na pytanie, czy perspektywy pacjenta, skierowanego przez sąd na leczenie szpitalne oraz osoby udzielającej informacji o pacjencie były odmienne w zakresie zaburzeń osobowości. W badaniu tym zarówno pacjenci, jak i personel szpitalny, rekrutujący się spośród personelu pielęgniarskiego, wypełniali narzędzie znane jako DIP-Q autorstwa Ottosson i współpracowników (1995). Rezultaty wykazały niski poziom zgodności między pacjentami i profesjonalistami w przypadku większości zaburzeń osobowości, wymienionych w treści klasyfikacji DSM-IV, gdzie generalnie profesjonaliści oceniali pacjentów jako wykazujących więcej patologii osobowości, niż sami pacjenci dostrzegali ich w swoim własnym przypadku. Największy poziom zgodności odnotowano natomiast w przypadku zaburzeń osobowości wymienionych w Wiązce B (antyspołeczne, narcystyczne, histrioniczne i borderline zaburzenia osobowości). W drugim badaniu, przeprowadzonym przez Lobbstael i współpracowników (2009), zostały porównane raporty wypełniane przez pacjentów i terapeutów, a dotyczące obserwowanych u pacjentów trybów schematów oraz stanów emocjonalnych, które uznawane są jako kluczowe dla patologii zaburzeń osobowości w terapii schematu Younga. I tak, pacjenci skierowani przez sąd, a przebywający w szpitalu oraz ich terapeuci wypełniali krótką wersję Inwentarza Trybów Schematów (ITS; Young i in., 2007, za: Keulen-de-Vos i in., 2011). Uzyskane rezultaty badań wykazały, że pacjenci skierowani przez sąd, a cierpiący na zaburzenia osobowości, zgłaszali mniejszą liczbę stylów schematów, świadczących o nieprzystosowaniu, i więcej zdrowych stylów w porównaniu z rezultatami ich oceniania ratingowego przez terapeutów (Lobbstael i in., 2009). Badania te dostarczają argumentów na poparcie tezy, że profesjonaliści, którzy mają regularny kontakt z pacjentem – zgłaszają więcej patologii w zakresie zaburzeń osobowości niż sami pacjenci skierowani przez sąd. Zdaniem Keulen-de-Vos i współpracowników (2011) jedno pytanie wciąż pozostaje bez odpowiedzi, a mianowicie, czy rozbieżności między perspekty-

wami pacjenta i informatora zmieniają się z upływem czasu w przypadku leczenia, na które pacjent został skierowany przez sąd. Jeżeli leczenie takie jest skuteczne, pacjenci i profesjonaliści mogą oczekiwać pojawienia się zbieżności w postrzeganiu patologii pacjenta. Opisana prawidłowość najprawdopodobniej wynika z faktu, że pacjenci mogą uzyskiwać lepszy wgląd w ocenę swoich zaburzeń osobowości, a jednocześnie bardziej realistycznie oceniać istnienie dotyczących ich trudności w zakresie kontaktów interpersonalnych, co też ich poglądy czy też oceny czyni podobnymi do poglądów terapeutów. Z drugiej strony, jeżeli poglądy pacjentów i informatorów nie staną się zbieżne, mogłoby to oznaczać, że pacjenci nadal wykazują brak obiektywizmu z tendencją do umniejszania w raportach swoich własnych patologii w zakresie zaburzeń osobowości, lub że informatorzy wykazują utrzymujący się brak obiektywizmu z tendencją do wyolbrzymiania patologii, występującej w przypadku pacjenta (Keulen-de-Vos i in., 2011).

W tym miejscu pragnę odwołać się do rezultatów badań uzyskanych przez Keulen-de-Vos i współpracowników (2011), którzy na podstawie wcześniej cytowanych badań oraz analizy literatury przedmiotu zaprojektowali badanie poświęcone znalezieniu odpowiedzi na pytanie, czy w kontekście postępowania sądowego pacjenci i profesjonaliści różnią się sposobem postrzegania symptomów zaburzeń osobowości oraz czy ich sposób postrzegania tych symptomów zmienia się wraz z czasem trwania terapii. Badanie zostało przeprowadzone w trzech centrach psychiatrii sądowej na terenie Holandii wykorzystujących system terapii TBS (*terbeschikkingstelling*), czyli terapii behawioralnej. Zgodnie z przyjętymi założeniami systemu sędzia orzeka o umieszczeniu osoby w placówkach TBS po zasięgnięciu opinii psychiatry i psychologa. Przeciętna długość pobytu w klinikach TBS wynosi 8,5 roku, w trakcie którego pacjenci uczestniczą w multimodalnym systematycznym planie leczenia, obejmującym terapię, szkolenie zawodowe i inne formy pomocy (Keulen-de-Vos i in., 2011; Gierowski, Paprzycki, 2013). Wśród pacjentów leczonych w holenderskich klinikach TBS znajdują się tacy, u których najbardziej rozpowszechnione są: zaburzenia osobowości, zaburzenia psychotyczne, zaburzenia na tle seksualnym (np. parafilie) i opóźnienie w rozwoju intelektualnym. W prezentowanych badaniach udział wzięło 24 pacjentów płci męskiej, cierpiących na zaburzenia osobowości wymienione w Wiązce B, przy czym 87,5% ($n = 21$) zostało zdiagnozowanych jako osoby cierpiące na antyspołeczne zaburzenia osobowości, 33,3% ($n = 8$) jako osoby cierpiące na zaburzenia osobowości typu *borderline*, a 20,8% ($n = 5$) jako osoby cierpiące na narcystyczne zaburzenia osobowości. Dziesięciu pacjentów (41,7%) zostało zdiagnozowanych jako osoby z więcej niż 1 zaburzeniem osobowości: sześciu pacjentów zdiagnozowano jako osoby, u których współwystępują zarówno antyspołeczne zaburzenia osobowości, jak i zaburzenia osobowości typu *borderline*, a czterech jako osoby, u których współwystępują antyspołeczne i narcystyczne zaburzenia osobowości. Uzyskane rezultaty badań potwierdziły przypuszczenie autorów badań, że pacjenci i profesjonaliści (terapeuci, pielęgniarki psychiatryczne i koordynatorzy leczenia), którzy mieli regularne kontakty z pacjentami, różnili się w swoich raportach na temat patologii osobowości pacjentów. Z wyjątkiem zmiennej pozytywnego usposobienia (wymiar

reprezentujący indywidualne różnice w zakresie, w którym osoba doświadcza pozytywnych nastrojów, którym towarzyszą wyższy poziom aktywności i czujności, jak również uczucie optymizmu i entuzjazmu), pacjenci konsekwentnie zgłaszali mniej patologii osobowości, niż czynili to profesjonaliści. Wielkość tych różnic była często bardzo duża, co świadczy o tym, że pacjenci i profesjonaliści mieli odmienne poglądy, dotyczące patologicznych cech osobowości pacjentów. Ponadto, różnice te nie ulegały zmianom w okresie pierwszych 18 miesięcy psychoterapii, ale utrzymywały się pomimo faktu, że zarówno pacjenci, jak i profesjonaliści zgłaszali spadającą liczbę cech osobowości patologicznej z upływem czasu. Dokonując analizy uzyskanych rezultatów badań, Keulen-de-Vos i współpracownicy (2011) konkludują, że na ich podstawie trudno udzielić jednoznacznej odpowiedzi, co decyduje o rozbieżnościach w spostrzeganiu patologii osobowości – czy pacjenci, skierowani przez sąd, nie poświęcają dostatecznej uwagi składaniu raportów na temat swoich patologii osobowości, czy też profesjonaliści przeceniają zakres patologii w przypadku swoich pacjentów. Niemniej jednak, zdaniem autorów, rezultaty ich badań pozostają w zgodności z doniesieniami innych badaczy (Hillbrand, 1995; Keulen-de-Vos i in., 2011), którzy także zauważają, że pacjenci, skierowani przez sąd, często minimalizują występujące u nich objawy psychopatologiczne. Przyjmuje się założenie, że pacjenci, obawiając się konsekwencji przyznania się do problemów ze zdrowiem psychicznym starają się manipulować wrażeniem prawidłowego funkcjonowania psychicznego (Keulen-de-Vos i in., 2011), co może być także związane z kontekstem postępowania sądowego (Sainsbury, Krishan, Evanc, 2004). Zwraca się także uwagę na jeszcze jeden aspekt, a mianowicie, że część profesjonalistów może być nieobiektywna, a tym samym nastawiona negatywnie do swoich pacjentów, koncentrując się wyłącznie na dostrzeganiu większego nasilenia symptomów patologii, niż rzeczywiście one występują. Może się to wiązać z kryminalną przeszłością i aktualną sytuacją prawną pacjentów, co może prowadzić profesjonalistów do przyjęcia założenia, że zachowanie ich pacjentów jest bardziej patologiczne niż rzeczywiście obserwowane symptomy.

Problem współwystępowania zaburzeń a trafność diagnoz

Należy zwrócić uwagę na jeszcze jeden aspekt, mogący utrudniać trafność diagnozy klinicznej zaburzeń osobowości, w tym również w opiniowaniu sądowo-psychologicznym, a mianowicie na ich współwystępowanie (*comorbidity*) z innymi jednostkami psychopatologicznymi. Podkreśla się, że zaburzenia osobowości bardzo często współwystępują z innymi zaburzeniami psychicznymi, takimi jak: schizofrenia, zespoły urojeniowe, zaburzenia afektywne czy uzależnienia od środków psychoaktywnych. Zjawisko współwystępowania zaburzeń osobowości z innymi jednostkami diagnostycznymi spotyka się w ostatnich latach z dużym zainteresowaniem klinicystów, ponieważ etiologia i patogeneza większości zaburzeń osobowości definiowanych przez współczesną psychiatrię budzi wiele kontrowersji dotyczących trafności i zgodności diagnoz dokonywanych przez profesjonalistów. W związku z powyższym współwystępowanie zaburzeń jest opisywane jako koncepcja pozwalająca na bardziej precyzyjny, a przede wszystkim trafniejszy diagno-

stycznie opis psychopatologii występującej u danego pacjenta w założonym okresie czasu. Prowadzone badania kliniczne oraz analizy teoretyczne trafności kryteriów diagnostycznych dowiodły współwystępowania uzależnienia od alkoholu z osobowością antyspołeczną/psychopatyczną i zaburzeń osobowości borderline, zaburzeń afektywnych z osobowością zależną, masochistyczną czy narcystyczną, natomiast niektóre postaci schizofrenii współwystępują ze schizotypowym zaburzeniem osobowości. Zwrócono także uwagę, że wzajemne nakładanie się, jak również przenikanie symptomów różnych zaburzeń psychicznych powoduje, że postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne obarczone jest licznymi trudnościami i wyzwaniem (Cierpiałkowska, 2004; Pastwa-Wojciechowska, 2004, 2013; Cierpiałkowska, Soroko, 2014). Skutkować to może opisanymi wcześniej błędami diagnostycznymi, ale także wskazuje na potrzebę posiadania przez klinicystów rozległej wiedzy psychopatologicznej. Nieumiejętność wiązania różnych objawów bądź podobnych objawów z różnych jednostek diagnostycznych może prowadzić do błędnych rozpoznań. Zwraca się także uwagę, że pojęcie współwystępowania zaburzeń, jak wskazują rozważania teoretyczne oraz badania kliniczne i epidemiologiczne, mogą okazać się niezwykle przydatne w analizie etiologii i rozwoju zaburzeń osobowości.

Autorzy Grabski i Gierowski (2012) zwracają natomiast uwagę na jeszcze jeden aspekt – mianowicie podkreślają, że aktualnie występujące kryteria diagnostyczne zaburzeń osobowości wykazują absurdalnie wysoki wskaźnik współwystępowania zaburzeń, co oznacza, że większość pacjentów spełnia kryteria więcej niż jednego zaburzenia. Chciałabym także zaakcentować znaczenie w diagnozie zaburzeń osobowości jeszcze jednej koncepcji, odwołującej się do kategorii *lifetime comorbidity*. Zgodnie z tą koncepcją przyjmuje się, że może być ona uzupełnieniem spojrzenia na indywidualną psychopatologię z perspektywy rozwojowej (Wittchen, 1996; Jacobi i in., 2004).

W literaturze przedmiotu podkreśla się także potencjalną użyteczność kategorii współwystępowania zaburzeń w analizie zachowania i planowaniu interwencji terapeutycznych (Wittchen, 1996; Jacobi i in., 2004). Bez względu na toczące się dyskusje, zrozumienie istoty współwystępowania jak i diagnozy różnicowej jednostek diagnostycznych jest niezwykle ważne dla skutecznego leczenia, terapii i właściwej profilaktyki, ale także może rodzić wiele problemów opiniodawczych związanych z opracowywaniem opinii sądowo-psychologicznych.

Podsumowanie – co dalej z opiniowaniem sądowo-psychologicznym zaburzeń osobowości

Zwiększające się zapotrzebowanie wymiaru sprawiedliwości na profesjonalne i zgodne ze standardami współczesnej nauki opiniowanie sądowo-psychologiczne wynika z jednej strony z przeobrażeń teoretyczno-metodologicznych zachodzących zarówno w samej psychologii, jak również w pokrewnych naukach, z drugiej jest następstwem wzrastających oczekiwań wymiaru sprawiedliwości co do jakości i poprawności otrzymywanych opinii. Dlatego też wciąż dąży się do poszukiwania metod, za pomocą których można byłoby w sposób bardziej precyzyjny i obiektyw-

ny dokonywać oceny osób opiniowanych na potrzeby wymiaru sprawiedliwości. Jak zostało to przedstawione powyżej – proponuje się rozwiązania polegające z jednej strony na obiektywizacji kryteriów diagnostycznych, z drugiej zaś na tworzeniu takich metod diagnozy, które umożliwiałyby pozyskiwanie danych o pacjencie zarówno z testów psychologicznych, jak również od osób z nim przebywających (personelu medycznego czy rodziny). Pomimo podejmowanych działań klinicznych i metodologicznych nadal istnieje rozbieżność w postrzeganiu patologii przez pacjentów i profesjonalistów. Wyjaśniając to zjawisko, przyjmuje się następujące założenia: a) być może pacjenci nie poświęcają dostatecznej uwagi składaniu raportów na temat swoich patologii osobowości lub b) profesjonalści przeceniają zakres patologii w przypadku swoich pacjentów. Nadal jednak brak prac nad zgodnością percepcji zaburzeń osobowości pacjentów i członków ich rodzin. Przedstawione rozważania dotyczące aspektów klinicznych i metodologicznych w diagnostyce psychologiczno-sądowej zaburzeń osobowości zmierzają do tworzenia interdyscyplinarnych, kompleksowych modeli diagnostycznych, odnoszących się zarówno do diagnozy retrospektywnej, jak i w sytuacjach mających charakter sądów i opinii ewidentnie prognostycznych.

Literatura cytowana

- Ackerman, M.J. (2005). *Podstawy psychologii sądowej*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Allard, K., Grann, M. (2000). Personality disorders and patient-informant concordance on DIP-Q self-report in a forensic psychiatric inpatient setting. *Nordic Journal of Psychiatry*, 54 (3), 195-200.
- Balsis, S., Lowmaster, S., Cooper, L.D., Benge, J.F. (2011). Personality disorder diagnostic thresholds correspond to different levels of latent pathology. *Journal of Personality Disorders*, 25, 115-127.
- Bobrowski, K.J., Czabała, J.Cz., Brykczyńska, C. (2005). Zachowania ryzykowne jako wymiar oceny stanu zdrowia psychicznego młodzieży. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14, 4, 285-292.
- Boddy, C.R. (2011a). The Corporate Psychopaths Theory of the Global Financial Crisis. *Journal of Business Ethics*, 255-259.
- Boddy, C.R. (2011b). *Corporate Psychopaths. Organisational Destroyers*. New York: Palgrave Macmillan.
- Bradley, R., Hilsenroth, M., Guarnaccia, C., Westen, D. (2007). Relationship between clinician assessment and self assessment of personality disorders using the SWAP-200 and PAI. *Psychological Assessment*, 19 (2), 225-229.
- Cierpiałkowska, L. (red.) (2004). *Psychologia zaburzeń osobowości. Wybrane zagadnienia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Cierpiałkowska, L., Soroko, E. (red.) (2014). *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- De Ruitter, C., Greeven, P.G. (2000). Personality disorders in a Dutch forensic sample: convergence of interview and self-report measures. *Journal of Personality Disorders*, 14, 160-172.

- Ganellen, J.R. (2007). Assessing normal and abnormal personality functioning: Strengths and weaknesses of self-report, observer, and performance-based methods. *Journal of Personality Assessment*, 89 (1), 30-40.
- Gierowski, J.K. (2000). Rola zaburzeń osobowości sprawcy w diagnostyce procesów motywacyjnych. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 9, 2 (10), 203-211.
- Gierowski, J.K. (2013). Opiniowanie kompleksowe – nowe zadania i dziedziny współpracy diagnostycznej psychologa sądowego. *Problems of Forensic Sciences*, 93, 371-390.
- Gierowski, J.K., Paprzycki, L.K. (2013). *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materiałne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
- Grabski, B., Gierowski, J.K. (2012). Zaburzenia osobowości – różne spojrzenia i próby ich integracji. *Psychiatria Polska*, 5, 829-844.
- Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Ruan, W.J. (2005). Co-occurrence of DSM-IV personality disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 1-5.
- Groth, J. (2010). *Oblicza psychopatii. Obraz kliniczny i kategorie diagnostyczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Gunderson, J.G., Stout, R.L., McGlashan, T.H., Shea, M.T., Morey, L.C., Grilo, C.M., Zanarini, M.C., Yen, S., Markowitz, J.C., Stanislow, C., Ansell, E., Pinto, A., Skodol, A.E. (2011). Ten year course of borderline personality disorder: Psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Archives of General Psychiatry*, 68, 827-837.
- Hare, R.D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised. Manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Haywood, T.W., Grossman, L.S., Hardy, D.W. (1993). Denial and social desirability in clinical evaluations of alleged sex offenders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(3), 183-188.
- Hildebrand, M., de Ruiter, C. (2004). PCL-R psychopathy and its relation to DSM-IV Axis I and II disorders in a sample of male forensic psychiatric patients in the Netherlands. *International Journal of Law and Psychiatry*, 27 (3), 233-248.
- Hillbrand, M. (1995). Aggression against self and aggression against others in violent psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (4), 668-671.
- Hollin, C.R. (red) (2001). *Handbook of offender assessment and treatment*. New York: John Wiley.
- Hyman, S.E. (2010). The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 155-179.
- Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N., Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 1-15.

- Jakubik, A. (1997). *Zaburzenia osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Johansen, M., Karterud, S., Pedersen, G., Gude, T., Falkum, E. (2004). An investigation of the prototype validity of the borderline DSM-IV construct. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 289-298.
- Keulen-de-Vos, M., Bernstein, D.P., Clark, L.A., Arntz, A., Lucker T.P.C., de Spa, E. (2011). Patient versus informant reports of personality disorders in forensic patients. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 22 (1), 52-71.
- Leue, A., Borchard, B., Hoyer, J. (2004). Mental disorders in a forensic sample of sexual offenders. *European Psychiatry*, 19, 123-130.
- Lobbstaël, J., Arntz, A., Löbbs, A., Cima, M. (2009). A comparative study of patients and therapists' reports of schema modes. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 571-579.
- McKeeman, J.L., Erickson, M.T. (1997). Self and informant ratings of SCID-II personality disorder items for non-referred college women: Effects of item and participant and participant characteristics. *Journal of Clinical Psychology*, 53 (6), 523-533.
- Morey, L.C., Hopwood, C.J., Gunderson, J.G., Zanarini, M.C., Skodol, A.E., Shea, M.T., Yen, S., Stout, R.L., Grilo, C.M., Sanislow, C.A., McGlashan, T.H. (2007). Comparison of diagnostic models for personality disorders. *Psychological Medicine*, 37, 983-994.
- Morey, L.C., Hopwood, C.J., Markowitz, J.C., Gunderson, J.G., Grilo, C.M., McGlashan, T.H., Shea, M.T., Yen, S., Stanislow, C.A., Ansell, E.B., Skodol, A.E. (2012). Comparison of alternative models for personality disorders, II: 6-, 8- and 10-year follow-up. *Psychological Medicine*, 42, 1705-1713.
- Morey, L.C., Skodol, A. (2013). Convergence between DSM-IV-TR and DSM-5 diagnostic models for personality disorder: Evaluation of strategies for establishing diagnostic thresholds. *Journal of Psychiatric Practice*, 19, 179-193.
- Morey, L.C., Skodol, A.E., Oldham, J.M. (2014). Clinician Judgments of Clinical Utility: A Comparison of DSM-IV-TR Personality Disorders and the Alternative Model for DSM-5 Personality Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 123, 2, 398-405.
- Nieberding, R.J., Moore, J.T., Dematatis, A.P. (2002). Psychological assessment of forensic psychiatric outpatients. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 46 (3), 350-363.
- Oltmanns, T.F., Turkheimer, E. (2006). Perceptions of self and others regarding pathological personality traits. W: R.F. Krueger, J. Tackett (red.), *Personality and psychopathology: Building bridges* (s. 71-111). New York: The Guilford Press.
- Ottosson, H., Bodlund, O., Ekselius, von Knorring, L., Kullgren, G., Lindstrom, E. et al. (1995). The DSM-IV and ICD-10 personality questionnaire (DIP-Q). Construction and preliminary validation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 49, 285-292.
- Pastwa-Wojciechowska, B. (2004). *Naruszanie norm prawnych w psychopatii. Analiza kryminologiczno-psychologiczna*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.

- Pastwa-Wojciechowska, B. (2013). *Psychopaci – sprawcy przestępstw seksualnych*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Pastwa-Wojciechowska, B. (2014). Psychopatyczne/antyspołeczne zaburzenia osobowości. W: L. Cierpiąłkowska, E. Soroko (red.), *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej* (s. 214-234). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Perik, H. (1998). Holandia – TBS: program psychiatrii sądowej. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 7, supl. 3 (8), 85-86.
- Poznaniak, W. (2000). Błędy w diagnozowaniu sądowo-psychiatrycznym i psychologicznym widziane z perspektywy procesów spostrzegania społecznego. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 9, supl. 4 (12), 85-91.
- Sainsbury, L., Krishnan, G., Evans, C. (2004). Motivating factors for male forensic patients with personality disorder. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 14 (1), 29-38.
- Sieswerda, S., Arntz, A., Wolfis, M. (2005). Evaluations of emotional noninterpersonal situations by patients with borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 209-225.
- Wittchen, H.-U. (1996). Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168 (supl. 30), 9-16.
- Yam, W.H., Simms, L.J. (2014). Comparing Criterion- and Trait-Based Personality Disorder Diagnoses in DSM-5. *Journal of Abnormal Psychology*, 123, 4, 802-808.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B., Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: A 16-year prospective follow-up study. *The American Journal of Psychiatry*, 169, 476-483.
- Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders: a review of issues and research methods. *Archives of General Psychiatry*, 51, 225-245.
- Zimmerman, M., Chelminski, I., Young, D., Dalrymple, K., Martinez, J., Morgan, T.A. (2012). Which DSM-IV personality disorders are most strongly associated with indices of psychosocial morbidity in psychiatric outpatients? *Comprehensive Psychiatry*, 53, 940-945.

Streszczenie. Artykuł stanowi przegląd współczesnej dyskusji na temat zaburzeń osobowości i ich roli w sądowej diagnozie psychologicznej. Dyskusja koncentruje się na następujących aspektach: 1) trudnościach i wyzwaniach diagnostycznych zaburzeń osobowości; 2) miejscu i roli zaburzeń osobowości w opiniowaniu sądowo-psychologicznym; 3) przedstawieniu współczesnej metodologii diagnozowania zaburzeń osobowości oraz 4) współwystępowaniu zaburzeń a trafności diagnozy. Pomimo że zaburzenia osobowości wciąż stanowią najliczniejszą grupę wśród zaburzeń diagnozowanych u osób wchodzących w konflikt z prawem, to nadal stanowią wyzwanie diagnostyczne dla klinicystów. Problem dotyczy zarówno kryteriów diagnostycznych ujętych w modelach medycznych, jak również metod, za pomocą których można dokonywać ich oceny i opisu. Dlatego też wciąż dąży się do poszukiwania metod, za pomocą których można byłoby w sposób bardziej precyzyjny i obiektywny dokonywać oceny osób opiniowanych na potrzeby wymiaru sprawiedliwości.

Słowa kluczowe: zaburzenia osobowości, opiniowanie sądowo-psychologiczne, problemy kliniczne i metodologiczne