

deprywacji snu nie mają wpływu takie zmienne jak płeć, wiek, ilość i długość wcześniejszych hospitalizacji oraz długość i powaga wcześniejszych epizodów depresji. Zasadniczą wadą tego z pozoru bardzo obiecującego podejścia jest krótkotrwałość efektów kuracji. Nawrót objawów obserwowany jest już po pierwszej normalnie przespanej nocy.

Podsumowanie

Czas jest jednym z najważniejszych wymiarów naszego życia. Często nie zdajemy sobie sprawy, jak znaczący wpływ może mieć na naszą kondycję fizyczną i psychiczną nawet nieznaczne przesunięcie pór pewnych aktywności.

Osiągnięcia chronopsychologii pozwalają lepiej poznać i zrozumieć cykliczny aspekt funkcjonowania człowieka. Zastosowanie wiedzy chronopsychologicznej bez wątpienia służy optymalizacji środowiska życia codziennego, i całościowo przyczynia się do poprawy jakości życia w wielu sferach.

Autorka chciałaby podziękować za udzielone wsparcie merytoryczne prof. dr hab. Ryszardowi Przewłockiemu.

Marta Góra, studentka Psychologii Stosowanej Uniwersytetu Jagiellońskiego. E-mail: marta.gora@student.uj.edu.pl

EMPATIA U OSÓB O WYSOKIM NATĘŻENIU CECH PSYCHOPATYCZNYCH

Katarzyna Różycka (Kraków)

Pojęcie empatii jest jednym z najczęściej dyskutowanych we współczesnej psychologii. Jest ona podstawowym warunkiem relacji terapeutycznej oraz składową inteligencji emocjonalnej, uważanej przez wielu praktyków i teoretyków za najważniejszą kompetencję w XXI wieku. Jednakże wciąż wiele osób zadaje sobie pytanie, czym tak naprawdę jest to zjawisko i czy możliwe jest jego ściśle zdefiniowanie i opisanie.

Źródłem słowa empatia jest grecki wyraz *em-pathes* oznaczający „doznawanie”, „wzruszanie się” lub „wczuwanie się”. Na gruncie psychologii jako pierwszy terminu tego użył E. Titchener w roku 1909, tłumacząc go jako proces psychologiczny, którego istotą jest wczuwanie się w stany psychiczne innych osób. Empatia stała się także podstawą psychologii humanistycznej, a zwłaszcza terapii Carla Rogersa skoncentrowanej na kliencie. W swojej teorii uwzględnił on kilka różnych aspektów empatii, poza samym wczuwaniem się w stany psychiczne innych osób także umiejętność komunikowania własnych uczuć oraz wrażliwość na zmieniające się odczucia klienta. Temat empatii poruszało wielu innych badaczy, nie tylko na gruncie psychologii. Zwrócono uwagę na jej dwa odmienne aspekty – stronę poznawczą, związaną z umiejętnością przyjęcia sposobu myślenia drugiej

osoby i spojrzenia na rzeczywistość z jej perspektywy (tzw. empatię zimną) oraz stronę afektywną, odnoszącą się do odczuwania stanów psychicznych innych osób i ich rozumienia (tzw. empatię gorącą).

Przez bardzo długi czas w nauce oraz potocznym myśleniu panowało przekonanie, że psychopaci nie są w stanie odczuwać empatii, a świat emocji jest im zupełnie obcy. Jednakże zwłaszcza współczesne badania, często oparte na dualistycznym rozumieniu empatii (w kategoriach poznawczych i afektywnych), wykazują, że osoby o wysokim natężeniu cech psychopatycznych są zdolne do odczuwania empatii w pewnym zakresie, a czasami robią to efektywniej niż przeciętni ludzie. W mojej pracy opieram się właśnie na tego typu badaniach. W eksperymentach tych badanymi były osoby, które nie odbywały kary więzienia i nie były leczone, nie została im także postawiona diagnoza psychiatryczna, aczkolwiek przy pomocy odpowiednich skal stwierdzono u nich wysokie natężenie cech psychopatycznych. Warto wspomnieć, że popularnym aktualnie kierunkiem w badaniach nad psychopatami jest korzystanie z próbek nieklinicznych, gdyż tym samym odrzucamy zmienne zakłócające, będące efektem długoletniego leczenia bądź uwięzienia.

Empatia u osób zdrowych

Zdolność do odczuwania empatii jest podstawą właściwego społecznego funkcjonowania. Ludzie w zróżnicowanym stopniu rozumieją cudze emocje i odczucia, ale umiejętność postawienia się w czyjejś sytuacji i spojrzenia na nią z innej niż własna perspektywy jest niezbędna do nawiązywania relacji przyjacielskich, miłosnych czy zawodowych. Jednym z struktur, które umożliwiają nam czucie tego, co druga osoba, są neurony lustrzane. Te grupy komórek nerwowych, odkryte na początku lat dziewięćdziesiątych przez G. Rizzolattiego, znajdujące się w płatach czołowym i ciemieniowym, uaktywniają się w momencie, kiedy sami wykonujemy daną czynność, obserwujemy kogoś wykonującego tę czynność, a nawet wtedy, kiedy tylko wyobrażamy sobie wykonywanie danej czynności. Działanie neuronów lustrzanych nie ogranicza się tylko do czynności motorycznych, ale obejmuje także emocje. Kiedy widzimy kogoś odczuwającego wstręt lub strach, to podobnie, jak u tej osoby, aktywuje się w naszym mózgu obszar przedni wyspy lub przedni zakręt obręczy. Efektem działania neuronów lustrzanych jest więc współodczuwanie, jeden z kluczowych elementów empatii. Jednakże, jak już wcześniej wspomniałam, empatia to nie tylko czucie tego, co druga osoba, ale także decentracja, przyjęcie czyjegoś punktu widzenia oraz zrozumienie motywów. Za ten aspekt empatii odpowiadają przyśrodkowa kora przedczołowa, górna bruzda skroniowa oraz styk skroniowo-ciemieniowy. Kiedy występują dysfunkcje w obrębie tych obszarów, niemożliwe staje się przyjęcie cudzej perspektywy, brak tzw. „teorii umysłu”, co możemy zaobserwować m.in. u osób cierpiących na zaburzenia ze spektrum autyzmu lub schizofrenię. Ponieważ w odczuwaniu empatii u osób zdrowych kluczową rolę odgrywają emocje, należy wspomnieć o dwóch układach, które są z nimi najsilniej powiązane. Pierwszy z nich to układ limbiczny, odpowiedzialny za regulację zachowań oraz niektórych stanów emocjonalnych, zaś drugi, będący jego częścią, to układ nagrody, związany z motywacją i kontrolą zachowania.

Wieloznaczna natura empatii i chęć poznania roli struktur anatomicznych mózgu w odczuwaniu emocji doprowadziły do przeprowadzenia wielu badań z użyciem najnowszych technologii. Jednym z nich były eksperymenty wykonane na początku nowego milenium przez Joshuę Greene'a z Uniwersytetu Harvarda. Przy pomocy fMRI¹ dwukrotnie przebadał

aktywność neuronalną u 9 osób podczas rozwiązywania dylematów moralnych. Pod tym pojęciem rozumiał on sytuację, w której podmiot ma wybór między wieloma strategiami postępowania, z których każda ma konsekwencje moralne, co skutkuje niepewnością, której efektem jest wydłużony czas decyzji w stosunku do wyborów, których konsekwencje nie powodują zagrożeń podstawowych potrzeb innych. W tym celu opracował 60 dylematów, które podzielił na nie moralne (np. czy wybrałbyś podróż pociągiem czy autobusem), moralne osobowe (np. czy kradzież organów wewnętrznych jednej osobie po to, by uratować pięć innych, jest właściwa) oraz moralne bezosobowe (np. czy zatrzymanie pieniędzy ze skradzionego portfela jest właściwe). Po analizie aktywności mózgu podczas rozwiązywania poszczególnych grup dylematów uzyskał interesujące dane, na podstawie których wyciągnął wnioski mówiące wiele o tym, jak zdrowe osoby rozwiązują sytuacje, w których narażone jest czyjeś dobro. Podczas rozwiązywania bezosobowych dylematów moralnych w mózgach badanych osób zaobserwowano aktywność grzbietowo-bocznej kory przedczołowej i dolnych obszarów płata ciemieniowego, które są odpowiedzialne za racjonalne podejmowanie decyzji, kalkulację i procesy pamięciowe. Natomiast podczas zastanawiania się nad osobowymi dylematami moralnymi uaktywniała się przyśrodkowa kora przedczołowa, ciało migdałowate, górna bruzda skroniowa i tylna część zakrętu obręczy, czyli rejony związane z emocjami moralnymi. Na podstawie tych informacji Greene wysunął wniosek, że kiedy rozwiązujemy dylematy nie moralne i bezosobowe dylematy moralne, gdy nie krzywdzimy kogoś bezpośrednio, nie mamy kontaktu z ofiarą, to uaktywniają się w naszych mózgach obszary związane z racjonalnym rozumowaniem. Jednakże jeśli w grę wchodzi bezpośrednie wyrządzenie komuś krzywdy, z którym mamy do czynienia w przypadku osobowych dylematów moralnych, to na skanach rozświetlają się rejony odpowiedzialne za przetwarzanie emocji.

Empatia u osób o wysokim natężeniu cech psychopatycznych

Przed przejściem do rozważań nad naturą empatii u osób charakteryzujących się wysokim natężeniem cech psychopatycznych, dobrze byłoby doprecyzować, co rozumiemy pod pojęciem psychopatii i w jaki sposób ją mierzymy. Niestety zadanie to nie

¹ fMRI (Funkcjonalny magnetyczny rezonans jądrowy) – odmiana obrazowania rezonansu magnetycznego, za pomocą której mierzony jest wzrost przepływu krwi i utlenowania aktywnej okolicy mózgu.

jest łatwe, bo w psychiatrii i psychologii odchodzi się już od samego terminu *psychopatia* ze względu na problemy z precyzyjnym zdefiniowaniem jej kryteriów, choć określenie to bardzo dobrze przyjęło się w mowie potocznej i kulturze popularnej. We współczesnej nauce do opisania podobnych zespołów zaburzeń używa się terminów *osobowość dyssocjalna* lub *osobowość antyspołeczna*, choć warto zaznaczyć, że pojęcia te nie są ze sobą tożsame i nie powinny być używane zamiennie.

Pomimo faktu, że występują różnice zarówno w terminologii, jak i definiowaniu psychopatii, także w międzynarodowych klasyfikacjach chorób ICD-10 i DSM-5, przyjmuje się, że istnieje pewien zestaw cech charakteryzujący psychopatę, niezależnie od nazwy zaburzenia, którą wpisujemy w podsumowaniu diagnozy. Do grona tych cech zaliczymy m.in. nieustraszoną, nieczułą, beztroską, egocentryczną, brak poczucia winy, sztuczny czar, skłonności do manipulowania i oszukiwania, zachowania antyspołeczne i impulsywność. Szacuje się, że od około 1% do nawet 3% społeczeństwa mogłoby zostać określone mianem psychopaty. Nie można wskazać konkretnych przyczyn psychopatii, jest ona efektem konstelacji czynników genetycznych, fizjologicznych, psychologicznych, społeczno-kulturowych oraz wczesnych doświadczeń. Brak także skutecznej terapii, psychopaci sami nie zgłaszają się do lekarzy, a jeśli już do tego dojdzie, nawet połączenie terapii farmakologicznej z psychologiczną przynosi mizerne rezultaty i to głównie u bardzo młodych osób.

W badaniach, na które się powołuję, do pomiaru natężenia cech psychopatycznych użyto dwóch skal, jakimi są PCL-R R. Hare'a (*Skala skłonności psychopatycznych*) oraz PPI-R S. Lilienfelda (*Inwentarz osobowości psychopatycznej*). Pierwsza z nich opiera się na wywiadzie z badanym i mogą ją stosować jedynie profesjonaliści. Zawiera 20 pozycji, które są oceniane na trzystopniowej skali (0–2 pkt.) i analizowane na 4 wymiarach – relacji międzyludzkich, afektywności, stylu życia oraz zachowań antyspołecznych. PCL-R najczęściej używa się w szpitalach i zakładach karnych, w przeciwieństwie do PPI-R, które stosowane jest głównie na próbkach nieklinicznych. Ta metoda kwestionariuszowa składa się ze 154 pozycji wchodzących w skład 8 podskal podzielonych na 3 kategorie – nieustraszona dominacja, impulsywna antyspołeczność oraz nieczułość.

Badania J. Greene'a stały się inspiracją dla grupy naukowców z uniwersytetu w Pensylwanii. A. L.

Glenn, A. Raine i R. A. Schug postanowili sprawdzić, jak dylematy moralne rozwiązują osoby o wysokich wynikach na skali PCL-R. Zebrali 17 badanych, których wyniki mieściły się w przedziale od 7,4 do 32 pkt. (przeciętny człowiek uzyskuje na skali PCL-R do ok. 5 pkt., wynik powyżej 20 pkt. uznaje się za bardzo niepokojący, zaś powyżej 30 pkt. osiągają osoby, które można nazwać psychopatami) i przy pomocy fMRI zbadali aktywność neuronalną ich mózgów podczas rozwiązywania 10 dylematów moralnych, podzielonych, podobnie jak w badaniu Greene'a, na nie moralne, moralne osobowe i moralne bezosobowe. Okazało się, że podczas podejmowania decyzji moralnych jednostki o wysokim natężeniu cech psychopatycznych wykazały znacznie mniejszą aktywność jądra migdałowatego od badanych o niższym natężeniu tych cech, czego efektem może być brak oporów przed manipulowaniem, impulsywnymi decyzjami i angażowaniem się w działalność kryminalną. Badacze przyjrzeni się także poszczególnym wymiarom na skali PCL-R i zauważyli, że podczas rozwiązywania dylematów mózgi jednostek szczególnie dominujących i skłonnych do manipulacji charakteryzują się niską aktywnością nie tylko w jądrze migdałowatym, ale w całym obwodzie neuronalnym odpowiedzialnym za przetwarzanie emocji moralnych (przysrodkowa kora przedczołowa, zakręt obręczy, zakręt kątowy). Redukcja aktywności w tych obszarach może prowadzić do dysfunkcji złożonych procesów społecznych, które odgrywają kluczową rolę w moralności i relacjach interpersonalnych.

Empatia u osób o wyższym natężeniu cech psychopatycznych stała się także obiektem zainteresowania Shirley Fecteau i jej współpracowników, którzy zdefiniowali ją jako zdolność do zrozumienia czyichś poczynań, doznań i emocji i przyjrzeni się jej pod kątem aktywności neuronów lustrzanych. Interesowało ich to, jak psychopaci reagują na ból zadawany drugiej osobie. Przebadanych zostało 18 studentów płci męskiej z wysokimi wynikami na skali PPI-R. Ich zadaniem było obejrzenie czterosekundowych filmików, przedstawiających prawą rękę w spoczynku, igłę lub patyczek dotykające skóry oraz igłę penetrującą jabłko. Podczas oglądania filmików w różnych momentach był im aplikowany impuls TMS² stymulujący korę czuciowo-somatyczną, odpowiadającą za przetwarzanie informacji sensorycznych i regulującą doznania fizyczne. Z wcześniejszych badań wynikało, że kiedy zdrowy badany obserwuje zadawanie bólu innej osobie, pod wpływem TMS następuje zmniejszenie

² TMS (Przeznaczaszka stymulacja magnetyczna)- nieinwazyjna metoda wywołująca depolaryzację i hiperpolaryzację neuronów, co może powodować aktywność w poszczególnych częściach mózgu, pozwalającą na badanie jego funkcjonowania.

pobudzenia w części kory czuciowo-somatycznej odpowiadającej miejscu, w które zadawany jest ból. W związku z tym Fecteau założyła, że skoro pobudzenie wyjściowe u psychopatów jest mniejsze, to reakcja osłabienia pod wpływem TMS powinna być słabsza. Tymczasem wyniki badań przyniosły dokładnie odwrotne rezultaty. Co prawda brak związku między wynikiem ogólnym PPI-R, a stopniem redukcji pobudzenia, aczkolwiek wystąpiła silna korelacja między skalą nieczułości (silnie skorelowaną ze specyficznymi dla psychopatii czynnikami z PCL-R), a znacznym obniżeniem amplitudy potencjału ruchowego. Oznacza to, że podczas biernego oglądania zadawanego komuś bólu, kora czuciowa psychopatów jest bardziej reaktywna niż u przeciętnych ludzi. To z kolei może wiązać się z lepszym rozpoznawaniem i rozumieniem czyichś poczynań, doznań i emocji przez psychopatów, ale brakiem chęci i zdolności do ich doświadczania. Psychopaci są w stanie zrozumieć czyjąś perspektywę prawdopodobnie lepiej niż my, co pozwala im m.in. łatwiej manipulować swoimi „ofiarami”, ale nie interesuje ich ona i prawdopodobnie nie są w stanie jej doświadczyć.

Kwestia rozpoznawania emocji przez osoby o wysokim natężeniu cech psychopatycznych zainteresowała także Abigail Baird i jej zespół. Przeprowadziła rezonans magnetyczny 20 studentów collegów, podzielonych na dwie grupy wg wysokości ich wyniku ogólnego w PPI-R. Obliczono również ich rezultaty na dwóch wymiarach, emocjonalno-interpersonalnym i społecznego nieprzystosowania. Zadaniem badanych było rozpoznawanie emocji i twarzy dorosłych osób wyświetlanych na ekranie LCD. Podczas identyfikacji twarzy nie wykazano żadnych różnic, natomiast inaczej wyglądało rozpoznawanie emocji. Okazało się, że osoby, które uzyskały niskie wyniki na wymiarze emocjonalno-interpersonalnym (brak problemów w tym zakresie), wykazywały znacznie wyższą od osób o wysokich wynikach aktywność w prawej brzusznej części kory czołowej, ciele migdałowatym oraz przyśrodkowej korze przedczołowej, czyli w obszarach odpowiedzialnych za interpretację emocji. Natomiast osoby, które uzyskały wysokie wyniki na tym wymiarze, podczas rozpoznawania emocji wykazywały wysoką aktywność kory wzrokowej i prawej części grzbietowo-bocznej kory przedczołowej, czyli rejonów związanych z percepcją, poznaniem i pamięcią. Przy wynikach ogólnych

nie stwierdzono istotnych różnic, poza większą aktywacją przyśrodkowej kory przedczołowej u osób z niskimi wynikami. Zbierając wszystkie dane i obserwacje płynące z badania, Baird doszła do wniosku, że niezależnie od wyniku na skali PPI-R badani równie szybko i poprawnie rozpoznają emocje, choć używają do tego innych strategii, a tym samym innych rejonów mózgu, przy czym u osób o najwyższych wynikach są to te same obszary, niezależnie od tego, czy rozpoznają one twarze, czy emocje.

Podsumowanie

Wyniki najnowszych badań przeczą panującej przez wiele lat opinii, że psychopaci gubią się w świecie emocji, nie są w stanie ich rozpoznawać i rozumieć. Można podejrzewać, że osoby o skłonnościach psychopatycznych często nawet lepiej niż my rozpoznają emocje i są w stanie odczuwać empatię, ale w jej zimnej postaci, tj. potrafią zrozumieć czyjąś perspektywę, motywację lub doznania, ale nie umiają i nie chcą poczuć tego, co druga osoba. Podczas rozwiązywania dylematów moralnych u przeciętnego człowieka aktywują się obszary mózgu związane z emocjami, zaś u psychopatów pozostają one ciemne i puste, przy czym uaktywniają się rejony związane z percepcją, pamięcią i logicznym rozumowaniem. Jednak temat empatii u psychopatów, podobnie jak samo zagadnienie psychopatii, wciąż stawia więcej pytań, niż udziela odpowiedzi. Czym naprawdę jest psychopatia? Czy psychopata może skutecznie funkcjonować w społeczeństwie? Czy mój szef może być psychopatą? Czy warto rezygnować ze świata emocji na rzecz skuteczności? Te i wiele innych zagadnień wciąż pozostają niewyjaśnione i czekają na wyniki przyszłych badań.