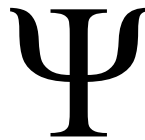




## DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



### **Psykopati og negativ affektivitet: Klarar CAPP å fange opp angst og depresjon i målinga av psykopati?**

HOVUDOPPGÅVE

*profesjonsstudiet i psykologi*

**Christian Nerheim Torkelsen  
Jørn Jakob Hamsaas Myklebust**

Haust 2013

Vegleiar

Anita Lill Hansen

### **Abstract**

In this study we examined the relation between a new measurement tool of psychopathy (CAPP) and negative affectivity (anxiety and depression, measured by HADS). There was no relation between the total scores of both tests, but closer examination revealed a positive correlation between the Behavioral Domain and the total score on HADS. Regression analyzes showed a positive relation between the Emotional Domain and the Depression scale. These results do not support earlier conceptions that propose a lack of anxiety and nervousness as central to psychopathy. However, the significant relation between the Behavioral Domain and negative affectivity suggests that there is a relation between the measurement tools, a finding that is easily overlooked when comparing the total scores. The findings of this study support the notion that psychopathy should be treated as a heterogeneous concept.

### Samandrag

I denne studien undersøkte vi relasjonen mellom eit nytt måleinstrument for psykopati (CAPP) og negativ affektivitet (angst og depresjon, målt med HADS). Det vart ikkje funne samanheng mellom totalskårane på testane, men nærare undersøking viste ein positiv korrelasjon mellom Åtferdsdomenet på CAPP og totalskåre på HADS. Regresjonsanalysar viste ein positiv relasjon mellom Kjensledomenet på CAPP og HADS-Depresjon. Desse resultata støttar ikkje den tradisjonelle oppfattinga om at fråver av angst og nervøsitet er sentralt i psykopati. Den signifikante relasjonen mellom Åtferdsdomenet og negativ affektivitet tydar likevel på at det finst ein samanheng mellom måleinstrumenta, eit funn det er lett å oversjå når ein samanliknar totalskårane. Funna i studien støttar opp om at psykopati bør behandlast som eit heterogent konsept.

## Innholdsliste

Innleiing .....	6
Cleckley-psykopaten .....	7
Måleinstrument for Psykopati .....	8
Psychopathy Checklist - Revised .....	8
The Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality .....	9
Diagnosar Knytta til Psykopati .....	10
Primær og Sekundær Psykopati .....	14
«Låg-frykt-hypotesen» og BIS/BAS .....	16
Faktorstruktur i Konseptualisering av Psykopati .....	17
Psykopati og Negativ Affektivitet .....	19
Psykopati og Angst .....	22
Psykopati og Depresjon .....	26
Oppsummering og Hypotesar .....	28
Metode .....	29
Deltakarar .....	29
Måleinstrument .....	30
The Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) .....	30
The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) .....	31
Prosedyre .....	31
Design og Statistikk .....	32
Resultat .....	32
Deskriptiv Statistikk .....	32
Korrelasjonar .....	32
Hierarkisk Multippel Regresjon .....	33
Psykopati og negativ affektivitet (HADS-total) .....	33
Psykopati og angst .....	33
Psykopati og depresjon .....	34
Diskusjon .....	35
Konklusjon .....	41
Avgrensingar .....	41
Referansar .....	44
Appendiks .....	53

### Innleiing

Psykopati er eit konsept som er omgitt av mytar og ubesvarte spørsmål. I daglegtalet nyttast nemninga «psykopat» somme tider nokså ukritisk om personar som utviser utprega usympatisk åtferd, til dømes i form av fysisk vald. Psykopati er ikkje ein eigen diagnose, og kva for kriterie som eigentleg kjenneteiknar tilstanden har vore omdiskutert i forskingslitteraturen. Det har blitt forsøkt å sameine konseptet i ei felles ramme, til dømes ved innføring av måleinstrument, men det eksisterer framleis mykje usikkerheit og usemje kring dette temaet.

Psykopati vert ofte framstilt som ein tilstand det ikkje er mogleg å behandle (Harris & Rice, 2006). Ein av dei mest innverknadsrike personane innanfor forskning på psykopati, Robert Hare, rapporterer fleire årsaker til dette, med hovudvekt på følgande argument: «Psykopatar opplever ikkje at dei har psykologiske eller emosjonelle problem, og dei ser ingen grunn til å endre åtferda si for å rette seg etter samfunnsmessige standardar som dei ikkje er samde med» (1994; s. 238, vår oversetting). Eit fråvær av negative emosjonar kan såleis vere ein viktig bidragsytar til at psykopati ofte sjåast som umottakeleg for terapeutisk intervensjon. Medan det å vere blotta for ubehagelege kjensler som angst og frykt ved første augekast kan synest som å vere ein fordel, kan det argumenterast for at det også medfører fleire betydelege ulemper. Hare (1994) omtalar angst som ein sentral mekanisme i det å unngå åtferd som kan få uønskte konsekvensar for personen, slik som fengselsstraff eller problem i sosiale relasjonar.

Nettopp dette med negative emosjonar er eitt av aspekta ved psykopati som er gjenstand for engasjert debatt i forskingslitteraturen. Tradisjonelt har fråvær av angst og frykt vore ein del av psykopatidefinisjonen (Cleckley, 1955). I tillegg har det vore hevda at psykopatar ikkje rammast av depresjon (Lovelace & Gannon, 1999). Likevel har fleire nyare studiar indikert at dette biletet bør nyanserast ytterlegare. Meir spesifikt ser det ut til at psykopatikonseptet er meir heterogent og fasettert enn det som går fram av tidlege teoriar, og at ulike undertypar av psykopati er ulikt knytte til angst og depresjon. Meir kunnskap om desse samanhengane vil ha

betyding for forståinga av årsaker til utvikling av psykopati og kan truleg kaste nytt lys på spørsmålet om behandling. Hovudmålet med denne studien er å undersøke samanhengen mellom psykopati målt med eit nyutvikla instrument, The Comprehensive Assessment of Psychopathy (CAPP; Cooke, Hart, Logan & Michie, 2004), og angst og depresjon målt med Hospital Anxiety and Depression Screening (HADS; Zigmond & Snait, 1983).

Psykopati har ein lang historisk og klinisk tradisjon og tilstanden har vore identifisert i religiøse, litterære og historiske tekstar (Andrade, 2008). Det diagnostiske omgrepet for individ som utviser eit åtferdsmønster som stadig fører dei i konflikt med samfunnet har vore i kontinuerleg utvikling sidan starten på 1800-talet (Weiss, Davis, Hedlund & Cho, 1983). Konseptet «moralsk sinnssjukdom» var lenge ei samlenemning for uklassifiserbare tilstandar (Holmes, 1991), medan omgrepet «psykopat» kom i allmenn bruk først mot slutten av 1800-talet. Psykopati er rekna som den første personlegdomsforstyrninga som blei anerkjend i psykiatrien (Decuyper, Freyt & Buschman, 2008), og har vore sett på som den mest reliable og validerte diagnostiske kategorien innanfor personlegdomsforstyringsfeltet (Harpur, Hart & Hare, 2002). Trass i dette finst det mange ubesvarte spørsmål om konseptet (Andrade, 2008). Kva som ligg i psykopatikonseptet er framleis uklart grunna variasjonane i trekk som klinikarar og forskarar tilskriv det. Etter at meiningsinnhaldet til omgrepet psykopati har gjennomgått ulike endringar gjennom historia, har det levd vidare i forskingslitteraturen, medan det i diagnostiske manualar har blitt rekna som synonymt med liknande omgrep, som sosiopati<sup>1</sup> (sjå Partridge, 1930), og seinare antisosial personlegdomsforstyrning.

### **Cleckley-psykopaten**

Psykopatikonseptet som nyttast her vart utvunne frå Cleckley (1955) si klassiske kliniske skildring i boka «The Mask of Sanity». Her presenterte Cleckley mellom anna ei oversikt over

---

<sup>1</sup> Partridge (1930) definerte sosiopati som å innebere avvikande eller patologiske sosiale relasjonar

det han vurderte som dei mest sentrale personlegdomstrekka innanfor psykopatikonseptet (Andrade, 2008). Cleckley sine kriterie for psykopati inneheldt nokre indikatorar for sosiale avvik (uansvarlegheit, impulsiv antisosial åtferd, manglande evne til å lære av erfaringar, bisarr åtferd under påverknad av alkohol samt mangel på langsiktige mål), men slo samstundes fast at skadeleg eller destruktiv åtferd åleine ikkje er tilstrekkeleg for å oppfylle kriteria for tilstanden. Cleckley skilde mellom psykopati og meir «vanleg» kriminalitet. Han såg på den avvikande åtferda til psykopatar som ein del av eit meir omfattande syndrom som er kjenneteikna av særskilde kjenslemessige og interpersonlege trekk. Dei diagnostiske kriteria til Cleckley omfatta følgjande affektive og interpersonlege kjenneteikn: generell mangel på affekt, manglande innsikt, fråver av nervøsitet, manglande anger eller skam, motvilje mot å ta sitt eige liv, egosentrisitet, manglande evne til å elske, patologisk lyging, overflatisk sjarm, mangel på nære relasjonar og eit upersonleg seksualliv.

### **Måleinstrument for Psykopati**

#### **Psychopathy Checklist - Revised**

Det mest nytta måleinstrumentet for psykopati er Psychopathy Checklist - Revised (PCL-R; Hare, 2003), som hovudsakleg er basert på Cleckley (1955) sine kliniske skildringar av omgrepet. PCL-R har vore referert til som «gullstandarden for psykopati» (Hare & Neuman, 2005) og sjåast som det mest valide og reliable instrumentet for vurdering av psykopatisk personlegdom (Hare & Newman, 2008, referert i Sandvik et al., 2012). Skeem og Cooke (2010) har likevel poengtert at feltet kan stå i fare for å overskride ei fin grense mellom det å nytte PCL-R som eit vanleg metrisk mål på psykopati og det å sette likskapsteikn mellom testen og det teoretiske konseptet psykopati. Dei meiner PCL-R vektlegg antisosial åtferd like mykje som, om ikkje meir enn, trekk på manglande kjenslemessig tilknytning i vurderinga av psykopati. Slik kan eit individ utan ei historie med kriminell eller valdeleg åtferd, sjølv om han har utprega



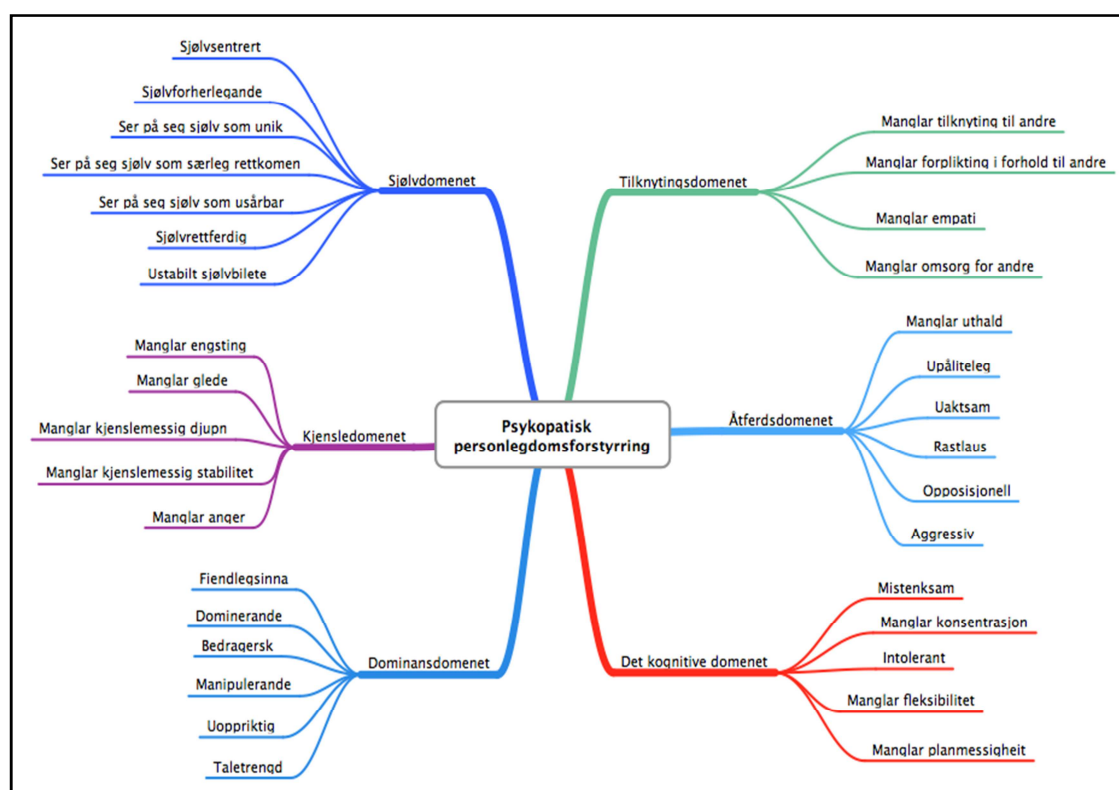
interpersonlege og affektive trekk på psykopati, ha lågt sannsyn for å oppfylle PCL-R-kriteria for å få høg skåre på psykopati. Andre versjonar av PCL-R er Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL:SV; Hart, Cox & Hare, 1995) og Psychopathy Checklist: Youth Version (PCL:YV; Forth, Kosson & Hare, 2003).

### **The Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality**

I tillegg til at PCL-R har vore kritisert for tung vektlegging av antisosial åtferd og kriminell historie (Skeem & Cooke, 2010), sjåast den som ueigna til å oppdage personlegdomsendringar over tid. Eit nytt vurderingsinstrument som er utvikla av Cooke, Hart, Logan og Michie (2004) forsøker å unngå denne avgrensinga. The Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) skil seg ut frå andre mål på psykopatisk personlegdomsforstyrning ved to vesentlege særtrekk: For det første er CAPP meint å dekke heile spekteret av symptom på psykopati. Det betyr at CAPP, heller enn å vere optimalisert for bruk innanfor éin avgrensa setting (til dømes i fengsel), truleg også vil kunne brukast i mange ulike situasjonar. Det kan mellom anna vere i fengsels-, sikkerheits-, og rettspsykiatriske samanhengar, psykisk helsevern eller kommunehelsetjenesta. For det andre, og kanskje viktigare, kan CAPP brukast til å kartlegge alvorsgrad av symptom, både over avgrensa periodar og over heile livsløp. Dette gjer at CAPP kan vere nyttig når det er naudsynt å måle endringar i alvorsgrad av symptom over tid (til dømes når ein undersøker symptomutvikling, respons på behandling, reaksjonar på situasjonelle endringar eller variasjonar i samband med utvikling av ei akutt psykisk lidning).

Ved å forsøke å tenke utanfor ramma av PCL-R, har forfattarane (Cooke, Hart, Logan & Michie, 2004) prøvd å fange opp moglegheita for eit større mangfald av symptom ved psykopati som personlegdomsforstyrning. Mens Robert Hare sin PCL-R har eit livstidsfokus, og dermed ikkje utan vidare kan nyttast til å måle potensiell endring over kortare tidsrom, er CAPP som nemnd utvikla nettopp med tanke på dette. CAPP gjer det mogleg å kartlegge variasjonar i

alvorsgraden av symptom både i avgrensa periodar (til dømes som følge av behandling eller situasjonelle faktorar) og gjennom heile livslaup. CAPP-modellen skildrar psykopatisk personlegdom som eit hierarkisk og altomfattande konsept som består av seks symptomdomene: Tilknytingsdomenet, Åtferdsdomenet, det Kognitive domenet, Dominansdomenet, Kjensledomenet og Sjølvdomenet (Hoff, Olsen, Gullbrå & Nome, 2008). Kvar domene inneheld fleire komponentar som indikerer forstyringar i ulike personlegdomsmessige prosessar eller funksjonar.



Figur 1. Dei seks domena i CAPP-modellen, med underordna komponentar.

### Diagnosar Knytta til Psykopati

Korkje Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sjukdomar og beslektet helseproblem (ICD-10; World Health Organization, 2004) eller Den diagnostiske og statistiske manualen for mentale lidningar (DSM-V; American Psychiatric Association, 2013) har psykopati oppført som eigen diagnose. Derimot har begge manualar diagnoser som ligg tett opptil slik

psykopati historisk sett har vore definert. I ICD-10 er dyssosial personlegdomsforstyrning (Sjå Figur 3 i appendiks) den diagnosen som ligg nærast psykopatiomgrepet. I DSM-V er antisosial personlegdomsforstyrning («Antisocial Personality Disorder» [ASPD]; sjå Figur 4 i appendiks) det som liknar mest.

Dei diagnostiske omgrepa som ligg nærast psykopatiomgrepet har gjennomgått endringar og utskiftingar i løpet av levetida til diagnosemanualane. Sosiopatisk personlegdomsforstyrning (sosiopati) var inkludert i den første utgåva av DSM (American Psychiatric Association, 1952). Valet av namn illustrerer den amerikanske psykiatriske foreininga sitt forsøk på å anerkjenne innverknaden av sosiale og samfunnsmessige krefter på personlegdomsdanning og mental abnormalitet (Andrade, 2008). DSM-skildringa av sosiopati inneheldt mange av Cleckley sine personlegdomstrekk, inkludert mangel på angst, mangel på skuldkjensle, impulsivitet, ufølsemd og motstand mot å ta ansvar for handlingar. Diagnosen vart vidare delt inn i fire undertypar: den antisosiale reaksjonen, den dyssosiale reaksjonen, det seksuelle avviket, og avhengigheitsdiagnosane (Harpur et al., 2002). Kategorien «Sosiopatisk personlegdom, antisosial reaksjon», som vart inkludert i DSM-II, liknar den mange klinikarar kan kjenne att som antisosial personlegdomsforstyrning i dag.

DSM-III og revisjonen DSM-III-R gjorde eit dramatisk skifte frå den føregåande versjonen ved å erstatte sosiopati med antisosial personlegdomsforstyrning (ASPD). Denne diagnosen er også skildra i den femte og siste versjonen, DSM-V. ASPD består av eit gjennomgripande mønster av ignorering av og brot på andre sine rettar. Den er basert nesten utelukkande på åtferdsmessige skildringar og er så å seie synonym med åtferd prega av gjentekne kriminelle lovbrøt (Decuyper et al., 2008). Dette kliniske omgrepet blei ikkje lenger definert av personlegdomstrekk, som elles i den kliniske tradisjonen til psykopati, men heller av eit sett med åtferdskriterie. Skiftet frå personlegdomstrekk til åtferdstrekk resulterte i auka reliabilitet på kostnad av validitet (Hare, 1996). Dette betyr at bruk av åtferdstrekka (som er

mykje enklare å vurdere) resulterer i overinkludering, men også i eit omgrep som er meir reliabelt å måle. I rettsmedisinske populasjonar er utbreiinga av ASPD to eller tre gonger så høg som førekomsten av psykopati (Andrade, 2008). Personlegdomstrekka som stod i kjernen av psykopati var ikkje lengre inkludert i kriteria (Blair, Perschardt, Budhani, Mitchell & Pine, 2006). Dette oppdaterte settet med kriterie auka også heterogeniteten til denne gruppa ettersom den var overinkluderande for dei som braut sosiale normer. DSM-III la også til eit kriterie om at anten åtferdsforstyrring («conduct disorder») eller ei historie med åtferd som indikerer denne lidinga må vere til stades før ein alder av 15 år.

Antisosial åtferd og psykopati er to omgrep som har vore samankopla over lengre tid (Andrade, 2008). Før etableringa av eit standardisert verktøy (PCL-R), var forskning på assosiasjonen mellom desse prega av låg konstruktvaliditet. Studiar har konsekvent funne høgare ratar av gjenteken kriminell og valdeleg åtferd hjå dei som er diagnostisert med psykopati enn hjå andre innsette (Andrade, 2008). Funn (t.d. Hare, McPherson & Forth, 1988) indikerer at psykopatar har større sannsyn for å bli straffa for valdeleg misferd enn ikkje-psykopatiske innsette.

Eit tillegg til diagnosen ASPD i DSM-IV kompliserer vår forståing av psykopatitilstanden. Sjølv om nemninga psykopati ikkje var til stades i DSM-III-R, inkluderte DSM-IV følgande utsegn: «Dette mønsteret har også vore referert til som psykopati, sosiopati, eller dyssosial personlegdomsliding» (s. 645, vår omsetting). Dette aukar den diagnositiske forvirringa sidan forskingslitteraturen skil mellom psykopati og ASPD (Hare, 2003), medan DSM-IV indikerer at desse nemningane er synonyme med kvarandre (Andrade, 2008). Definisjonen av ASPD i DSM-III skilde seg såleis markant frå semje i feltet, sidan den fokuserte meir på talet av kriminelle handlingar personen hadde utført i vaksenliv og barndom. Ein ASPD-diagnose kan i prinsippet romme individ som berre utviser åtferdsmessig dysregulering (Andrade, 2008). I tillegg er høvet mellom tilstandane empirisk sett asymmetrisk: Dei fleste med

høg poengsum på psykopatimål (PCL-R) oppfyller kriteria for ASPD, men dei fleste av dei som er diagnostisert med ASPD oppfyller ikkje kriteria for psykopati (Hare & Newman, 2006). I motsetnad til ASPD inneber psykopati eit varig mønster av både kjenslemessige symptom (betydeleg redusert empati og skuldkjensle) og åtferdsmessige symptom (kriminell aktivitet og hyppig bruk av vald; Frick, O'Brien, Wootton, & McBurnett, 1994). Det blir argumentert for at den emosjonelle delen av psykopati er viktig, ved at den set personen i auka risiko for å lære antisosial åtferd (Blair et al., 2006).

Teoretiske diskusjonar kring psykopatidiagnosen kan delast inn i to grupper. Den eine ser på antisosial åtferd som eitt av kjernetrekka i psykopati og meiner den bør inkluderast i vurderinga (Hare, 2003). Den andre ekskluderer antisosial åtferd frå vurderinga av psykopati og fokuserer meir på dei «kliniske» manifestasjonane av denne tilstanden (Cooke & Michie, 2001). Dei som nyttar argumentet til Cooke og Michie (2001) ser på aggressiv åtferd og vald som ein konsekvens av psykopati heller enn ein diagnostisk indikator (Andrade, 2008).

Trass i uklarheiter i klinisk samanheng har forskingsfeltet på psykopati halde seg påfallande konsistent i skildringa av personlegdomskaraktistikkane som kjenneteikner tilstanden (Harpur, Hart & Hare, 2002). Ved å følgje mellom andre Cleckley (1955), Hare (1970) og Karpman (1961) har klinikarar og forskarar stort sett vore samde om personlegdomstrekka og åtferdsattributtane som er relevante for omgrepet. Desse har typisk inkludert impulsivitet; mangel på skuldkjensle, lojalitet, eller empati; manglande evne til å danne djupe eller meningsfulle interpersonlege relasjonar; manglande evne til å lære av erfaring eller straff; utprega egosentrisitet og overflatisk sjarm; gjenteken antisosial og kriminell åtferd utan teikn på anger for skaden som er blitt gjort mot andre; og ein predisposisjon for aggresjon, særleg under påverknad av alkohol (Harpur, Hart & Hare, 2002).

### **Primær og Sekundær Psykopati**

Karpman (1941) var tidleg ute med å hevde at psykopati ikkje kunne omtalast som eit einskapleg konsept, og skilde mellom idiopatisk og symptomatisk psykopati. Idiopatisk psykopati inneber at ein ikkje veit kva som ligg til grunn for utviklinga av dei psykopatiske symptoma, medan symptomatisk psykopati derimot er kjenneteikna ved ein kjend og forståeleg psykogenese. I tråd med dette skildrar Lykken (1957) ei undergruppe av sosiopatar (omgrepet han nyttar) der tilstanden korkje ser ut til å skuldast «nevrotiske motivasjonar, arveleg belastning eller dyssosial oppseding» (s. 6, vår omsetting). I seinare publikasjonar (1946; 1948), omtalar Karpman idiopatisk og symptomatisk psykopati som høvesvis primær og sekundær psykopati. Den primære, «sanne» psykopaten skildrast av Karpman (1946) som utelukkande egoistisk og «sjellaus», utan omsyn til andre menneske sine rettar og kjensler. Han manglar samvit, skuldkjensle og evne til å skilje mellom rett og gale. Emosjonslivet er unyansert og prega av mangel på sympati og generøsitet. Sekundær psykopati er i følgje Karpman (1946; 1948) ikkje ein eigen, unik tilstand, men snarare ein tilstand der manifeste psykopatiske symptom skuldast psykotiske eller nevrotiske lidingar. Karpman (1946) eksemplifiserer med eit kasus henta frå Abraham (1935):

Pasienten (...) hadde ei lang psykopatisk karriere med talrike fengslingar. Alt dette tok slutt då han gifta seg med ei kvinne som var mykje eldre enn han sjølv, som viste stor personleg interesse for han. Studien avdekka at han som barn var uønskt og avvist av foreldra; dette forma i han ei sterk kjensle av fiendskap som kom til uttrykk gjennom aggressive kriminelle handlingar (s. 284, vår oversetting).

Ifølgje Karpman (1946) er dette eit tilfelle der den antisosiale åtferda, og dermed det som tilsynelatande kan oppfattast som «psykopati», er ein sekundær konsekvens av emosjonelle lidingar som følgjer av spesifikke oppvekstvilkår. Karpman (1948) føreslo difor å fjerne bruken av omgrepet sekundær psykopati, då pasientane under denne nemninga eigentleg var nevrotiske

eller psykotiske. Han meinte at det å omtale desse som psykopatiske, om enn grunna utvising av psykopatiske symptom, skapte forvirring og burde unngåast.

Skiljet mellom primær og sekundær psykopati vart likevel oppretthalde i forskning og litteratur. Porter og Woodworth (2006) hevdar, i samsvar med Karpman (1941; 1946; 1948), at primær psykopati inneber grunnleggande forstyrningar som ikkje kan tilskrivast psykososial erfaring. Vidare skriv dei at individ med høg skåre på sekundær psykopati utviser antisosial åtferd som kan sjåast som tilpassing til harde miljømessige kår, til dømes foreldre som mishandlar, og/eller som deler av annan psykopatologi (Porter & Woodworth, 2006).

Blackburn (1975) studerte mannlege pasientar ved Broadmoor Hospital i England som var diagnostiserte med Psykopatisk forstyrring («Psychopathic Disorder»). Klassifiseringa var basert på Mental Health Act of 1959, som definerte psykopati nokså enkelt som «unormalt aggressiv eller alvorleg uansvarleg åtferd» (Blackburn s. 457; vår oversetting). Studien fann ei gruppe individ som var mangelfullt sosialiserte, impulsive og aggressive, og som hadde manglande skuldkjensle og låge nivå av angst- og depresjonssymptom. Desse passa godt inn under psykopatidefinisjonen til Cleckley (1955). I tillegg identifiserte studien ei anna gruppe som var aggressive, impulsive og mangelfullt sosialiserte på lik linje med psykopatane i den første gruppa, men som samstundes var introverte, tilbaketrekte og opplevde skuldkjensle og negativ affektivitet. Blackburn kalla denne gruppa for sekundære psykopatar.

Lykken (1995) skriv om primære psykopatar at dei er utan frykt, har svak elektrodermal respons (EDR) i påvente av straff og gjennomsnittleg nivå av positiv og negativ emosjonalitet. Sekundære psykopatar skildrast som ei gruppe med relativt høge nivå av positiv og negativ emosjonalitet, impulsivitet og sensation-seeking. I motsetnad til dei primære, har desse gjennomsnittlege nivå av fryktløyse og elektrodermal aktivitet i påvente av straff (Lykken, 1995). For å oppsummere litteraturen som omhandlar dette skiljet innanfor psykopatikonseptet, kan ein seie at primær psykopati kjenneteiknast ved kynisme, aggresjon, impulsivitet, mangel på

skuldkjensle, inadekvat sosialisering, fråver av negativ affektivitet, svak EDR i påvente av straff, samt ukjend årsak bak tilstanden. Sekundær psykopati skil seg frå denne gruppa ved at ein her finn skuldkjensle, introversjon, negativ affektivitet, normal EDR, samt at tilstanden tenkjast å vere relatert til miljøpåverknad eller annan psykisk patologi.

### **«Låg-frykt-hypotesen» og BIS/BAS**

Det har vore nytta ulike forklaringsmodellar i forsøket på å forstå skilnader mellom undertypar av psykopati. Lykken (1995) nyttar omgrepet «fryktkvotient» («fear quotient», FQ) om den medfødde tilbøyelegheita til å frykte visse stimuli, som til dømes slangeliknande objekt, framande menneske, eld og høgder. Lykken tenkjer seg at personar med svært låg FQ har større sjanse for å utvikle primær psykopati. Dette grunnjev han med at ein vesentleg del av menneskeleg sosialisering er basert på frykt for straff. Lykkens «låg-frykt-hypotese» inneber at mangelfull sosialisering kan resultere dersom individet ikkje fryktar dei negative konsekvensane av antisosial åtferd. Lykken peikar på likskapstrekk mellom sin eigen låg-frykt-hypotese og ein hypotese derivert utifrå BIS/BAS-modellen til Gray (1975) og Fowles (1980). Modellen presenterer to tenkte motivasjonelle system: «behavioral inhibition system» (BIS), og «behavioral activation system» (BAS). BIS er sensitivt for straff og motiverer passiv unngåingsåtferd, det vil seie inhibisjon av åtferd som tidlegare har ført til straff. BAS er belønningssensitivt og motiverer tilnærmingsåtferd og aktiv unngåing - det å rømme frå trugslar og smerte. Det eine systemet inhiberer det andre (Fowles, 1980).

Fowles (1980) nyttar BIS/BAS-modellen for å forklare fleire aspekt ved psykopati. Eit svakt BIS vil medverke til fråver av tilstandsavhengig angst, samt svekka evne til å modifisere åtferd ved trugsel om straff. Lågt nivå av inhibisjon vil auke belønningssøkande åtferd, noko som gjerne tolkast som impulsivitet. Svakt BIS kan såleis vere med på å forklare sosialiseringsvanskar hjå psykopatiske individ (Fowles, 1980; Newman, MacCoon, Vaughn &



Sadeh, 2005). Gray (1987) og Fowles (1980) foreslår vidare at individ med normalt BAS, men svakt BIS vil kunne ha primære psykopatiske trekk, som svekka passiv unngåing og låg trekk-angst. Med omsyn til sekundær psykopati poengterer dei at eit overaktivt BAS også kan medføre svekka passiv unngåingsåtfærd; for sterkt BAS vil medføre at personen er ekstra motivert til å oppnå belønning, og eit normalt BIS vil ikkje vere i stand til å inhibere tilnærmingsåtfærd. Dette kjenneteiknar den sekundære psykopaten, som handlar impulsivt, men som, grunna normalt BIS, også opplever angst, til dømes under utføring av brotsverk.

Denne hypotesen får delvis støtte frå ein studie utført av Newman, MacCoon, Vaughn og Sadeh (2005). Her vart primær psykopati identifisert ved høg PCL-R-skåre og låg skåre på Welsh Anxiety Scale (WAS; Welsh, 1956). Dette er eit spørjeskjema som er utvikla frå Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), og som måler angst og generell negativ affektivitet (Newman et al., 2005). Sekundær psykopati vart identifisert ved høg PCL-R-skåre og høg WAS-skåre. Dei individa som fall under kategorien primære psykopatar var karakteriserte ved svakt BIS og gjennomsnittleg BAS. Dei sekundære psykopatane var kjenneteikna ved sterkt BIS, medan resultatata som gjaldt forholdet til BAS var usikkert.

### **Faktorstruktur i Konseptualisering av Psykopati**

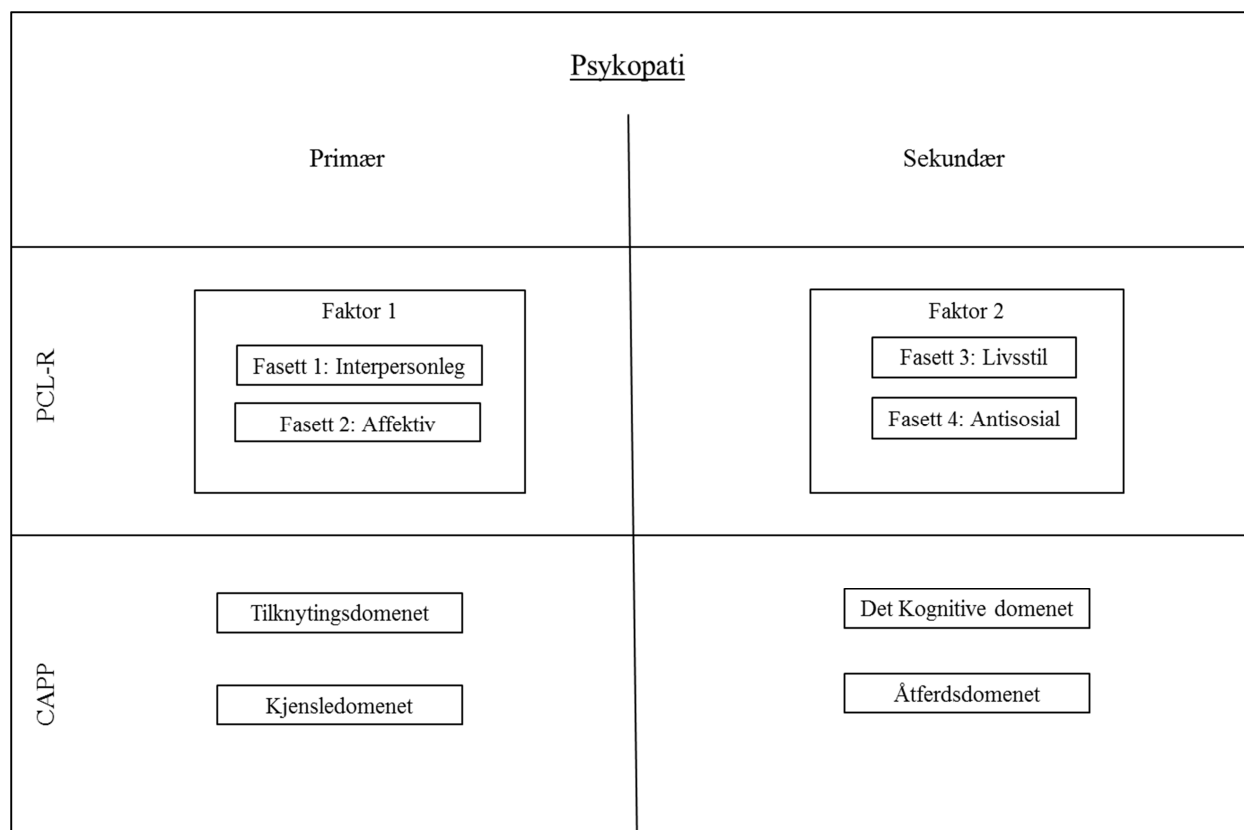
Med utgangspunkt i PCL-R har psykopatikonseptet tradisjonelt vore delt inn i to faktorar, først identifiserte av Harpur, Hakstian og Hare (1988). Faktor 1 inneber sjølvvisk, kynisk og omsynslaus utnytting av andre, samt manglande affekt, skuldkjensle, anger og empati. Faktor 2 er definert ved ein kronisk ustabil og antisosial livsstil. Faktor 1 og Faktor 2 samsvarer godt med høvesvis primær og sekundær psykopati (Brinkley, Schmitt, Smith & Newman, 2001; Levenson, Kiehl & Fitzpatrick, 1995).

Cooke og Michie (2001) hevdar at tofaktormodellen ikkje gir ei god nok skildring av psykopati. Mellom anna meiner dei at han legg for mykje vekt på åtfærd, og legg difor fram ein

trefaktormodell som er meint å definere psykopati utifrå personlegdom. Faktorane her er 1) «Arrogant and Deceitful Interpersonal Style», 2) «Deficient Affective Experience», og 3) «Impulsive and Irresponsible Behavioral Style». Cooke og Michie meiner ein må kunne vise at psykopati er eit samanhengande syndrom. Noko av kritikken mot tofaktormodellen handlar om ei usikkerheit om kva for ein faktor som utgjer «kjerna» av psykopatitilstanden. Cooke og Michie hevdar at alle tre faktorane i modellen deira må til for å identifisere psykopati hjå eit individ; kvar faktor gir sitt samanliknbare bidrag til den overordna psykopatifaktoren.

Hare og Neumann (2005; 2006) svarer på kritikken til Cooke og Michie (2001), og identifiserer fire fasettar som er underordna ein unitær psykopatifaktor. Den Interpersonlege fasetten (Fasett 1) består av komponentane glattheit/overflatisk sjarm; storheitsidear om egne evner og betydning; patologisk lyging; og bedragerisk/manipulativ. Den Affektive fasetten (Fasett 2) inneheld komponentane manglande anger eller skuldkjensle; grunne affektar; ufølsam/manglande empati; og manglande ansvarstaking. Under Livsstilfasetten (Fasett 3) finn vi stimuleringssøking; impulsivitet; uansvarleg åtferd; parasittisk livsstil; samt mangel på realistiske framtidsplanar. Til slutt kjem den Antisosiale fasetten (Fasett 4), og her inngår dårleg åtferdskontroll; tidlege åtferdsproblem; ungdomskriminalitet; vilkårsbrot; og kriminell karriere med fleire typar lovbrøt.

I firefasettmodellen er Faktor 1 (sjølvvisk, kynisk og omsynslaus utnytting av andre) vidare delt inn i Fasett 1 (Interpersonleg) og 2 (Affektiv), medan Faktor 2 (kronisk ustabil og antisosial livsstil) er delt inn i Fasett 3 (Livsstil) og 4 (Antisosial; t.d. Ross et al., 2007). Sandvik og medarbeidarar (2012) fann at Fasett 2 (Affektiv) på PCL-R korrelerte positivt med Tilknytingsdomenet og Kjensledomenet på CAPP, Fasett 3 (Livsstil) korrelerte positivt med det Kognitive domenet og Fasett 4 (Antisosial) korrelerte med Åtferdsdomenet. Sjå Figur 2 for ei oversikt over forholdet mellom primær- og sekundær psykopati, PCL-faktorar og –fasettar, samt CAPP-domene.



Figur 2. Oversikt som syner at primær og sekundær psykopati samsvarer med høvesvis Faktor 1 og Faktor 2 (jf. Brinkley, Schmitt, Smith & Newman, 2001; Levenson, Kiehl & Fitzpatrick, 1995). Fasett 1 og 2 utgjer Faktor 1, medan Fasett 3 og 4 utgjer Faktor 2 (Ross et al., 2007). CAPP-domena er plassert under primær og sekundær psykopati basert på funn av korrelasjonar med PCL-fasettane (Sandvik et al., 2012).

### **Psykopati og Negativ Affektivitet**

Watson og Clark (1984) skildrar negativ affektivitet som kjenneteikna ved eit negativt syn på seg sjølv og omverda, nervøsitet, anspentheit og bekymring. Forskarane hevdar at negativ affektivitet såleis kan seiast å vere knytt til trekk-angst. Vidare peikar dei på sinne, forakt, avsky, skuldkjensle, kjensle av avvising og tristleik som delar av konseptet. I ein studie fann Watson og Clark (1984) høge korrelasjonar mellom tolv ulike testar som er meint å måle angst, depresjon, nevrotisisme og defensiv eller sosialt ønskverdig respondering. Blant desse testane var Taylor Manifest Anxiety Scale (TMAS; Taylor, 1956), WAS, State-Trait Anxiety Inventory A-Trait Scale (STAI-A; Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970) , samt underskalaane Pt (Psykasteni) og

Pn (Psykonevrose) frå MMPI. Dei tydelege samanhengane mellom dei tolv måleinstrumenta vart tolka som evidens for at dei kan nyttast som alternative mål på negativ affektivitet. Det vart også funne høge korrelasjonar mellom Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Ward, Hendselson, Mock & Erbaugh, 1961) og fleire av angstmåla, noko som tydar på at negativ affektivitet består av ulike negative emosjonar (Watson og Clark, 1984).

Studiar som nyttar skvetteresponspotensiering («startle response potentiation») bidreg til å kaste lys på høvet mellom psykopati og negativ affektivitet. Patrick, Bradley og Lang (1993) undersøkte ein hypotese om at psykopatar har svekka skvetterreflekspotensiering ved prosessering av aversive stimuli. Eit normalt skvetterrefleksmønster inneber forsterka reaksjonar under eksponering for ubehagelege stimuli, som bilete av lemlesta kroppar, slangar og våpen, medan behagelege stimuli, som bilete av glade born, mat og erotiske motiv, medfører redusert reaksjon. Nøytrale stimuli vil ofte gje reaksjonar som ligg ein stad imellom desse (Patrick, 1994). Skvetterrefleksen framkallast gjerne ved presentasjon av eit kort utbrot av høg, ubehageleg lyd, og kan observerast ved at ein måler blunkerefleksen hjå forsøkspersonen. Patrick og medarbeidarar (1993) studerte skvetterrefleksen hjå innsette seksualforbrytarar som vart klassifiserte som psykopatar (PCL-R-skåre > 30), ikkje-psykopatar (PCL-R-skåre < 20), eller «blanda» deltakarar (PCL-R-skåre mellom 20 og 30). Ikkje-psykopatane viste normalt responsmønster, med redusert reaksjon ved behagelege stimuli og forsterka reaksjon ved ubehagelege stimuli. Psykopatane demonstrerte derimot redusert skvetterrefleks ved aversive stimuli, samanlikna med under presentasjon av nøytrale stimuli. Dette er resultat som tydar på at psykopatar har lågare enn normal reaktivitet for ubehageleg påverknad. Dei «blanda» delatakarane viste ein ekstremvariant av reaksjonsmønsteret til ikkje-psykopatane; dei hadde endå svakare respons ved behagelege stimuli, og endå sterkare respons ved ubehagelege stimuli. Vidare analysar viste at forskjellen mellom blanda og psykopatiske deltakarar kom av variasjon i Faktor 1 (sjølvvisk, kynisk og omsynslaus utnytting av andre).

I tråd med Patrick og medarbeidarar (1993) nytta Cook, Hawk, Davis og Stevenson (1991) skvetterespons-paradigmet og fann at personar med høgt fryktnivå målt med Fear Survey Schedule (FSS; Arrindell, Emmelkamp, & van der Ende, 1984) hadde forsterka respons ved eksponering for ubehagelege stimuli. I tillegg avdekkja studien at også depresjon og sinne var relatert til forsterka skvetterespons (Cook et al., 1991). I ein påfølgande studie fann Cook, Stevenson og Hawk (1993; referert i Patrick, 1994) at personar med høgt nivå av negativ affektivitet viste tydeleg forsterka skvetterespons til aversive stimuli, samanlikna med personar med lågt nivå av negativ affektivitet, som ikkje vart påverka på same måte. Patrick (1994) argumenterer for at den svake skvetteresponsen hjå psykopatar tydar på manglande evne til å nytte aversive stimuli for å motivere forsvarsåtfærd. I studien til Patrick og medarbeidarar (1993) gjeld dette spesifikt å intensivere augeblinking, som er ein beskyttande refleks. Meir generelt handlar det om å fremje unngåing av smertefulle eller straffande situasjonar.

Patrick (1994) studerte høvet mellom negativ affektivitet og psykopati. Studien viste at negativ affektivitet hadde ulik samanheng med Faktor 1 og Faktor 2 målt med PCL-R. Nærare bestemt var mål på negativ affektivitet negativt korrelert med Faktor 1, men positivt korrelert med Faktor 2. Dette stemmer overeins med Harpur, Hare og Hakstian (1989), som fann at Faktor 1 var signifikant negativt relatert til ulike mål på sjølvrapportert angst, medan Faktor 2 berre hadde svak positiv relasjon med eit mål på nevrotisme. Skvetterespons-studiane (Cook et al., 1991; 1993; Patrick et al., 1993) kan sjåast som evidens for at psykopatar har svekka evne til å oppleve eller ta i bruk negative emosjonar. Dette støttast også av studien til Patrick (1994), som nytta sjølvrapporteringsmål på negativ affektivitet, og Harpur og medarbeidarar (1989), som spesifikt undersøkte angst.

### Psykopati og Angst

Cleckley (1955) skildrar angst som «remorse, uneasy anticipation, apprehensive scrupulousness, the sense of being under stress or strain.» (s. 287). Han inkluderer såleis både anger, forventingsangst, samvitsagg og ubehag som følgje av ytre påkjenningar i sin nokså omfattande definisjon. Gray (1987) gir denne definisjonen: «(...) an emotion that is elicited by threats of punishment or failure and by novelty, and which causes the animal to stop, look and listen, and prepare for vigorous action». ICD-10 omtalar angst under grupperinga «Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidingar» (F40-F48). Her finn ein angstlidningar med ulike grader av spesifisitet. Ein av dei meir omfattande angstdiagnosane er generalisert angstlidning. Vanlege symptom her er bekymring, nervøsitet, skjelving, muskelspenningar, svetting, svimmelheit, hjartebank og ubehag i magen.

Spielberger (1972) skiljer mellom trekk-angst («trait anxiety»), og tilstandsavhengig angst («state anxiety»). Nivået av tilstandsavhengig angst vil stige som respons på trugande situasjonar, men ligg på eit stabilt lågt nivå under tilhøve der individet ikkje står overfor opplevd trugsel eller fare av nokon art. Trekk-angst sjåast derimot som ein relativt stabil del av personlegdomen til eit individ - ein disposisjon for å vere engsteleg - som ikkje varierer ved ytre påkjenningar. Empirisk støtte for dette teoretiske skiljet kjem mellom anna frå studiar av emosjonelle reaksjonar hjå pasientar som får utført kirurgiske inngrep (t.d. Auerbach, 1973; Spielberger, Auerbach, Wadsworth, Dunn & Taulbee, 1973). Funn herifrå viser at nivå av trekk-angst var stabile før og etter operasjonen, medan nivå av tilstandsavhengig angst varierte saman med avstand i tid før og etter inngrepet. Cleckley (1955) viser også til dette skiljet når han skildrar psykopaten, som angiveleg er kjenneteikna ved fråver av begge variantar:

Det er svært typisk for han å sleppe ikkje berre den abnormale angsten og spenninga som er grunnleggande karakteristisk for heile denne diagnostiske gruppa<sup>2</sup>, men også å vise relativ immunitet for slik angst og bekymring som kan sjåast som normalt eller passande i forstyrrende situasjonar (s. 384, vår omsetting).

Litteraturen er delt når det gjeld samanhengen mellom psykopati og angst. Somme studiar tydar på at Cleckley kan ha tatt feil då han inkluderte fråver av angst som eit kriterie for psykopati. Til dømes fann Schmitt og Newman (1999) ingen signifikant korrelasjon mellom totalskårer på PCL-R og angst målt med ni ulike sjølvrapporteringsinstrument. Ein hypotese føreslår at antisosial livsstil og medfølgande konsekvensar av denne kan auke rapportering av angst hjå personar som skårar høgt på psykopati (Lilienfeld, 1992). Basert på denne hypotesen kontrollerte Schmitt og Newman for effekten av Faktor 2 (kronisk ustabil og antisosial livsstil). Dette gav ikkje endring i resultatata; psykopati og angst var framleis uavhengige av kvarandre.

Shine og Hobson (1997) fann at sjølvkritikk, skuldkjensle og fiendskap retta mot ein sjølv målt med Hostility and Direction of Hostillity Questionnaire (HDHQ; Caine, Foulds, & Hope, 1967) hadde låg til moderat positiv korrelasjon med Faktor 2. Dei fann også at Faktor 2 hadde positiv assosiasjon med Nevrotisisime (N), målt med Eysenck Personality Questionnaire, Revised (EPQ-R; Eysenck & Eysenck, 1975). Det vart ikkje funne signifikante korrelasjonar mellom Faktor 1 (sjølvvisk, kynisk og omsynslaus utnytting av andre) og nokon av desse måla. Studien viste altså at den einaste koplinga mellom psykopati og negativ affektivitet var ein positiv korrelasjon.

Gullhaugen og Nøttestad (2012) studerte innsette i fengsel med PCL:SV. Personar med sterk indikasjon for psykopati (PCL:SV  $\geq 18$ ) vart definerte som primære psykopatar, medan dei med mogleg indikasjon (PCL:SV  $\geq 13$ ) vart definerte som sekundære psykopatar. Over halvparten av forsøksdeltakarane som hadde skårar som kvalifiserte til primær eller sekundær

---

<sup>2</sup> Her snakkar Cleckley om «psykonevrotikarar», pasientar med personlegdomslidingar som inneber angst, rastløyse, gledesløyse og obsesjon over tankar som personen sjølv veit er absurde.

psykopati var diagnostiserte med affektive lidningar. Om lag 37% oppfylte kriterer for angstliding. Forfattarane poengterer at dersom PCL-R-psykopatar kan diagnostiserast med forstyrringar som er assosierte med personleg liding, så kan vi ikkje seie at kjenslelivet til psykopaten er utelukkande grunt eller kaldt. Resultata frå studien gir blanda støtte til det konseptuelle skiljet mellom primære og sekundære psykopatar. Til dømes viste begge gruppene ein affektiv og interpersonleg profil lik den som tradisjonelt har vore knytt til sekundære psykopatar, noko som kan tyde på at skiljet ikkje er reelt. På den andre sida rapporterte sekundære psykopatar i større grad kjensler av å vere forlatt, fortvilt og mislukka. Samanlikna med primære psykopatar nytta desse også oftare grubling som verkemiddel for å kontrollere kjensler (Gullhaugen & Nøttestad, 2012). Hale, Goldstein, Abramovitz, Calamari og Kosson (2004) fann ikkje negativt forhold mellom Faktor 1 og angstsensitivitet målt med Anxiety Sensitivity Index (ASI; Reiss & McNally, 1985) når dei kontrollerte for trekk-angst. Trekk-angst og WAS-skåre var positivt korrelert med Faktor 2.

På den andre sida finst det også forskning som støttar hypotesen om at psykopatar har lågt angstnivå. Lykken (1957) nytta Anxiety Index (AI; Welsh, 1952) og TMAS for å undersøke sjølvrapportert angst hjå sine forsøksdeltakarar, som var henta frå forbetningsanstaltar og psykiatriske institusjonar. I følgje Lykken undersøker desse måleinstrumenta nevroisisme. For å auke breidda i studien utvikla han eit eige mål, «Anxiety Scale», som er meint å måle reaktiv (tilstandsavhengig) angst i møte med angststimuli i det verkelege liv (Lykken, 1957). Testen baserer seg på sjølvrapportering og inneheld 33 ledd. Kwart ledd består av to aktivitetar som testtakaren må velje mellom. Den eine aktiviteten er ubehageleg fordi den er skremmande eller pinleg, medan den andre er ubehageleg fordi den involverer hardt eller keisamt arbeid. Psykologar ved institusjonane fekk instruksjonar om å sortere deltakarane som primære eller «nevrotiske» psykopatar. Primær psykopati var definert utifrå Cleckley-definisjonen (1955), og kandidatar til den nevrotiske gruppa vart definert ved at dei kunne diagnostiserast med



psykopati, men med vesentlege avvik frå kriteria for primær psykopati. Ei gruppe ikkje-kriminelle kontrollpersonar var også inkludert i studien. Primære psykopatar skåra ikkje lågare enn ikkje-kriminelle kontrollpersonar på AI og TMAS, men dei skåra signifikant lågare på Anxiety Scale. Dei nevrotiske psykopatane skåra signifikant høgare enn kontrollgruppa på AI og TMAS. Lykken målte også lågare reaktivitet i galvanisk hudrespons hjå dei primære psykopatane ved presentasjon av ein betinga auditiv stimulus som var assosiert med elektrisk støy. Dei nevrotiske psykopatane viste svekka ekstinksjon av angstresponsen i samband med den betinga stimulusen. I samsvar med Cleckley konkluderer Lykken med at primære psykopatar har lågt angstnivå.

Ross og medarbeidarar (2007) tok utgangspunkt i at BIS og BAS er sidestilte med høvesvis angst og impulsivitet. Dei undersøkte personar frå normalbefolkninga med sjølvrapporteringsinstrument for BIS/BAS og psykopati. Studien fann at BIS var negativt korrelert med mål på primær psykopati, medan BAS var positivt korrelert med mål på både primær og sekundær psykopati. Forfattarane konkluderte med at, sidan svakt BIS betyr lite angst, og sidan primære psykopatar hadde svakt BIS, vil dette seie at primære psykopatar har låg angst. Dette støttar opp om låg-angst-definisjonen til Cleckley (1955).

Hansen, Stokkeland, Johnsen, Pallesen og Waage (2013) undersøkte forholdet mellom firefasettmodellen for psykopati og Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2; Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen, & Kaemmer, 1989). Totalskåren på PCL-R var negativt korrelert med Depresjon-subskalaen på MMPI-2, noko som stemmer overeins med annan litteratur som tydar på at psykopatar ser ut til å vere mindre utsette for negativ affektivitet. Vidare analyse viste likevel at dette forholdet kom av at Fasett 1 (Interpersonleg) og Fasett 2 (Affektiv) var negativt korrelerte med Depresjonsskalaen. Fasett 1 var også negativt korrelert med supplementærskalaen Angst, noko som samsvarer med Cleckley (1955) sin påstand om at psykopatar er prega av lågt angstnivå.

Forskingslitteraturen peikar altså mot at samanhengen mellom psykopati og angst er meir samansett enn det som dikterast av den tradisjonelle oppfatninga. I samsvar med Cleckley (1955), finn fleire studiar ein negativ samanheng mellom deler av psykopatikonseptet og angst. Nærare bestemt gjeld dette den delen som omtalast som Faktor 1-psykopati (herunder Fasett 1 og 2), eller primær psykopati. På den andre sida har ein annan del av psykopati vist seg å ha ein positiv samanheng med angst. Dette er delen som kallast Faktor 2-psykopati (herunder Fasett 3 og 4), eller sekundær psykopati.

### **Psykopati og Depresjon**

I tillegg til fråver av angst, har det blitt hevda at personar med psykopati er nesten blotta for depressive symptom (Lovelace & Gannon, 1999; Stinson et al., 2005) og at det er moglegheit for at psykopati og depresjon er gjensidig utelukkande (Willemsen, Vanheule og Verhaeghe, 2011). Depresjon kategoriserast under affektive lidingar i ICD-10. Ein depressiv episode er vanlegvis kjenneteikna av senka stemningsleie (tunglynne), redusert energi og aktivitetsnivå. Evna til å glede seg, kjenne interesse og konsentrasjon er nedsett, og uttalt trøttleik er vanleg sjølv ved lett anstrenging. Andre vanlege symptom er redusert sjølvkjensle og sjølvtilitt, skuldkjensle og mindreverdskjensle, triste og pessimistiske tankar om framtida, sjølv mordstankar eller handlingar, svevnforstyrningar og redusert appetitt.

Som nemnd la også Cleckley (1955) vekt på avgrensa breidd av affektive reaksjonar i si skildring av den prototypiske psykopaten. Slik tenking spring ut frå at deprimerte og psykopatar framviser nokså ulike åtferdsmønster og symptom. På eit kognitivt/åtferdsmessig plan kan deprimerte personar oppleve treig tenking og aktivitet, samt vanskar med å ta avgjerder. Psykopatar skildrast derimot som uforsiktige og impulsive. Deprimerte karakteriserast også ved overdriven skuldkjensle, anger og empati, medan psykopatar tenkast å mangle empati og anger, samt å oppleve lite affektivitet (Lovelace & Gannon, 1999).

Trass i brei semje kring ei openberr affektiv forstyrring hjå individ med utprega psykopatiske trekk, viser forskning på feltet sprikande resultat. Weiss og medarbeidarar (1983) identifiserte ei undergruppe individ med antisosial personlegdomsforstyrring, som i tillegg til dei karakteristiske åtferdsmønstra og trekka som kjenneteiknar forstyrringa, kan skildrast som dysforiske, deprimerte og engstelege, ofte med agitasjon, irritabilitet og suicidale tankar, og vanskar med intellektuell fungering. Dei argumenterer for at depresjon er relativt vanleg hjå hospitaliserte<sup>3</sup> psykopatar, like vanleg som hjå matcha kontrollar som ikkje viser mønster av antisosial personlegdomsliding. Forskarane fann at denne undergruppa av «dysforiske psykopatar» (s. 365) kunne utgjere så mykje som ein fjerdedel av alle pasientar med antisosial personlegdomsliding som finst i offentlege psykiatriske sjukehus og polikliniske avdelingar.

Lovelace og Gannon (1999) fann i motsetnad til Weiss og medarbeidarar (1983) negative korrelasjonar mellom antisosiale symptom og depresjonsmål. Ein nyare studie av Willemsen og medarbeidarar (2011) som utforska relasjonen mellom PCL-R og depressive symptomskårar, fann sterke negative korrelasjonar mellom Fasett 1 (Interpersonleg), Fasett 2 (Affektiv) og Fasett 3 (Livsstil) og alvorsgrad av depresjon. Med andre ord: Individ som skåra høgt på desse tre fasettane hadde lågare sannsyn for å vere deprimerte. Dette tydar på at desse fasettane, framfor Fasett 4 (Antisosial), er relevante i prediksjonen av depresjon hjå innsette (til dømes ved vurdering av sjølvmoordsrisiko; Willemsen et al., 2011). To av fasettane, Interpersonleg og Affektiv, er relaterte til primær psykopati, medan livsstilsfasetten er relaterte til sekundær psykopati. Desse funna kan tyde på at individ med hovudsymptom innanfor primær psykopati har lågare depresjonsskåre.

Sjølv om det blei funne ein negativ assosiasjon mellom antisosial personlegdomsforstyrring og depresjon, meiner Willemsen, og medarbeidarar (2011) at konseptta ikkje nødvendigvis er gjensidig utelukkande. Trass i resultatata fann dei klinisk relevante

---

<sup>3</sup> Weiss og medarbeidarar set likskapsteikn mellom ASPD og psykopati og nyttar såleis omgrepa om kvarandre.

symptom på depresjon hjå innsette med svært høg PCL-R-skåre (over 30). Dei meiner resultatane gir støtte for at psykopati (som definert av PCL-R) er eit heterogent konsept (Skeem and Cooke, 2010). Forfattarane oppmoda framtidig forskning til å vidare utforske ulikskapane i opplevinga av depresjon og faktorane som leier til det. I tillegg føreslår dei å nytte andre psykopatikonsept enn det som er utforma av Hare (Willemsen et al., 2011). Undergruppa som Weiss og medarbeidarar (1983) fann kan ha vore sekundære psykopatar, medan Lovelace & Gannon (1999) og Willemsen og medarbeidarar (2011) kan ha identifisert hovudsakleg primære psykopatar. Depresjon er assosiert med både høge nivå av negativ affektivitet og låge nivå av positiv affektivitet (Lovelace & Gannon, 1999). Dersom BAS er det nevralt grunnlaget for positiv affektivitet og BIS er det nevralt grunnlaget for negativ affektivitet, kan depresjon skildrast som eit overaktivt BIS kombinert med eit underaktivt BAS.

### **Oppsummering og Hypotesar**

Det å studere og identifisere ein eventuell samanheng mellom psykopati og negativ affektivitet vil vere viktig av fleire grunnar. Det kan tenkast at negativ affektivitet kan hjelpe til med å skilje mellom undertypar av psykopati. Kunnskap om ulike undertypar og element som inngår i desse kan gje betre føresetnader for etiologikartlegging, samt auke forståing av implikasjonar for behandling (jf. Weiss et al., 1983). Ved kartlegging av psykopati kan det såleis hevdast at det vil vere gunstig å nytte eit verktøy som inkluderer mål på negativ affektivitet. Medan PCL-R adresserer både personlegdomen og dei åtferdsmessige manifesteringane av psykopati, vurderer den ikkje nivå av negativ affektivitet direkte (Decuyper et al., 2008; Hale et al., 2004). Dette kan medføre at ein går glipp av viktig informasjon, ifølgje Gullhaugen og Nøttestad (2013). Med dette som utgangspunkt vil det i denne studien undersøkast om det finst ein samanheng mellom eit nytt måleinstrument for psykopati (CAPP) og eit anerkjend mål på negativ affektivitet (HADS).

Funn (Harpur et al., 1989) tydar på at totalskåre på PCL-R kan maskere relasjonar mellom negativ affektivitet og undergrupper (e.g. faktorer/fasetter) av psykopatiomgrepet. Såleis ser det ut til at ulike deler av psykopatikonseptet er differensielt relatert til negativ affektivitet. Basert på Hansen og medarbeidarar (2013), som fann samanhengar mellom PCL-R-fasettar og negativ affektivitet, og Sandvik og medarbeidarar (2012), som fann samanheng mellom CAPP og PCL-R, ventar vi å finne negativ samanheng mellom CAPP-domene som kan hevdast å måle primær psykopati og negativ affektivitet. Dette er domene som Tilknytingsdomenet og Kjensledomenet, som har vist seg å korrelere med Faktor 1-psykopati (Sandvik et al., 2012). I tillegg er det venta at CAPP-domene som kan hevdast å måle sekundær psykopati vil korrelere positivt med negativ affektivitet. Dette er domene som Åtferdsdomenet og det Kognitive domenet, som korrelerer positivt med Faktor 2-psykopati (Sandvik et al., 2012). Vi ynskjer å kontrollere for effekten av alder, då det har vore vist at deler av psykopatikonseptet, nærare bestemt Faktor 2, reduserast med aukande alder (Harpur & Hare, 1994). Angst og depresjon aukar fram til middelalder (40-60-åra) for så å gå nedover med aukande alder (sjå Jorm [2000] for gjennomgang av epidemiologiske studiar).

## Metode

### Deltakarar

Førtifire mannlege innsette i Bergen fengsel deltok i studien. Aldersspennet på deltakarane var frå 19 til 71 år, med ein gjennomsnittleg alder på 35.91 år (SD 12.58). Soningstida til deltakarane varierte frå 6 veker til 17 år, med eit gjennomsnitt på 4.4 år (SD 5.3). Deltakarane satt inne for ulike lovbrott, inkludert tjuveri, narkotikahandel, væpna ran, barnemishandling og drap. Femtito prosent av dei innsette hadde stoffrelaterte dommar, 42 % hadde voldsrelaterte dommar og 14 % sat inne for seksuelle lovbrott. Tal på domfellingar per person varierte frå ein til 26, med eit gjennomsnitt på 6.9 (SD 6.6). 32.5 % av deltakarane hadde

berre fullført obligatorisk skulegong (ni år). 47.5 % hadde inga høgare utdanning etter vidaregåande skule (mange hadde fullført vidaregåande skule i fengselet). Flesteparten av deltakarane var norske statsborgarar, medan seks var ikkje-norske borgarar. Alle deltakarane prata norsk.

### **Måleinstrument**

**The Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP).** CAPP (Cooke et al., 2004) er eit nytt instrument som er laga for å vurdere psykopatiske personlegdomssymptom. Dei psykometriske eigenskapane til skalaen er framleis under undersøking, men fleire studiar har vist lovande resultat (Hoff, Rypdal, Mykletun & Cooke, 2012; Kreis, Cooke, Michie, Hoff & Logan, 2012). Fleire internasjonale studiar på CAPP pågår (for meir informasjon, sjå [www.gcu.ac.uk/capp/](http://www.gcu.ac.uk/capp/)). CAPP-modellen tar sikte på å omfatte heile breidda av psykopatisk personlegdom. Den er utvikla med eit mål om å oppdage endringar i personlegdomen over tid. Slik blir det mogleg å kartlegge variasjonar i alvorsgraden til symptom både i avgrensa periodar og gjennom heile livsløpet (Hoff et al., 2008).

CAPP-modellen skildrar psykopatisk personlegdom som eit hierarkisk og altomfattande konsept som består av seks symptomdomene: Tilknytingsdomenet, Åtferdsdomenet, det Kognitive domenet, Dominansdomenet, Kjensledomenet og Sjølvdomenet (Hoff et al., 2008). Kvart domene inneheld fleire symptom som indikerer forstyrringar i ulike personlegdomsmessige prosessar eller funksjonar. Domene dekkjer 33 symptom på psykopati. Kvart symptom skårast på ein sjupunktskala (0-6). Minimumskåre er 0 og maksimumskåre er 198. CAPP blei skåra ved bruk av den norske forskingsversjonen (Hoff et al., 2008). Cronbachs alpha for utvalet i denne studien var .947 for totalskåre, .901 for Tilknytingsdomenet, .729 for åtferdsdomenet, .686 for det Kognitive domenet, .883 for Dominansdomenet, .805 for Kjensledomenet og .896 for Sjølvdomenet.

**The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).** HADS (Zigmond & Snaith, 1983) vart utvikla for å vere eit enkelt og reliabelt verktøy for å fange opp angst og depresjon i ein medisinsk setting (Snaith, 2003). Testen inneheld to subskalaar, angst (HADS-A) og depresjon (HADS-D), som kvar er representert med sju ledd. Døme på ledd frå angstdelen er «Jeg føler meg nervøs og urolig» og «Jeg har hodet fullt av bekymringer». Depresjonsdelen inneheld ledd som «Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner» og «Jeg føler meg som om alt går langsommere». Testen er eit sjølvrapporterings skjema der svar på ledda blir indikert på ein likertskala frå 0-3 (t.d. «Aldri - Noen ganger - Ganske ofte - For det meste»). Skjemaet tar mellom to og fem minutt å gjennomføre. Cronbachs alpha i dette utvalet var .831 for totalskåre, .771 for angst og .795 for depresjon.

### **Prosedyre**

Data blei samla inn som ein del av ein større pågåande studie av dynamiske risikofaktorar for kriminell åtferd. Studien blei godkjent av Regional komité for medisinsk og helseforskingsetikk i Norge. Deltaking i studien var frivillig. Som eit krav frå den etiske komitéen, blei den innleiande informasjonen om prosjektet og den første førespurnaden om deltaking utført av ein fengselstilsett. Ingen informasjon er difor tilgjengeleg frå ikkje-deltakarar. Vurderingsintervjua for CAPP blei utført av enten kliniske psykologar eller viderekommande psykologistudentar (totalt fire intervjuarar) som var trent i bruken av CAPP. Dei individuelle intervjua vara frå to til seks timar, og dei fleste intervjua blei tatt opp på band for å mogleggjere vurdering av interrater-reliabilitet. All tilgjengeleg sakshistorieinformasjon (dom, psykiatriske evalueringar, fengselsjournalar etc.) blei også nytta i skåringa. Alvorsgraden til symptoma skårast på grunnlag av ei vurdering av personlegdomsrelaterte problem som har vore synlege i personens psykososiale tilpassing dei siste seks månadane før vurderingstidspunktet.

HADS blei delt ut saman med andre sjølvrapporterings skjema (som mellom anna omfattar generell helse, haldningar og rusmiddelbruk) og blei fylt ut med ein forskar til stades.

Dei innsette fekk skriftleg og verbal informasjon om studien. Før starten av studien las og signerte deltakarane eit informert samtykkeskjema. Deltakarane blei informerte om retten til å forlate studien til ei kvar tid. Det blei lagt vekt på at deltakinga var frivilleg og anonym, slik at deltaking eller mangel på deltaking ikkje ville ha innverknad på statusen deira i rettssystemet.

### **Design og Statistikk**

Pearson product moment-korrelasjonar blei nytta for å vurdere høvet mellom variablane: totalskåre, Tilknytingsdomenet, Åtferdsdomenet, det Kognitive domenet, Dominansdomenet, Kjensledomenet og Sjølvdomenet frå CAPP, og totalskåre, angst og depresjon frå HADS. Vidare vart det utført ein hierarkisk regresjonsprosedyre for å undersøke om CAPP kan predikere skårar på HADS (totalskåre, angst og depresjon). Dei uavhengige variablane var CAPP-domena samt alder, medan HADS totalskåre, angst og depresjon vart nytta som avhengig variabel. SPSS vart nytta for å analysere data.

## **Resultat**

### **Deskriptiv Statistikk**

Gjennomsnitt og standardavik for heile utvalet (N=44) for dei ulike variablene er presentert i Tabell 1.

### **Korrelasjonar**

Analysane viste ein positiv korrelasjon mellom HADS-total og Åtferdsdomenet ( $r = .44$ ,  $p = .005$ ). Det var også avdekka positiv korrelasjon mellom HADS-Angst og Åtferdsdomenet ( $r = .47$ ,  $p = .003$ ). Resultata viste også positiv korrelasjon mellom HADS-Depresjon og Kjensledomenet ( $r = .41$ ,  $p = .011$ ). (sjå Tabell 1).



Tabell 1. Pearson-korrelasjonar for alder, CAPP og HADS

Variablar	N	Mean	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Alder	44	35.91	12.58	1	.112	.089	-.197	-.042	.308 <sup>c</sup>	.079	.214	-.078	-.178	.048
2. CAPP Total	44	65.95	34.19	.112	1	.766**	.672**	.809**	.894**	.852**	.854**	.203	.039	.309
3. CAPP Tilknytning	44	7.25	5.79	.089	.766**	1	.348*	.467**	.672**	.678**	.609**	-.007	-.119	.108
4. CAPP Åtferd	44	13.75	6.95	-.197	.672**	.348*	1	.678**	.420**	.542**	.356*	.444**	.470**	.281
5. CAPP Kognitiv	44	11.68	5.71	-.042	.809**	.467**	.678**	1	.642**	.667**	.554**	.248	.185	.237
6. CAPP Dominans	44	11.18	8.20	.308*	.894**	.672**	.420**	.642**	1	.663**	.856**	.002	-.157	.165
7. CAPP Kjensle	44	11.73	6.57	.079	.852**	.678**	.542**	.667**	.663**	1	.639**	.221	-.029	.410*
8. CAPP Sjølv	44	10.36	8.81	.214	.854**	.609**	.356*	.554**	.856**	.639**	1	.101	-.102	.279
9. HADS Total	38	15.71	7.05	-.078	.203	-.007	.444**	.248	.002	.221	.101	1	.853**	.846**
10. HADS Angst	38	8.71	4.20	-.178	.039	-.119	.470**	.185	-.157	-.029	-.102	.853**	1	.443**
11. HADS Depresjon	38	7.00	4.10	.048	.309	.108	.281	.237	.165	.410*	.279	.846**	.443**	1

\*p &lt; .05 \*\*; p &lt; .01

### Hierarkisk Multipel Regresjon

**Psykopati og negativ affektivitet (HADS-total).** Ein hierarkisk multipel regresjon vart nytta for å undersøke om psykopati målt med CAPP kan predikere negativ affektivitet som målt med HADS, etter at effekten av alder er kontrollert for. Alder utgjorde variabelen i Blokk 1, og forklarte 0.6% av variansen i negativ affektivitet. Etter at Blokk 2, bestående av CAPP-domena, vart inkludert, var den totale variansen forklart av modellen 31 %,  $F(7, 30) = 1.924$ ,  $p = .100$ . CAPP-domena forklarte 30.4% av variansen i negativ affektivitet etter at alder var kontrollert for,  $R^2 \text{ change} = 30.4$ ,  $F \text{ change}(6, 30) = 2.200$ ,  $p = .071$ . I den endelege modellen var berre Åtferdsdomenet statistisk signifikant ( $\beta = .530$ ,  $p = .021$ ).

**Psykopati og angst.** Vidare vart det undersøkt om psykopati målt med CAPP kan predikere nivå av angst målt med HADS, etter at effekten av alder er kontrollert for. Alder utgjorde variabelen i Blokk 1, og forklarte 3.2% av variansen i angst. Etter at Blokk 2, bestående av CAPP-domena, vart inkludert, var den totale variansen forklart av modellen 42.1%,  $F(7,30) = 3.114$ ,  $p = .014$ . CAPP-domena forklarte 38.9% av variansen i angst etter at alder var

kontrollert for,  $R$  squared change = .389,  $F$  change (6, 30) = 3.359,  $p$  = .01. I den endelege modellen var berre Åtferdsdomenet statistisk signifikant ( $beta = .714$ ,  $p = .001$ ).

**Psykopati og depresjon.** Det vart også undersøkt om psykopati målt med CAPP kan predikere nivå av depresjon målt med HADS, etter at effekten av alder blei kontrollert for. Alder utgjorde variabelen i Blokk 1, og forklarte 0.2% av variansen i depresjon. Etter at Blokk 2, bestående av CAPP-domena, vart inkludert, var den totale variansen forklart av modellen 28.2%,  $F(7, 30) = 1.683$ ,  $p = .151$ . CAPP-domena forklarte 28% av variansen i depresjon etter at alder var kontrollert for,  $R$  squared change = .280,  $F$  change (6, 30) = 1.947,  $p = .105$ . I den endelege modellen var berre Kjensledomenet statistisk signifikant ( $beta = .562$ ,  $p = .041$ ).

Tabell 2. Oppsummering av hierarkisk regresjonsanalyse

Avhengig Variabel	Predikatorar	B	SE B	$\beta$	p	
HADS-Total	Steg 1					
	Konstant	17.282	3.536			
	Alder	-.044	.093	-.078	.641	$F(1, 36) = .221, p = .641, \Delta R^2 = -.022$
	Steg 2					
	Konstant	6.924	4.676			
	Alder	.079	.099	.141	.433	
	Tilknytning	-.176	.281	-.145	.535	
	Åtferd	.538	.221	.530	.021*	
	Kognitiv	.058	.319	.047	.857	
	Dominans	-.538	.314	-.626	.097	
	Kjensle	.177	.276	.165	.527	
Sjølvs	.300	.241	.375	.223	$F(6, 30) = 2.200, p = .071, \Delta R^2 = .149$	
HADS-Angst	Steg 1					
	Konstant	10.845	2.079			
	Alder	-.059	.055	-.178	.284	$F(1, 36) = 1.181, p = .284, \Delta R^2 = .005$
	Steg 2					
	Konstant	4.289	2.551			
	Alder	.044	.054	.131	.427	
	Tilknytning	.009	.153	.012	.955	
	Åtferd	.431	.120	.714	.001**	
	Kognitiv	.113	.174	.154	.520	
	Dominans	-.314	.171	-.614	.077	
	Kjensle	-.174	.151	-.272	.257	
Sjølvs	.106	.132	.222	.428	$F(6, 30) = 3.359, p = .012, \Delta R^2 = .286$	
HADS-Depresjon	Steg 1					
	Konstant	6.437	2.061			
	Alder	.016	.054	.048	.774	$F(1, 36) = .084, p = .774, \Delta R^2 = -.025$
	Steg 2					
	Konstant	2.635	2.775			
	Alder	.035	.059	.108	.554	
	Tilknytning	-.185	.167	-.261	.276	
	Åtferd	.107	.131	.181	.421	
	Kognitiv	-.055	.189	-.077	.772	
	Dominans	-.224	.186	-.449	.238	
	Kjensle	.351	.164	.562	.041*	
Sjølvs	.194	.143	.418	.185	$F(6, 30) = 1.974, p = .105, \Delta R^2 = .114$	

\*  $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

### Diskusjon

Målet med denne studien var å undersøke relasjonen mellom eit nytt psykopatimål (CAPP) og negativ affektivitet (angst og depersjon målt med HADS). Resultata viser ingen samanheng mellom totalskåre på CAPP og totalskåre på HADS, men undersøking av korrelasjonar mellom domene på CAPP og HADS viser at det er ein samanheng mellom Åtferdsdomenet og totalskåre på HADS, samt mellom Åtferdsdomenet og HADS-Angst. Vidare viste regresjonsanalysane at det var ein positiv samanheng mellom Kjensledomenet og HADS-Depresjon. I motsetnad til antakingane våre, ser ikkje alder ut til å påverke relasjonen mellom psykopati og negativ affektivitet i betydeleg grad.

Relasjonen mellom totalskårane på CAPP og HADS var ikkje signifikant. Dette funnet kan tolkast som motstridande til Cleckley (1955) sitt kriterie om at psykopatar er kjenneteikna ved fråver av angst og nervøsit. Støtte til Cleckley ville spesifikt innebere funn av ein negativ korrelasjon mellom skårar på CAPP og HADS. Resultatet er likevel ikkje overraskande, då tidlegare studiar ikkje har lukkast i å finne samanheng mellom total psykopatiskåre og negativ affektivitet (Schmitt & Newman, 1999). Studien fann derimot ein signifikant samanheng mellom Åtferdsdomenet på CAPP og total HADS-skåre ( $r = .44$ ). Slik kan det argumenterast for at det finst ein signifikant samanheng mellom psykopati målt ved CAPP og negativ affektivitet målt ved HADS, men at denne samanhengen kan maskerast når ein nyttar totalskåren på begge måla. Dette funnet støttar påstanden om at psykopati ikkje bør behandlast som eit einskapleg konsept (Karpman, 1941). Ved nærare analyse vart det funne at det var angstdelen på HADS som stod for den positive korrelasjonen med Åtferdsdomenet på CAPP ( $r = .47$ ). Åtferdsdomenet var det einaste CAPP-domenet som hadde signifikant relasjon til HADS-Angst.

Fleire studiar har funne samanheng mellom ulike faktorar eller fasettar under eit overordna psykopatiomgrep, og instrument som kan seiast å måle negativ affektivitet (Hansen et al., 2013; Lykken, 1957; Patrick, 1994). Det typiske funnet frå studiar som nyttar ein

tofaktormodell for psykopati er at Faktor 1-psykopati er negativt korrelert med negativ affektivitet, medan Faktor 2-psykopati er positivt korrelert med negativ affektivitet (Hansen et al., 2013; Patrick, 1994). Nyare studiar tydar på at ein firefasettmodell eignar seg betre enn tofaktormodellen for å dekke psykopatiomgrepet (Hare & Neumann, 2005; 2006). Studiar som nyttar ein firefasettmodell for psykopati viser at Fasett 1 og 2 korrelerer negativt med negativ affektivitet, medan Fasett 3 og 4 korrelerer positivt med negativ affektivitet (Hansen et al., 2013).

I denne studien var det venta å finne negativ samanheng mellom CAPP-domene som kan hevdast å måle primær psykopati og negativ affektivitet. Sandvik og medarbeidarar (2012) viser at Fasett 2 (Affektiv) på PCL-R korrelerer med Tilknytingsdomenet og Kjensledomenet på CAPP. Desse to domena var såleis venta å korrelere negativt med HADS. Denne hypotesen får ikkje støtte frå resultata her, då desse domena ikkje hadde ein signifikant korrelasjon med totalskåre på HADS. Vidare avdekte studien at Kjensledomenet korrelerte *positivt* med depresjonsdelen av HADS. Dette er overraskande sidan Kjensledomenet korrelerer med Fasett 2, som i litteraturen er negativt korrelert med negativ affektivitet (Hansen et al., 2013). Eit nærare blikk på Kjensledomenet kan hjelpe til med å forklare desse resultata. Komponentane som inngår i kjensledomenet er: 1) Manglar engsting; 2) Manglar glede; 3) Manglar kjenslemessig djupn; 4) Manglar kjenslemessig stabilitet; og 5) Manglar anger.

Her kan det vere relevant å sjå på komponenten «Manglar glede». Denne komponenten inneber at mindre glede vil bidra til høgare psykopatiskåre, altså reknast gledesløyse her som eit kjenneteikn på psykopati. Ein annan komponent, «Manglar kjenslemessig djupn», skildrast i CAPP-manualen med nøkkelord som «kjenslelaus», «likegyldig» og «uttrykkslaus». Alle desse trekka kan seiast å stemme godt overeins med Cleckley-kriteriet «Generell mangel på affekt» og PCL-R-kriteriet «Grunne affektar». Som tidlegare nemnd er «Grunne affektar» også med på å utgjere Fasett 2.

På den andre sida er trekka svært relevante for depresjon. Dersom ein ser på depresjonsdelen på HADS, finn ein ledd som «Jeg er i godt humør»; «Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner»; og «Jeg ser med glede frem til hendelser og ting». Dette er ledd som kan tenkast å samvarierte med dei nemnde komponentane på CAPP. Det er likevel stor moglegheit for at sistnemnde ikkje er meint å skulle indikere depresjon. Den positive korrelasjonen mellom Kjensledomenet og depresjonsdelen på HADS indikerer såleis ikkje nødvendigvis at personar som skårar høgt på primær psykopati har depressive tendensar; den seier oss snarare at desse personane opplever lite affektivitet, både av positiv og negativ natur.

Dersom dette skulle vise seg å stemme, set det resultatet i denne studien i eit nytt lys. I utgangspunktet såg det, overraskande nok, ut til å vere avdekket ein positiv korrelasjon mellom primær psykopati og negativ affektivitet. Når ein studerer samanhengen nærare, kan det likevel verke som at det heller dreier seg om ein korrelasjon mellom primær psykopati og *fråver av* affektivitet. Dette funnet er mindre overraskande, då det stemmer godt overeins med eksisterande forskingslitteratur.

Eit anna oppsiktsvekkande aspekt ved Kjensledomenet er at det inneheld komponentar som kan sjå ut til å motseie kvarandre. Dersom ein følgjer resonnementet i førre avsnitt, kan ein seie at høge skåre på Kjensledomenet hovudsakleg indikerer fråver av affektivitet. Dette kan hevdast å stemme godt med fire av dei fem komponentane som utgjer domenet, nemleg «manglar engsting», «manglar glede», «manglar kjenslemessig djupn» og «manglar anger»; ved høge skåre vil kvar av desse peike mot eit lågt nivå av affektivitet. Den femte komponenten i domenet er «manglar kjenslemessig stabilitet», og denne ser ut til å skilje seg ut ved at den karakteriserast av trekk som ikkje verkar å vere skildrande for ein person med eit flatt, unyansert og upåverkeleg kjensleliv. Nøkkelord som kjenneteiknar denne komponenten er «temperamentsfull», «humørsjuk» og «irritabel». I CAPP-manualen (Hoff et al., 2008) kan ein lese om psykopati at «hovedproblemene [er] knyttet til overflatiske affektive opplevelser og

dysregulering av følelser» (s. 21). Ein kan setje spørjeteikn ved om det eigentleg er mogleg at problema det refererast til faktisk kan inngå i éi og same personlegdomsforstyrning.

Grunngjevinga for dette er ei antaking om at dysregulering av kjensler nødvendigvis vil innebere at det førekjem «affektive opplevingar» av ein intensitetsgrad som bevegar seg utover det ein kan kalle «overflatisk». Det kan altså argumenterast for at Kjensledomenet inneheld komponentar som «dreg i ulike retningar» når det gjeld måling av affektivitet. Ein tenkjeleg konsekvens av dette vil vere at Kjensledomenet, slik det er utforma i den gjeldande versjonen av CAPP, ikkje kan nyttast som eit mål på affektivitetsnivå.

I motsetnad til det som var venta, vart det ikkje funne signifikant korrelasjon mellom Tilknytingsdomenet og negativ affektivitet. For å forstå dette kan det vere nyttig å sjå nærare på samanhengen mellom Tilknytingsdomenet og Fasett 2 på PCL-R. Dersom ein ser på komponentane som utgjer kvar av desse, kan ein finne éin komponent som er felles for begge, nemleg manglande empati. Ser ein på resten av komponentane, er det få openberre likskapar. Utanom manglande empati inneheld Tilknytingsdomenet «Manglar tilknytning til andre», «Manglar forpliking i forhold til andre» og «Manglar omsorg for andre». Fasett 2 har komponentane «Manglar anger eller skuldkjensle», «Grunne affektar», og «Manglande ansvarstaking». Det kan tenkast at korrelasjonen mellom Tilknytingsdomenet og Fasett 2 i stor grad skuldast empatikomponenten. Komponentar som *ikkje* er felles for desse to kan ha mykje å seie for relasjonen som er avdekka mellom Fasett 2 og negativ affektivitet (Hansen et al., 2013). Altså kan det hovudsakleg vere andre komponentar enn manglande empati i Fasett 2 som er knytte til negativ affektivitet.

Det var også venta at CAPP-domene som kan hevdast å måle sekundær psykopati ville korrelere positivt med negativ affektivitet. I Sandvik og medarbeidarar. (2012) kjem det fram at Fasett 3 (Livsstil) korrelerer med det Kognitive domenet og Fasett 4 (Antisosial) korrelerer med Åtferdsdomenet på CAPP. Desse to CAPP-domena var såleis forventa å korrelere positivt med

HADS-skårar. Denne hypotesen får delvis støtte, då Åtferdsdomenet korrelerte positivt med totalskåre på HADS. Åtferdsdomenet fokuserer på regulering av målretta aktivitet, inkludert svikt i forsøk på å etablere tilpassingsdyktige strategiar for å mestre kvardagen på ein systematisk, konsistent eller planlagd måte. Eit nøkkelaspekt er svikt i å kontrollere impulsar, inkludert aggressive impulsar. Det føreligg seks komponentar i dette domenet: 1) Manglar uthald; 2) Upåliteleg; 3) Uaktsam; 4) Rastlaus; 5) Opposisjonell; og 6) Aggressiv.

Ein person som skårar høgt på Åtferdsdomenet vil såleis ha ei tilbøyelegheit til impulsiv og aggressiv åtferd. Den positive korrelasjonen med totalskåre på HADS kan tenkast å kome av dei negative konsekvensane slik åtferd kan medføre, noko som samsvarer med hypotesen om at samanhengen mellom sekundær psykopati og angst kan forklarast av negative følgjer av antisosial, impulsiv åtferd (Lilienfeld, 1992). Dersom dette stemmer, vil det synest naturleg at Åtferdsdomenet korrelerer meir med angstdelen av HADS enn med depresjonsdelen. Dette er også noko som kjem fram av resultata: Den positive korrelasjonen mellom Åtferdsdomenet og HADS viser seg å skuldast relasjonen mellom Åtferdsdomenet og angstdelen av HADS; Åtferdsdomenet og depresjonsdelen er ikkje signifikant korrelerte. Funnet av positiv korrelasjon mellom Åtferdsdomenet og angst stemmer godt med tidlegare forskning som har funne at personar som skårar høgt på Faktor 2-psykopati (herunder Fasett 3 og 4) eller sekundær psykopati kan oppleve negativ affektivitet (t.d. Patrick, 1994; Shine & Hobson, 1997).

I likskap med forholdet mellom Tilknytingsdomenet og Fasett 2 som er omtala over, har det Kognitive domenet og Fasett 3 éin komponent med openberr overlapp: Det Kognitive domenet inneheld «Manglar planmessigheit», medan Fasett 3 inneheld «Mangel på realistiske framtidsplanar». Det kan tenkast at andre faktorar enn planmessigheit er essensielle for samanhengen mellom Fasett 3 og negativ affektivitet.



### **Konklusjon**

CAPP har som mål å fange heile psykotiogramrepet i testen. Når det gjeld negativ affektivitet lukkast den delvis i dette. Somme av CAPP-domena har komponentar som kan sjå ut til å undersøke ulike aspekt ved negativ affektivitet. Det finst óg korrelasjonar mellom CAPP-domene og fasettar under PCL-R (Sandvik et al., 2012) som igjen har vist seg å ha samanheng med negativ affektivitet (Hansen et al., 2013). Denne studien fann ein samanheng mellom sekundær psykotiografi og negativ affektivitet som stemmer overeins med tidlegare forskning. Nærare bestemt gjaldt dette den positive samanhengen mellom Åtferdsdomenet på CAPP og angstdelen på HADS. Dette kan tyde på at Åtferdsdomenet potensielt kan nyttast som ein indikator for angst.

Det vart også funne ein uventa positiv samanheng mellom Kjensledomenet på CAPP og depresjonsdelen på HADS. Denne samanhengen kan likevel vere eit resultat av trekk som desse skalaane har felles, men som eigentleg inngår i målinga av to ulike konsept. Meir spesifikt er det mogleg at Kjensledomenet måler affektivitetsnivå, medan HADS inneheld ytterlegare ledd som gjer den til eit mål på depresjon. Dette vil i tilfelle antyde at vesentlege depresjonssymptom ikkje fangast opp av CAPP. Ved å legge til ledd for slike symptom vil ein kunne avgjere om personen skårar høgt på depresjon eller om det dreier seg om eit generelt lågt affektivitetsnivå.

### **Avgrensingar**

Denne studien har nokre avgrensingar som bør nemnast. Først og fremst er utvalstorleiken relativt liten (n=44), noko som kan redusere studiens statistiske styrke. Den tidkrevande vurderingsmetoden som vart nytta (intervju og gjennomgang av domspapir) avgrensar moglegheita til å auke utvalstorleiken. Av etiske omsyn var deltaking i studien frivillig. Bruk av eit bekvemlegeheitsutval beståande av berre mannlege innsette kan potensielt vere med på å svekke generaliserbarheita av funna.

I tillegg bestod utvalet i studien utelukkande av mannlege forsøkspersonar. Dette inneber at resultatata ikkje nødvendigvis kan generaliserast til kvinner med høg psykopatiskåre.

Majoriteten av psykopatistudiar har vore utførte på menn, og kunnskapen om kvinnelege psykopatar er difor avgrensa. Likevel finst det forskning som tydar på at menn og kvinner med psykopati kjem ut med ulike profilar når dei undersøkast med PCL-R (Salekin, Rogers, Ustad & Sewell, 1998; Vitale & Newman, 2001). Kreiss og Cooke (2011) nytta CAPP for å undersøke kjønnsforskjellar og fann at psykopatiske kvinner var meir manipulative og emosjonelt ustabile enn psykopatiske menn, samt at dei utviste mindre grandiositet, (fysisk) aggresjon og dominans. Basert på dette finst det grunn til å anta at studien kunne gitt andre resultat ved bruk av eit utval som bestod av berre kvinner eller både mannlege og kvinnelege forsøkspersonar.

Ei anna avgrensing er val av måleinstrument for negativ affektivitet (HADS), som hovudsakleg måler tilstandsavhengig angst og depresjon. Vidare forskning kan med fordel ta i bruk eit mål som måler både trekk- og tilstandsavhengig angst (t.d. STAI-A; Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970). Det samme gjeld for depresjon. Uavhengige mål på både angst og depresjon kunne også vore nytta for å undersøke korrelasjonane mellom desse uavhengig av kvarandre (t.d. BAI og BDI). Det blir føreslått at dysforien til psykopatane ikkje er essensielt situasjonell, slik ein trudde i starten, men at den operasjonelt er svært lik angst og depresjon hjå andre pasientar (Weiss et al., 1983). Eit meir omfattande måleinstrument, som MMPI, kunne ha avdekkja fleire nyansar mellom CAPP og spekteret av negativ affektivitet. Funna i denne studien stemmer likevel overeins med ein tidlegare studie (Hansen, Stokkeland, Pallesen, Johnsen & Waage, 2013) som såg på relasjonen mellom MMPI og PCL-R.

Ein kan truleg stille spørsmål ved definisjonen av negativ affektivitet i denne studien. Det kan argumenterast for at konseptet negativ affektivitet rommar meir enn berre angst- og depresjonssymptom. Det kan tenkast at andre emosjonar, som til dømes frykt, også bør inngå i negativ affektivitet. Inklusjon av andre emosjonar kan påverke og samanhengar mellom

psykopati og negativ affektivitet i ulike retningar. I samband med dette kan det likevel påpeikast at dei ulike studiane som er omtala i denne oppgåva gjer bruk av ulike mål på angst, og at nokre av desse truleg kan hevdast å også undersøke frykt. Såleis er det grunn til å tru at inklusjon av frykt i konseptet negativ affektivitet ikkje ville ugyldiggjere resultata i denne studien. Forsking som viser komorbiditet mellom affektive lidningar er også ein indikasjon på at andre negative emosjonar trygt kan inkluderast.

**Referansar**

- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1. utg.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. utg.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andrade, J. T. (2008). The inclusion of antisocial behavior in the construct of psychopathy: A review of the research. *Aggression and Violent Behavior, 13*(4), 328-335.  
doi:10.1016/j.avb.2008.05.001
- Arrindell, W. A., Emmelkamp, P. M. & V. D. Ende, J. (1984). Phobic dimensions: I. Reliability and generalizability across samples, gender and nations: The fear survey schedule (FSS-III) and the fear questionnaire (FQ). *Advances in Behaviour Research and Therapy, 6*(4), 207-253. doi:10.1016/0146-6402(84)90001-8
- Auerbach, S. M. (1973). Trait-state anxiety and adjustment of surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 40*(2), 264-271. doi:10.1037/h0034538
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*(6), 561-571.  
doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.
- Blackburn, R. (1975). An empirical classification of psychopathic personality. *The British Journal of Psychiatry, 127*(5), 456-460. doi:10.1192/bjp.127.5.456
- Blair R. J. R., Peschardt K. S., Budhani S., Mitchell D. G. V. & Pine D. S. (2006). The development of psychopathy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry (47)*3, 262-275. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01596.x

- Brinkley, C. A., Schmitt, W. A., Smith, S. S. & Newman, J. P. (2001). Construct validation of a self-report psychopathy scale: Does Levenson's self-report psychopathy scale measure the same constructs as Hare's psychopathy checklist-revised? *Personality and Individual Differences*, 31(7), 1021-1038. doi:10.1016/S0191-8869(00)00178-1
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A. & Kaemmer, B. (1989) *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring*. Minneapolis, Mn: University of Minnesota Press.
- Caine, T. M., Foulds, G. A. & Hope, K. (1967). *Manual of the hostility and direction of hostility questionnaire*. London: University of London Press.
- Cleckley, H. M. (1955). *The mask of sanity: An attempt to clarify some issues about the so-called psychopathic personality* (3. utg.). St Louis, MO: The C. V. Mosby Company.
- Henta 28.08.2013, frå  
<http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=browsePB.chapters&pbid=11395>
- Cook, E. W., Hawk, L. W., Davis, T. L. & Stevenson, V. E. (1991). Affective individual differences and startle reflex modulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(1), 5-13. doi:10.1037/0021-843X.100.1.5
- Cooke, D. J., Hart, S. D., Logan, C. & Michie, C. (2004). Comprehensive assessment of psychopathic personality-Institutional Rating Scale (CAPP-IRS). *Upublisert manuskript*.
- Cooke, D. J. & Michie, C. (2001). Refining the construct of psychopathy: Towards a hierarchical model. *Psychological Assessment*, 13(2), 171-188.  
doi:10.1037/1040-3590.13.2.171
- Decuyper, M., De Fruyt, F. & Buschman, J. (2008). A five-factor model perspective on psychopathy and comorbid Axis II disorders in a forensic-psychiatric sample. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 394-406.  
doi:10.1016/j.ijlp.2008.08.008

Eysenck, H. J. & Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*.

London: Hodder and Stoughton.

Forth, A. E., Kosson, D. S. & Hare, R. D. (2003). *Hare Psychopathy Checklist: Youth version*

(*PCL: YV*). Toronto: Multi-Health Systems.

Fowles, D. C. (1980). The three arousal model: Implications of Gray's two-factor learning

theory for heart rate, electrodermal activity, and psychopathy. *Psychophysiology*, 17(2),

87-104. doi:10.1111/j.1469-8986.1980.tb00117.x

Frick, P. J., O'Brien, B. S., Wootton, J. M. & McBurnett, K. (1994) Psychopathy and conduct

problems in children. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(4), 700-707.

doi:10.1037/0021-843X.103.4.700

Gray, J. A. (1975). *Elements of a two-process theory of learning*. New York, NY: Academic

Press.

Gray, J. A. (1987). *The psychology of fear and stress*. Cambridge: Cambridge University

Press.

Gullhaugen, A. S. & Nøttestad, J. A. (2012). Under the surface: The dynamic interpersonal and

affective world of psychopathic high-security and detention prisoners. *International*

*Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 56(6), 917-936.

doi:10.1177/0306624X11415633

Hale, L. R., Goldstein, D. S., Abramowitz, C.S., Calamari, J. E. & Kosson D. S. (2004).

Psychopathy is related to negative affectivity but not to anxiety sensitivity.

*Behaviour Research and Therapy*, 42(6), 697-710.

doi: 10.1016/S0005-7967(03)00192-X

- Hansen, A. L., Stokkeland, L., Pallesen, S., Johnsen, B. H. & Waage, L. (2013). The relationship between the psychopathic checklist-revised and the MMPI-2: A pilot study. *Psychological Reports: Measures & Statistics*, 112(2), 445-457.  
doi:10.2466/03.09.PR0.112.2.445-457
- Hare, R. D. (1994). *Without conscience: The disturbing world of the psychopaths among us*. Guilford Press.
- Hare, R. D. (1996). Psychopathy a clinical construct whose time has come. *Criminal justice and behavior*, 23(1), 25-54.
- Hare, R. D. (2003). *Hare Psychopathy Checklist -Revised (PCL-R) (2. utg.)*. North Tonawada, NY: Multi-Health Systems Inc.
- Hare, R. D., McPherson, L. M. & Forth, A. E. (1988). Male Psychopaths and their criminal careers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(5), 710-714.  
doi:10.1037/0022-006X.56.5.710
- Hare, R. D. & Neumann, C. S. (2005). Structural models of psychopathy. *Current Psychiatry Reports*, 7(1), 57-64. doi:10.1007/s11920-005-0026-3
- Hare, R.D. & Neumann, C.S. (2006). The PCL-R assessment of psychopathy. Development, structural properties and new directions. I C. J. Patrick (Red.), *Handbook of psychopathy* (s. 481-494). New York, NY: Guilford Press.
- Harpur, T. J. & Hare, R. D. (1994). Assessment of psychopathy as a function of age. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(4), 604-609. doi:10.1037/0021-843X.103.4.604
- Harpur, T. J., Hakstian, A. R. & Hare, R. D. (1988). Factor structure of the Psychopathy Checklist. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(5), 741-747.  
doi:10.1037/0022-006X.56.5.741

- Harpur, T. J., Hare, R. D. & Hakstian, A. R. (1989). Two-factor conceptualization of psychopathy: Construct validity and assessment implications. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(1), 6-17.  
doi:10.1037/1040-3590.1.1.6
- Harpur, T. J., Hart, S. D. & Hare, R. D. (2002). Personality of the psychopath. I P. T. Costa Jr. & Widiger, T. A. (Red.). *Personality disorders and the five-factor model of personality* (2. utg.). (s. 299-324). Washington, DC: American Psychological Association .  
doi:10.1037/10423-019
- Harris, G.T. & Rice, M.E. (2006). Treatment of psychopathy: A review of empirical findings. I C.J. Patrick (Red.), *Handbook of psychopathy* (s. 481-494). New York, NY: Guilford Press.
- Hart, S. D., Cox, D. N. & Hare, R. D. (1995). *Manual for the psychopathy checklist: Screening version (PCL: SV)*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hoff, H. A., Olsen, G. J., Gullbrå, T. & Nome, S. (2008). CAPP: Allsidig kartlegging av psykopatisk personlighetsforstyrrelse [Translated after the original version "CAPP: The Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality Disorder" by Cooke, D. J., Hart, S. D., Logan, C., & Michie, C.]. Upublisert manuskript. Haukeland University Hospital. Bergen, Norway.
- Holmes, C. A. (1991) Psychopathic disorder: A category mistake? *Journal of Medical Ethics*, 17(2), 77-85. doi:10.1136/jme.17.2.77
- Jorm, A. F. (2000) Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span. *Psychological Medicine*, 30(1), 11-22.
- Karpman, B. (1941). On the need of separating psychopathy into two distinct clinical types: the symptomatic and the idiopathic. *Journal of Criminal Psychopathology*, 3, 112-137.



- Karpman, B. (1946). Psychopathy in the scheme of human typology. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 103(3), 276-288.
- Karpman, B. (1948). The myth of the psychopathic personality. *American Journal of Psychiatry*, 104, 523-534.
- Kreis, M. K. & Cooke, D. J. (2011). Capturing the psychopathic female: A prototypicality analysis of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) across gender. *Behavioral Sciences & the Law*, 29(5), 634-648. doi:10.1002/bsl.1003
- Levenson, M. R., Kiehl, K. A. & Fitzpatrick, C. M. (1995). Assessing psychopathic attributes in a noninstitutionalized population. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(1), 151-158. doi:10.1037/0022-3514.68.1.151
- Lilienfeld, S. O. (1992). The association between antisocial personality and somatization disorders: A review and integration of theoretical models. *Clinical Psychology Review*, 12(6), 641-662. doi:10.1016/0272-7358(92)90136-V
- Lovelace, L. & Gannon, L. (1999). Psychopathy and depression: mutually exclusive constructs? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 30(3), 169-176. doi:10.1016/S0005-7916(99)00022-1
- Lykken, D. T. (1957). A study of anxiety in the sociopathic personality. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 55(1), 6-10. doi:10.1037/h0047232
- Lykken, D. T. (1995). *The antisocial personalities*. Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Newman, J. P., MacCoon, D. G., Vaughn, L. J. & Sadeh, N. (2005). Validating a distinction between primary and secondary psychopathy with measures of Gray's BIS and BAS constructs. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(2), 319-323. doi:10.1037/0021-843X.114.2.319
- Partridge, G. E. (1930). Current conceptions of psychopathic personality. *The American Journal of Psychiatry*, 10, 53-99.

- Patrick, C. J., Bradley, M. M. & Lang, P. J. (1993). Emotion in the criminal psychopath: Startle reflex modulation. *Journal of Abnormal Psychology, 102*(1), 82-92.  
doi:10.1037/0021-843X.102.1.82
- Patrick, C. J. (1994). Emotion and psychopathy: Startling new insights. *Psychophysiology, 31*(4), 319–330. doi:10.1111/j.1469-8986.1994.tb02440.x
- Porter, S. & Woodworth, M. (2006). Psychopathy and aggression. I C.J. Patrick (Red.), *Handbook of psychopathy* (s. 481-494). New York, NY: Guilford Press.
- Reiss, S. & McNally, R. J. (1985). Expectancy model of fear. I S. Reiss & R. R. Bootzin (Red.), *Theoretical issues in behavior therapy* (s. 107–121). San Diego, CA: Academic Press.
- Ross, S. R., Moltó, J., Poy, R., Segarra, P., Pastor, M. C. & Montañés, S. (2007). Gray's model and psychopathy: BIS but not BAS differentiates primary from secondary psychopathy in noninstitutionalized young adults. *Personality and Individual Differences, 43*(7), 1644-1655. doi:10.1016/j.paid.2007.04.020
- Salekin, R. T., Rogers, R., Ustad, K. L. & Sewell, K. W. (1998). Psychopathy and recidivism among female inmates. *Law and Human Behavior, 22*(1), 109-128. Henta frå <http://www.jstor.org/stable/1393998>
- Sandvik, A. M., Hansen, A. L., Kristensen, M. V., Johnsen, B. H., Logan, C. & Thornton, D. (2012). Assessment of Psychopathy: Inter-correlations between Psychopathy Checklist Revised, Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality–Institutional Rating Scale, and Self-Report of Psychopathy Scale–III. *International Journal of Forensic Mental Health, 11*(4), 280-288. doi:10.1080/14999013.2012.746756
- Shine, J. & Hobson, J. (1997). Construct validity of the Hare Psychopathy Checklist, Revised, on a UK prison population. *The Journal of Forensic Psychiatry, 8*(3), 546-561.  
doi:10.1080/09585189708412275

Schmitt, W. A. & Newman, J. P. (1999). Are all psychopathic individuals low-anxious?.

*Journal of Abnormal psychology*, 108(2), 353-358. doi:10.1037/0021-843X.108.2.353

Skeem, J. L. & Cooke, D. J. (2010). Is criminal behavior a central component of

psychopathy? Conceptual directions for resolving the debate. *Psychological*

*Assessment*, 22(2), 433-445. doi:10.1037/a0008512

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the state-trait inventory*.

Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Spielberger, C. D. (1972). Anxiety as an emotional state. I C. D. Spielberger (Red.), *Anxiety:*

*Current trends in theory and research*. New York, NY: Academic Press, 1972

Spielberger, C. D., Auerbach, S. M., Wadsworth, A. P., Dunn, T. M. & Taulbee, E. S. (1973).

Emotional reactions to surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40(1),

33-38. doi:10.1037/h0033982

Taylor, J. A. (1953). A personality scale of manifest anxiety. *The Journal of Abnormal and*

*Social Psychology*, 48(2), 285-290. doi:10.1037/h0056264

Vitale, J. E. & Newman, J. P. (2001). Using the Psychopathy Checklist-Revised with female

samples: Reliability, validity, and implications for clinical utility. *Clinical Psychology:*

*Science and Practice*, 8(1), 117-132. doi:10.1093/clipsy.8.1.117

Watson, D. & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive

emotional states. *Psychological Bulletin*, 96(3), 465. doi:10.1037/0033-2909.96.3.465

Weiss, J., Davis, D., Hedlund, J. L. & Cho D. W. (1983). The dysphoric psychopath: A

comparison of antisocial personality disorder with matched controls. *Comprehensive*

*Psychiatry*, (24)4, 355-367. doi:10.1016/0010-440X(83)90064-0

Welsh, G. S. (1952). An anxiety index and an internalization ratio for the MMPI. *Journal of*

*Consulting Psychology*, 16(1), 65-72. doi:10.1037/h0063398

Welsh, G. S. (1956). Factor dimensions A and R. In G. S. Welsh & W. G. Dahlstrom (Red.), *Basic readings on the MMPI in psychology and medicine* (s. 264–281). Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

Willemsen J., Vanheule S. & Verhaeghe P. (2011). Psychopathy and lifetime experiences of depression. *Criminal Behaviour and Mental Health* 21(4), 279-294. doi: 10.1002/cbm

World Health Organization, (1992). *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. doi:10.1111/J.1600-0447.1983.Tb09716.X

### Appendiks

Personlegdomsforstyrring som vanlegvis blir lagt merke til på grunn av alvorleg mangel på samsvar mellom individets åtferd og gjeldande sosiale normer, og kjenneteikna av:

- (a) kald likegyldigheit for andre sine kjensler,
- (b) markert og vedvarande ansvarslaus haldning og ignorering av sosiale normer, reglar og forplikningar,
- (c) manglande evne til å oppretthalde varige forhold, men utan vanskar med å etablere slike,
- (d) svært låg toleranse for frustrasjon, låg terskel for aggressive utbrot, inklusive valdsbruk,
- (e) manglande evne til å oppleve skuldkjensle eller til å lære av erfaringar, særleg straff,
- (f) markert tendens til å gje andre skulda, eller til å rasjonalisere den åtferda som har bringa pasienten i konflikt med samfunnet.

Vedvarande irritabilitet kan òg vere ein medfølgande eigenskap. Åtferdsforstyrring i barndom og ungdom, som imidlertid ikkje alltid er til stades, kan støtte diagnosen.» (s. 202)

*Figur 3. Dyssosial personlegdomsforstyrring (ICD-10)*

A. Eit vedvarande mønster frå 15-årsalderen som er kjenneteikna av tilsidesetting og krenking av andre sine rettar, og som viser seg ved **tre eller fleire** av følgande:

1. rettar seg ikkje etter sosiale normer for lovlydig åtferd, indikert ved gjentekne handlingar som gir grunnlag for arrestasjon
2. lureri som viser seg ved gjenteken løgnaktigheit, bruk av falsk namn, bedrageri av andre for eiga vinnings eller fornøyelsens skuld
3. impulsivitet eller svikt i å planlegge framover
4. irritabilitet og aggressivitet som viser seg ved gjentekne slagsmål eller overfall
5. uansvarleg omsynsløyse med eiga eller andre si personlege sikkerheit
6. vedvarande ansvarsløyse, som viser seg ved gjenteken svikt i stabilt arbeid eller i økonomiske forplikningar
7. ingen anger, som viser seg ved bortforklaringar av å ha såra, mishandla eller stole frå andre

B. Individet er minst 18 år

C. Det er haldepunkt for ådferdsliding med debut før 15 års alder

D. Den antisosiale åtferda førekjem ikkje berre i forløpet av schizofreni eller manisk episode.

*Figur 4. Antisosial personlegdomsforstyrring (DSM-V)*