

A PSZICHOPÁTIÁS SZEMÉLYISÉGZAVAR ALTÍPUSAI: ELSŐDLEGES ÉS MÁSODLAGOS VÁLTOZAT



SZABÓ Edina

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet
Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Doktori Iskola
MTA-SE-NAP B Genetikai Agyi Képző Migrén Kutatócsoport,
Magyar Tudományos Akadémia, Semmelweis Egyetem
szabo.edina@ppk.elte.hu

GALAMBOS Attila

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet
Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Doktori Iskola
MTA-SE-NAP B Genetikai Agyi Képző Migrén Kutatócsoport,
Magyar Tudományos Akadémia, Semmelweis Egyetem
galambos.attila@ppk.elte.hu

SZABÓ Judit

Országos Kriminológiai Intézet
judit.szabo@okri.hu

KÖKÖNYEI Gyöngyi¹

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet
MTA-SE-NAP B Genetikai Agyi Képző Migrén Kutatócsoport,
Magyar Tudományos Akadémia, Semmelweis Egyetem
kokonyei.gyongyi@ppk.elte.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

A pszichopátiát gyakran egységes konstruktként kezelik, mégis számos bizonyíték szól amellett, hogy a pszichopáták valójában heterogén csoportot alkotnak. Az elmúlt években ugrásszerűen megnőtt azon teoretikus és empirikus kutatások száma, melyek különbséget tesznek a pszichopátia elsődleges és másodlagos változata között. A két típus leginkább olyan

¹ A jelen tanulmány megírását az MTA-SE-NAP B Genetikai és Agyi Képző Migrén Kutatócsoport, Magyar Tudományos Akadémia, Nemzeti Agykutatási Program, Semmelweis Egyetem, KTIA_NAP_13-2-2015-0001 számú pályázata támogatta.

dimenziók mentén különíthető el egymástól, mint a genetikai meghatározottság, a vonásszintű szorongás, az impulzivitás, a nárcizmus vagy az érzelmi zavar mértéke. Úgy tűnik, hogy a másodlagos típus kialakulásában inkább a környezeti tényezők játszanak döntő szerepet (pl. elhanyagolás, gyermekkori abúzus vagy trauma), illetve szerzett érzelmi zavarnak tekinthető. Legfontosabb megkülönböztető jegye pedig a szorongás magas szintje, mely más negatív érzelmekre (pl. düh, depresszió), így különböző pszichopatológiákra való hajlamot is valószínűsít (internalizáló és externalizáló zavarokat egyaránt). Főbb karakterisztikumai alapján ugyanakkor kérdésként merülhet fel, hogy a másodlagos típus „valódi” pszichopátiának tekinthető-e vagy esetleg a „pszeudopszichopátia” egyik formája. A homogénebb altípusok megkülönböztetése mindazonáltal fontos szereppel bír azon pszichológiai és biológiai mechanizmusok meghatározásában, melyek a zavar hátterében állhatnak, illetve hatékonyabb prevenciót és intervenciót segíthetnek elő.

Kulcsszavak: pszichopátia, altípusok, elsődleges változat, másodlagos változat, szorongás, trauma

BEVEZETÉS: A PSZICHOPÁTIA FOGALMA

A pszichopátiás személyiségzavar különböző affektív, interperszonális és viselkedési jegyek kombinációjával írható körül (Cleckley, 1941; Cooke és Michie, 2001; Hare, 2004). Legfőbb jellemzői közé tartozik az érzelmi ridegség, az empátia és a lelkiismeret-furdalás hiánya, a nárcizmus, a manipuláció, a felelőtlen és az impulzív viselkedési stílus. Bár a börtönön kívüli, általános populációban „csak” 1%, a börtönpopulációban pedig 10–25% a zavar előfordulása, az erőszakos bűncselekmények 50%-áért a pszichopáták felelősek (Hare, 1996a). A pszichopátiás zavar súlyosan agresszív és kriminális viselkedéssel társul, valamint növeli az általános és az erőszakos bűncselekmények megismétlésének valószínűségét, azaz a visszaesések kockázatát (Gretton et al., 2004; Skeem és Mulvey, 2001).

A pszichopátia legelterjedtebb és legmegbízhatóbb mérőeszköze, a Pszichopátia Tulajdonságlista alapján (Psychopathy Checklist-Revised; PCL-R; Hare, 1991) a pszichopátiás zavar legalább két faktor se-

gítségével határozható meg. Egyrészt beszélhetünk egy szociális devianciához köthető, viselkedési jellemzőket összefoglaló faktorról, valamint egy affektív és interperszonális vonásokat felölelő komponensről, mely utóbbi, vagyis az érzelmi deficit, a pszichopáták megkülönböztető jegyeként funkcionál az antiszociális zavarokkal szemben. A mai napig vitatott kérdés azonban, hogy hány dimenzióval lehet a legjobban megragadni a pszichopátia koncepcióját. Cooke és Michie (2001) szerint leginkább három (affektív, interperszonális és viselkedési) faktossal lehet meghatározni, míg a négyfaktoros megközelítés a szabályszegő, kriminális viselkedést is a pszichopátia lényegi összetevőjének tartja (Hare és Neumann, 2005; Neumann et al., 2005, 2007). Elképzelhető ugyanakkor, hogy a negyedik komponens, vagyis a bűnelkövető, antiszociális viselkedés pusztán a három másik faktor meglétéből fakad, tehát mérése nem központi jelentőségű a pszichopátia tekintetében (Coid et al., 2012; Salekin et al., 2006; Skeem és Cooke, 2010).

Az elmúlt években különösen a pszichopátia affektív faktora, az ún. rideg, érzéketlen vonások (angolul: *callous and unemotional*

traits, *CU traits*, továbbiakban CU vonások) kaptak kiemelkedő figyelmet. Olyan jellemzők taroznak ide, mint a büntudat és az empátia hiánya vagy az érzelmi sekélyesség, melyek központi jelentőséggel bírnak a pszichopátia meghatározásában (Cleckley, 1941; Hart és Hare, 1996). Lényegében ezek azok a vonások, melyek megkülönböztetik a pszichopátákat más antiszociális viselkedést mutató, bűnelkövető személyektől, illetve már gyerekek és serdülők körében is vizsgálhatók a felnőttkori pszichopátia kiterjesztéseként (Frick, 2009).

A pszichopátia kifejezés nagyon hasonló, de nem azonos az antiszociális személyiségzavar (*antisocial personality disorder*, ASPD) fogalmával. Az antiszociális személyiségzavarban inkább a viselkedéses jegyek, vagyis az impulzív, bűnelkövető és antiszociális tendenciák dominálnak. A klasszikus pszichopátia fogalom viszont az affektív és interperszonális személyiségvonások (pl. büntudat és empátia hiánya, egocentrizmus, manipuláció, megtévesztés) és a társadalmilag deviáns magatartásformák együttes jelenlétét feltételezi (Cleckley, 1941; Hare, 1996a). Míg a börtönpopuláció 50–80%-a szenved antiszociális személyiségzavarban (American Psychiatric Association, 2013; Fazel és Danesh, 2002), addig a bűnelkövetőknek 15–20%-a tekinthető pszichopátának (Hare, 1996b, 2004). Gyakorlatilag minden pszichopata személy kimeríti az antiszociális személyiségzavar diagnózisát (kivételt képezhetnek azok, akik sosem kerültek összeütközésbe a törvénnyel), de ez fordítva viszont nem teljesül (Hare, 1998). A két fogalom megkülönböztetését ugyanakkor az is nehezíti, hogy a pszichopátiás zavar a *Mentális rendellenességek diagnosztikai és statisztikai kézikönyvének* legújabb, ötödik kiadásában sem szerepel önálló diagnosztikus kategóriaként,

hanem az antiszociális személyiségzavar egyik változataként („*specifier*”) jelenik meg (American Psychiatric Association, 2013).

ELMÉLETEK AZ ELSŐDLEGES ÉS MÁSODLAGOS PSZICHOPÁTIÁRÓL

A pszichopátia ugyanakkor nem egységes kontstruktum. Számos elmélet és kutatás szól amellett, hogy a pszichopáták valójában heterogén csoportot alkotnak. Bár többféle elkülönítésük ismert – pl. „sikeres” és „sikertelen” pszichopáták a börtönön kívüli és a kriminális pszichopáták megkülönböztetésére, vagy a Hervé-féle (2002) csoportosítás, mely a pszichopátia háromfaktoros modelljére alapozva négy típust különít el (klasszikus, macsó, manipulatív és pseudopszichopátia) –, az elsődleges-másodlagos pszichopátia az egyik legelterjedtebb felosztás a szakirodalomban (Skeem et al., 2003).

Karpman: idiopátiás és tüneti pszichopátia

Az elsődleges és másodlagos típus első megkülönböztetése Benjamin Karpman (1941) pszichiáter nevéhez fűződik, aki Hervey Cleckley (1941), a pszichopátia első szisztematikus leírójával egy időben fogalmazta meg tipológiáját. Míg Cleckley koncepciója a „klasszikus” (később elsődlegesnek elnevezett) pszichopátiára vonatkozott, Karpman vetette fel először, hogy a zavarnak létezhet egy altípusa is. Bár az elsődleges és másodlagos változat mai modern értelmezése eltér Karpman eredeti leírásától, a későbbi elméletek szinte kivétel nélkül az ő elképzeléseire alapoznak (Blackburn, 1975; Lykken, 1995; Mealey, 1995a; Porter, 1996).

Elméletében *idiopátiás* (azaz ismeretlen eredetű) pszichopátiának nevezte az elsődleges

típust és tüneti vagy neurotikus pszichopátiának a másodlagos formát. Klinikai megfigyeléseire alapozva úgy gondolta, hogy a két típus külső megnyilvánulás (azaz „fenotípus”) alapján nem különbözik egymástól, ugyanis mindkét változatra jellemző az antiszociális viselkedés, az ellenséges (hosztilis) magatartás, a másokkal való törődés hiánya, a felelőtlenség, illetve a csalás és a megtévesztés (Karpman, 1948). A két típus ugyanakkor eltér a rájuk jellemző érzelmi zavar eredete, valamint a viselkedésmotiváció tekintetében. Az elsődleges pszichopátiáról azt tartotta, hogy az affektív deficit (a lelki furdalás hiánya) már korán megmutatik és öröklött jellegzetesség, miközben a másodlagos típus magatartása karakterneuroziszra utal, mely olyan környezeti tényezőkre vezethető vissza, mint a szülői elutasítás vagy a bántalmazás (Skeem et al., 2003). A másodlagos változat kialakulásában tehát a környezeti tényezőnek tulajdonított döntő szerepet, és a nehéz életkörülményekkel való megküzdés, egyfajta érzelmi adaptáció eredményének vélte.

Karpman olvasatában az elsődleges típus jelentette a „valódi” pszichopátiát. Az elsődleges csoportba tartozó személyek ugyanis minden emberi érzelemtől mentesek, hideg, számító és önző magatartásukkal mindig előre megfontoltan és célorientáltan cselekszenek. Sajátos viselkedésük más kórképpel nem magyarázható, és a zavar pontos patogenezeise sem ismert (Karpman, 1948). Ezzel szemben a másodlagos típust olyan neurotikus zavarként definiálta, melynek hátterében – a korai pszichoszociális tanulásra visszavezethető – intenzív szorongás és depresszió áll. Szerinte a probléma itt nem az érzelmek hiányából, hanem azok zavarából fakad, így a másodlagos pszichopáták még képesek lehetnek olyan érzelmek megtapasztalására,

mint a büntudat, a szeretet vagy az elfogadás iránti vágy. Sokszor az érzelmi kitörések, a gyűlölet, a bosszúvágy hajtja őket, így impulzívabban is cselekszenek, mint elsődleges társaik (Karpman, 1955). Mindez pedig a terápia hatékonyságára is kihathat: az elsődleges típusnál hatástalan a kezelés és a hagyományos büntetés („veleszületetten kezelhetetlen”), miközben a másodlagos típus viselkedése pszichoterápiával még fejleszthető.

Bár Karpman elmélete jelentős hatással volt a sokáig egységesnek vélt pszichopátia konstruktum vizsgálataira, teóriáját közvetlenül nem tesztelték. Klinikai megfigyeléseit ugyanakkor számos etiológiára vonatkozó kutatás is igazolta. Több vizsgálat bizonyította például, hogy a gyerekkorban történő elhanyagolás vagy bántalmazás gyakran jár együtt viselkedési problémákkal, antiszociális magatartással és a későbbiekben pszichopátiával (pl. Kahn et al., 2013; Skeem et al., 2007). Mindemellett egyre több kutatás igazolja, hogy a pszichopátiás zavarnak létezik egy alacsony szorongású elsődleges és egy magas szorongású másodlagos változata (pl. Falkenbach et al., 2014; Kimonis et al., 2011).

Lykken biológiai megközelítése

Néhány évtizeddel később David Lykken (1995), továbbfejlesztve Karpman eredeti megközelítését, bevonta a Gray-féle személyiségmodellt az elsődleges-másodlagos pszichopátia magyarázatába (Gray, 1987). Ennek az idegrendszeri modellnek a két központi eleme az ún. viselkedéses aktiváló (*behavioral activation system*, BAS) és viselkedéses gátló rendszer (*behavioral inhibition system*, BIS), melyek közül a BIS az averzív ingerekre adott válaszokat szabályozza, a büntetés és a jutalom elmaradásának jelzéseire érzékeny, illetve az elkerüléssel és a negatív

érzelmekkel (pl. szorongás) kapcsolatos. A BAS pedig a megközelítéshez, a pozitív érzelmekhez, a jutalom és a büntetés elmáradásának jelzéseihez, valamint az impulzivitáshoz köthető. Mindkét motivációs rendszer az arousalszint fokozódásán keresztül hat, illetve kölcsönös, reciprok kapcsolatban állnak egymással, vagyis az egyik aktivációja gátolja a másik rendszer aktivációját. Lykken szerint az elsődleges és a másodlagos pszichopátia háttérében ennek a két motivációs rendszernek a(z eltérő mértékű) zavara áll. Az elsődleges pszichopátiában a BIS alulműködése (és átlagos BAS) figyelhető meg, míg másodlagos pszichopátiára a BAS túl működése (és átlagos BIS) jellemző.

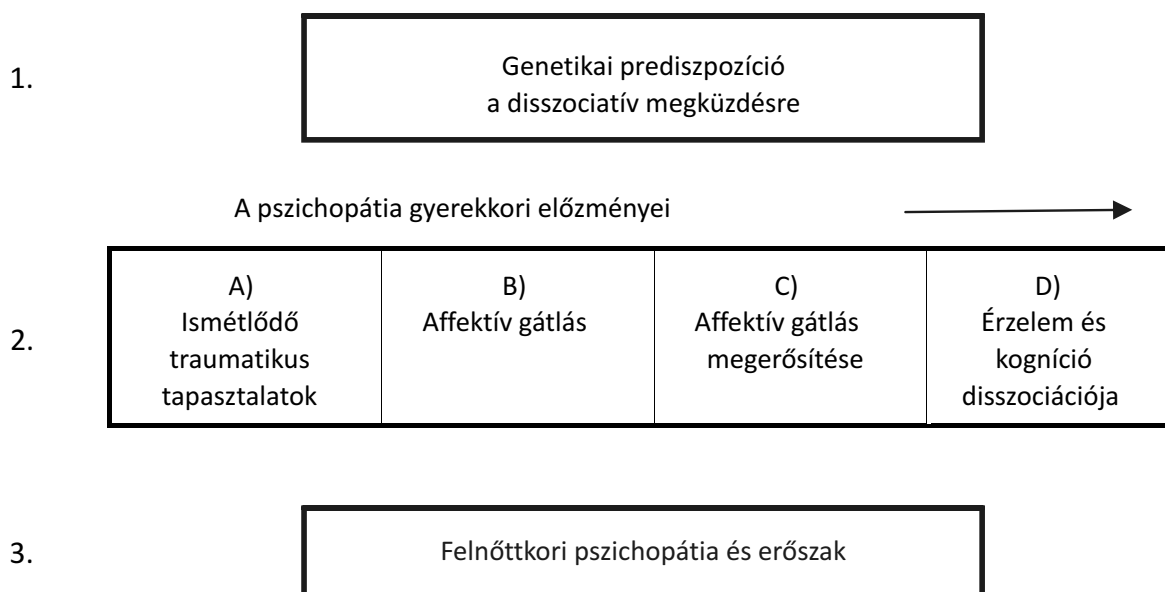
Megközelítése szerint az elsődleges típusra a félelem élményére való csökkent képesség, a szorongás hiánya jellemző. Karpmanhoz hasonlóan úgy vélte, hogy a másodlagos pszichopáták viszont képesek a szorongás és más negatív érzelmek átélésére, illetve impulzívabban (vagy reaktívan) viselkednek, mint elsődleges társaik. Elméletében, az ún. alacsony félelem modellben (*low fear model*) ugyanakkor jelentősebb szerepet tulajdonított a biológiai faktoroknak. Álláspontja szerint az elsődleges, vagyis a Cleckley (1941) által is meghatározott típust veleszületett félelemnélküliség jellemzi. Ez a csökkent félelmi szenzitivitás pedig a büntetésre, az averzív ingekre adott válaszdeficitben mutatkozik meg, ami növeli az antiszociális és impulzív viselkedések kockázatát. Képtelenek az anticipátoros szorongás átélésére, mely az emberek többségében a kockázatvállaló és antiszociális viselkedés gátlásához vezet. Ezzel szemben a másodlagos pszichopáták átlagos félelmi, de megnövekedett jutalomszenzitivitással rendelkeznek. Esetükben a túlzott vágyak és impulzusok feletti kontroll hiánya vezet antiszociális magatar-

táshoz, ami természetében sokkal impulzívabb és reaktívabb viselkedésben nyilvánul meg. Mindemellett – a normál mértékű félelmi szenzitivitásuknak köszönhetően – fokozottabb szorongástól, illetve más negatív érzelmektől is szenvednek az elsődleges pszichopátákhoz képest.

Lykken (1995) elméletével kapcsolatban számos kutatás született, melyek igencsak egyes eredményekkel szolgálnak (pl. Falkenbach et al., 2014; Mokros et al., 2015; Newman et al., 2005; Ross et al., 2007). Sokan problémásnak találják az alacsony félelmi, vagyis a gyenge BIS hipotézist (összefoglalóért ld. Poythress et al., 2009). Fowles és Dindo (2006) szerint például nem teljesen világos, hogy az elsődleges pszichopátiás tünetekért vajon egyedül az alacsony félelem vagy az alacsony félelem és alacsony szorongás kombinációja felelős. Bár a bizonyítékok támogatják, hogy a félelemnélküliség kulcsszerepet játszhat az elsődleges pszichopátiában, nem valószínű, hogy a zavar valamennyi aspektusának, így az affektív és interperszonális vonásoknak a háttérében is ez állna (Skeem et al., 2011). A pszichopátia kialakulásában inkább az érzelmi folyamatok, különösen az érzelmi feldolgozás zavarának van döntő jelentősége, mely kitüntetett szereppel bír az empátia kialakulásában és a morális szocializáció folyamatában (Blair et al., 2005; Eisenberg, 2000; Herba et al., 2007; Patrick, 1994).

Porter: a gyermekkori trauma szerepe

Karpmanhoz hasonlóan Stephen Porter (1996) is úgy vélte, hogy az elsődleges és másodlagos pszichopátia az affektív deficit eredete szerint különböztethető meg egymástól: míg az elsődleges típus veleszületett érzelmi deficiettel bír, addig a másodlagos egy szerzett, környezetileg meghatározott affektív zavarral



1. ábra. A másodlagos pszichopátia etiológiai háttere
Forrás: Porter, 1996, 184. old.

küzd. Bár mindkét elméletalkotó kiemeli a negatív gyermekkori tapasztalatok szerepét a másodlagos pszichopátia kialakulásában, Porter megközelítése kifejezetten a gyermekkori traumákra épít. Karpman (1948, 1955) a másodlagos típust ugyanis antiszociális tünetekben megnyilvánuló neurózisnak vélte, mely a szülői elutasítás vagy abúzus eredménye. Tulajdonképp a neurózist vagy szorongást tartotta a másodlagos pszichopátia központi jegyének, miközben Porter disszociatív zavarként definiálta, melynek hátterében a traumatikus élményekkel való megküzdés áll.

Elmélete szerint a másodlagos pszichopáták eredetileg rendelkeznek az empátia és a másokhoz való kötődés képességével, de az ismétlődő és súlyos gyerekkori traumák (pl. fizikai vagy szexuális abúzus) hatására végül megtanulják deaktiválni, „kikapcsolni” az érzéseiket. A traumához való alkalmazkodás pedig a feldolgozásnak egy alapvetőbb szintjén is megmutatkozik, és emocionális deficietthez vezet. A másodlagos típust tehát egy-

fajta megküzdési mechanizmus eredményének vélte, melynek során az érzelmek disszociálnak, vagyis szétválnak a kogníciótól és a viselkedéstől is (ld. 1. ábra).

Porter a másodlagos pszichopátiát a poszt-traumás stressz zavarral (*post-traumatic stress disorder*, PTSD) is összefüggésbe hozta. Felhívta a figyelmet arra, hogy – a nyilvánvaló különbségek ellenére – a PTSD is traumatikus élményekkel, haraggal, hosztilis magatartással, illetve az érzelmi válaszkészség hiányával társul. Továbbá elképzelhetőnek tartotta, hogy a másodlagos pszichopátákra jellemző szorongás valójában a PTSD-re utal, ami még korai intervencióval vagy terápiával kezelhető lehet.

Porter (1996) elmélete újabban számos, főleg gyerekek és serdülők körében végzett vizsgálatot ösztönzött, melyek bár indirekt módon, de támogatják azt a nézetet, miszerint a gyermekkori traumatikus élmények alternatív fejlődési utat szolgálhatnak a pszichopátiás vonások kialakulására nézve (Bennett és Kerig, 2014; Poythress et al., 2010; Tatar

et al., 2012). A témában végzett vizsgálatok ugyanakkor nem támogatják a disszociációval kapcsolatos elképzelését. Úgy tűnik, hogy a disszociatív tünetek nem jellemzőek jobban a másodlagos típusra, illetve nem mediálják a kapcsolatot az abúzus és a pszichopátiás vonások között (Poythress et al., 2006; Tatar et al., 2012).

Mealey szociobiológiai megközelítése

Az eddig ismertett elméletektől eltér Linda Mealey (1995a, 1995b) megközelítése, aki az elsődleges és másodlagos típus háttérben az evolúciós mechanizmusokat hangsúlyozta. Szociobiológiai elméletében a pszichopátia nem érzelmi zavarként, hanem az evolúciós adaptáció eredményeként jelenik meg, melynek lényege a „csalás” interperszonális stratégia gyakori alkalmazása a „viszonzás” helyett. A pszichopáták számára egyszerűen nyereségesebb, ha kevesebb kooperációt és több versengést mutatnak az erőforrások megszerzése és a reprodukciós siker elérése érdekében. Mealey szerint ez a fajta „csaló” evolúciós stratégia az elsődleges pszichopátia esetében genetikailag determinált, a másodlagos típusnál viszont a környezeti hatásoknak köszönhető. Korábbi kutatásokból kiindulva ugyanis rámutatott arra, hogy a másodlagos pszichopáták általában alacsonyabb osztályokból származnak, alacsony szocioökonómiai státuszúak és bántalmazó családok gyermekei. Esetükben tehát az ártó környezeti hatásokhoz való alkalmazkodás, a kompetitív hátrány vezet a stratégia megjelenéséhez.

Az elsődleges típust a PCL-R (Hare, 1991) kétfaktoros megközelítésében inkább az első faktorhoz (affektív és interperszonális jellemzők), a másodlagost pedig a második faktorhoz (szociális deviancia) kötötte. Megfogalmazása szerint az elsődleges psi-

chopáták egyszerűen képtelenek a szociális érzelmek átélésére, és érzelemmentesen cselekszenek. Az ún. gyakoriságfüggő szelekció hatására a populáción belüli előfordulásuk időben állandó és kultúrától független. Ezzel szemben a másodlagos pszichopáták életstílusát a tapasztalataik és a környezeti körülmények határozzák meg, így arányuk időben és kultúránként is változó. Mealey „hátrányos helyzetű” („*disadvantaged*”) pszichopátáknak keresztelte el őket. Mindemellét úgy vélte, hogy esetükben a pszichoterápia is eredményes lehet, sőt mi több, kialakulásuk is megelőzhető lenne a társas rétegződés csökkentésével, a korai intervenciókkal, valamint a hátrányos helyzetű gyerekek szociális támogatásával.

Bár a „csaló” evolúciós stratégia bekerült a pszichopátia-szakirodalom főáramába, és több vizsgálat is támogatja Mealey megközelítését (így pl. a pszichopátiában megfigyelhető promizskuitásról, illetve a több, rövid távú kapcsolatról szóló eredmények, Harris et al., 2007; Rowe, 1995), elméletével szemben kritikaként fogalmazható meg, hogy olyan kutatások eredményeire alapoz, melyek valójában antiszociális viselkedést, illetve antiszociális személyiségzavart vizsgáltak a pszichopátia helyett (Skeem et al., 2003). Az antiszociális személyiségzavar ugyanis jóval tágabb csoportot takar, melynek csak töredéke, kb. 15–30%-a felel meg a pszichopátia diagnosztikus kritériumainak (Hart és Hare, 1996). Következtetéseit tehát kellő óvatossággal kell kezelni, azokból nem lehet a pszichopata személyekre általánosítani. Ugyancsak problémás, hogy a két típust a PCL-R kétfaktoros megközelítése mentén igyekszik elkülöníteni, miközben a két összetevő valójában erős együttjárást mutat (Harpur et al., 1989).

Blackburn interperszonális elmélete

Az elsődleges és másodlagos pszichopátia kapcsán fontos megemlíteni Ronald Blackburn (1968, 1975) munkásságát is, aki bár a pszichopátia domináns felfogásától és mérésétől eltérően határozta meg a két típust (ti. a Minnesota Multiphasic Personality Inventory [MMPI] alapján), leírása jól összeegyeztethető más bűnelkövetők, illetve pszichiátriai betegek körében végzett tipológiai vizsgálatokkal (összefoglalóért ld. Skeem et al., 2004). Blackburn volt az első, aki empirikus adatait interperszonális elméleti keretbe helyezte. MMPI-profilok elemzése során négy csoportot különböztetett meg olyan bűnelkövetők körében, akik valamilyen súlyos mentális betegségben is szenvedtek. A négy típusból kettőt elsődleges és másodlagos pszichopátiának nevezett el, és úgy gondolta, leginkább az interperszonális jellemzőikben térnek el egymástól.

A két típust főleg az ellenséges viselkedésre, illetve a társas visszahúzódnásra fókuszáló MMPI-alapú mérőeszközökkel vizsgálta (Blackburn, 1999). Következtetései szerint bár mindkét változatra jellemző az ellenséges magatartás (vagyis az agresszív, a hosztilis és az impulzív viselkedés), a visszahúzódnás mértékében jelentős különbség van a két típus között. Az elsődleges pszichopátia legfőbb ismertetőjegyei ugyanis az extroverzió, a magabiztosság, a dominancia, a nárcisztikus vonások, illetve az alacsony szorongás. Ezzel szemben a másodlagos típust érzelmi zavar, magas arousalszint, alacsony önbizalom, szociális szorongás, szubmisszió és visszahúzódnás jellemzi (Blackburn, 1998a).

Megfigyelései szerint az elsődleges típusnál az antiszociális és a nárcisztikus zavar, a másodlagos pszichopátiában viszont a bor-

derline személyiségzavar a gyakoribb (Blackburn, 1998b; Blackburn és Coid, 1999). A másodlagos változatban ugyanis az érzelmi élmények zavara hosztilis magatartáshoz vezet, ami megakadályozza a tartós kapcsolatok kiépítését, fenntartását, illetve az adaptív funkciókra is negatívan hat. Agresszívabbak és erőszakosabbak is, mint elsődleges társaik, intézményes keretek között pedig gyakrabban mutatnak diszruptív, azaz bomlasztó és zavarkeltő viselkedést (Blackburn, 1987). Az elsődleges típusnál viszont olyan nárcisztikus vonások dominálnak, mint pl. a grandiozitás, a dominancia vagy az egocentrizmus.

Blackburn tipológiáját leginkább a nárcisztikus és borderline személyiségjegyek vonatkozásában vizsgálják, melyet részben sikerült is igazolni. Úgy tűnik, a másodlagos típusnál gyakoribbak a borderline jegyek (Skeem et al., 2007), ugyanakkor mindkét csoport magas nárcisztikus vonásokat mutat (Fanti et al., 2013; Skeem et al., 2007). Az eltérés inkább a nárcizmus altípusaiban fedezhető fel (részletesebben ld. a következő fejezetben). Blackburn csoportosítása ugyanakkor olyan önbeszámolón alapuló személyiségkérdőívekre épül, melyek csak mérsékelt összefüggést mutatnak a pszichopátia mérésében „aranystandardnak” számító PCL-R mérőeszközzel (Skeem et al., 2003). Azon belül is inkább a második (szociális deviancia) faktorial járnak együtt és nem a központi jelentőségű affektív és interperszonális jellemzőkkel (Harpur et al., 1989).

FŐBB DIMENZIÓK AZ ELSŐDLEGES ÉS MÁSODLAGOS PSZICHOPÁTIA ELKÜLÖNÍTÉSÉRE

Az elsődleges és másodlagos pszichopátia empirikus vizsgálata az elmúlt tíz évben váltak igazán népszerűvé. Az alábbiakban bemutatásra kerülő kutatások kivétel nélkül az elsődleges és másodlagos típus fentebb ismertett elméleti modelljein alapszanak. A vizsgálatokban a típusok meghatározása, illetve elkülönítése rendszerint objektív megközelítéssel – általában a klaszterelemzés módszerével – történik. A kezdeti vizsgálatok hagyományos, ún. feltáró klaszterelemzést alkalmaztak az altípusok meghatározására (pl. Swogger és Kosson, 2007; Vassileva et al., 2005), melyet szigorúbb módszerek, így pl. a látens osztály- és profilelemzés (pl. Fanti et al., 2013; Mokros et al., 2015), valamint a modellalapú klaszterelemzés (pl. Kimonis et al., 2012a; Poythress et al., 2010) váltott fel. Ezek a személyközpontú vizsgálatok ugyanakkor eltérnek az alkalmazott mérőeszközök (pl. klinikai értékelés vagy önbeszámoló), illetve a vizsgált minta tekintetében is (pl. bűnelkövetők, egészségesek, felnőttek, gyermekek) (összefoglalóért ld. Yildirim és Derksen, 2015).

A témában végzett kutatások nagyjából fele gyerekek, illetve serdülők körében igyekszik feltárni azokat a dimenziókat, melyek az elsődleges/másodlagos változatot a legjobban megkülönböztetik egymástól. Fontos hangsúlyozni azonban, hogy a pszichopátia szempontjából lényeges ismertetőjegyek, azaz a rideg, érzéketlen (CU) interperszonális vonások mindkét típusra jellemzőek (Fanti et al., 2013; Hicks et al., 2004; Kimonis et al., 2012a, 2012b; Poythress et al., 2010; Skeem et al., 2007; Vassileva et al., 2005). Az elsődleges és másodlagos pszichopátiát tehát

nem egymástól független kategóriaként, hanem olyan csoportokként érdemes kezelni, melyek egy multidimenzionális tér eltérő pontjain helyezkednek el, ahol a lényeges, alapvető személyiségjegyekben osztoznak, más dimenziók mentén viszont különböznek egymástól (Skeem et al., 2011). Vagyis típusok vagy altípusok alatt valójában a pszichopátia egyes *változatait (variants)* értjük, a továbbiakban ismertetésre kerülő jellemzőkre pedig *prototípusos* tulajdonságokként érdemes tekinteni.

Az alábbiakban bemutatásra kerülő kutatások között ugyanakkor nem szerepelnek azok a vizsgálatok, melyek a Levenson-féle Önbeszámoló Pszichopátia Skálát (Levenson Self-Reported Psychopathy Scale; LSRP; Levenson et al., 1995) alkalmazták. A szakirodalomban sajnos gyakori, hogy a kérdőív két alskáláját használják az elsődleges és másodlagos típus beazonosítására. A kérdőív két faktora ugyanis, amelyek valójában a PCL-R kétfaktoros megközelítésében az affektív/interperszonális és szociális deviancia faktoroknak feleltethetők meg, az elsődleges és másodlagos pszichopátia elnevezést kapta, de nem egyezik meg a fentiekben leírt, az elméletek által megfogalmazott altípusokkal. Elsődleges faktora csupán a rideg, önző, nemtörődöm és manipulatív magatartás mérésére alkalmas (ami mindkét típusra jellemző), míg a másodlagos faktor az impulzív és önvédő életstílust becsüli meg a normál, azaz nem bűnelkövető populációban.

Szorongás

Elméletileg és empirikusan is jól megalapozottnak tűnik, hogy az elsődleges és másodlagos típust a szorongás szintje szerint lehet a legjobban elkülöníteni egymástól. Régóta ismert ugyanis, hogy a pszichopátia konstruktum és a szorongás (hiánya) között nincs

egyértelmű összefüggés (Brinkley et al., 2004; Hale et al., 2004; Harpur et al., 1989; Schmitt és Newman, 1999). Cleckley (1941) eredeti leírásától eltérően a pszichopátia domináns mérőeszköze, a PCL-R sem tartalmaz itemet a szorongás hiányára vonatkozóan (Hare, 1991). Bár Hare mérőeszközét emiatt sok kritika érte, ezzel párhuzamosan több vizsgálat is kimutatta, hogy – Karpman (1941) eredeti megközelítését igazolva – a pszichopata személyek megbízhatóan két csoportra oszthatók a szorongásuk szintje szerint.

Először Newman és munkatársai hívták fel a figyelmet arra, hogy méréseikben csak az alacsony szorongású csoport mutat deficitet az elkerülő tanulásban (Arnett et al., 1997; Newman et al., 1990; Newman és Schmitt, 1998). Később a hagyományos, illetve a modellalapú klaszteranalízis módszerét alkalmazva több tanulmány is igazolta, hogy az elsődleges pszichopátiás vonások mérsékeltek, a másodlagos jellemzők pedig magas vonásszorongással társulnak bűnelkövető, valamint egészséges gyerekek (Docherty et al., 2016; Fanti et al., 2013; Gill és Stickle, 2015; Kimonis et al., 2011, 2012a, 2012b; Salihovic et al., 2014; Sharf et al., 2014; Tatar et al., 2012; Vaughn et al., 2009) és felnőttek körében egyaránt (Bagley et al., 2009; Drislane et al., 2014; Falkenbach et al., 2014; Hicks et al., 2004; Mokros et al., 2015; Poythress et al., 2010; Skeem et al., 2007; Swogger és Kosson, 2007; Vassileva et al., 2005).

Bántalmazás és trauma

A másodlagos pszichopátia eredetére vonatkozó elméletek ugyanakkor nem a szorongás jelenlétére fókuszálnak, hanem a gyermekkori traumák jelentőségét emelik ki (Karpman, 1941; Porter, 1996). Felnőtt bűnelkövetők körében viszonylag kevesen vizsgálják

a múltban elszenvedett bántalmazás, illetve traumatikus események szerepét a két típus megkülönböztetésében. Ez részben a mérési nehézségekből fakad, hiszen a gyermekkori abúzus és trauma vizsgálata sok esetben retrospektív önbeszámolókon alapul, ami magában hordozza a visszaemlékezés, illetve az önbevallásos módszerek torzításait (nem is beszélve annak etikai vonatkozásairól). Poythress és munkatársai (2010) mindazonáltal arra az eredményre jutottak, hogy férfi bűnelkövetők körében a gyermekkori bántalmazás és abúzus gyakoribb a másodlagos, mint az elsődleges csoportban. Női elítélteknél pedig, bár nem találtak eltérést a gyermekkorban elszenvedett traumatikus élmények vonatkozásában, a másodlagos pszichopáták több PTSD tünetet mutattak az elsődleges csoporthoz képest (Hicks et al., 2010).

Fiatalkorúak körében (fiúknál és lányoknál egyaránt) ugyanakkor számtalan kutatás megerősítette, hogy a magas szorongással bíró másodlagos csoport több negatív élet-eseménnyel (pl. bántalmazás, elhanyagolás) jellemezhető. Ezt az összefüggést sikerült normál (Docherty et al., 2016; Fanti et al., 2013; Salihovic et al., 2014), bűnelkövető (Bennett és Kerig, 2014; Kimonis et al., 2011, 2012a; Sharf et al., 2014; Tatar et al., 2012; Vaughn et al., 2009), illetve klinikai populációban (Kahn et al., 2013) is megerősíteni. Több vizsgálat pedig a poszttraumás stressz zavar tüneteiben is eltérést talált a másodlagos típus javára (Bennett és Kerig, 2014; Sharf et al., 2014; Tatar et al., 2012).

Negatív emocionalitás/internalizáló zavarok

Vizsgálatok szerint az elsődleges és másodlagos pszichopáták az internalizáló zavarok tekintetében is különbséget mutatnak. Tehát a szorongást kicsit tágabban értelmezve, a ne-

gatív affektivitást vizsgálva elmondható, hogy a másodlagos típus több negatív hangulatot és érzelmet (pl. szorongás, depresszió, düh) tapasztal meg, mint az elsődleges csoport tagjai. A különbség bűnelkövető férfiak és nők esetében is (Cox et al., 2013; Hicks et al., 2004, 2010; Poythress et al., 2010), illetve egészséges egyetemista populációban is megmutatkozott (Falkenbach et al., 2014).

Bűnelkövető fiúk mintájában is sikerült kimutatni, hogy a másodlagos csoport (a szorongás mellett) magasabb depresszióval, hosztilitással és általános pszichológiai distresszel jellemezhető (Kimonis et al., 2011, 2012a), továbbá a fóbiás szorongás és a somatizáció esetében, illetve a hangulatjavító (antidepresszáns) gyógyszerek szedésében is jelentős eltérés mutatkozott (Vaughn et al., 2009). Az összefüggést újabban bűnelkövető lányok, illetve normál és pszichiátriai mintán is tesztelték, és a másodlagos csoport ezekben a vizsgálatokban is depresszív tüneteket, továbbá érzelemszabályozási zavarokat mutatott (Docherty et al., 2016; Gill és Stickle, 2015; Kahn et al., 2013).

Agresszív és kriminális viselkedés

Már Blackburn (1987), Lykken (1995), illetve Mealey (1995) megközelítésében is felmerült az a gondolat, hogy a másodlagos pszichopáták, a rájuk jellemző érzelmi instabilitásból és distresszből adódóan, nagyobb arányban mutatnak agresszív, erőszakos és kriminális viselkedést, mint elsődleges társaik. Összefoglaló tanulmányukban ugyanakkor Skeem és munkatársai (2003) vetették fel először, hogy az elsődleges/másodlagos pszichopáták valójában az agresszió típusában térnek el egymástól: az elsődleges változat inkább proaktív/instrumentális agresszióra (melyet egy specifikus cél elérése

érdekében hajtanak végre), míg a másodlagos csoport inkább reaktív/impulzív agresszióra hajlamos (melyet valamilyen negatív érzelmi állapotban [pl. harag vagy frusztráció] vagy valamilyen provokációra válaszul követnek el). Mindez jól összeegyeztethető azzal a feltevessel, hogy a másodlagos típus inkább forrófejű és impulzív, míg az elsődleges változat félelemnélküli, hideg és előre megtervezett módon cselekszik (Karpman, 1941; Lykken, 1995).

A témában végzett vizsgálatok javarészt börtönökben, férfi elítéltek mintáján zajlanak, és meglehetősen vegyes eredményekkel szolgálnak. Hick és munkatársainak (2004) kutatásában a magas szorongású másodlagos változat (melyet „agresszív pszichopátának” nevezett el) nagyobb fokú agresszióval, hosztilitással és impulzivitással volt jellemezhető. Emellett fiatalabb korban követték el az első bűncselekményüket, illetve több erőszakos és kriminális viselkedést mutattak a múltban, mint az elsődleges („érzelmileg stabil”) társaik. Poythress és kollégái (2010), illetve Cox és munkatársai (2013) is hasonló eredményt kaptak: vizsgálatukban a másodlagos pszichopáták több agresszív és diszruptív viselkedést mutattak, illetve magasabb volt náluk az erőszakos visszaesések kockázata. A fenti eredményeknek azonban ellentmondanak azok a vizsgálatok, melyek szerint az elsődleges pszichopáták követnek el több erőszakos bűncselekményt (Bagley et al., 2009; Swogger és Kosson, 2007; Vassileva et al., 2005), vagy nem találtak eltérést a két csoport között (Skeem et al., 2007). Női bűnelkövetők között csak a kriminális és antiszociális viselkedés kezdetében mutatkozott különbség: a másodlagos pszichopátiában gyermekkori, az elsődlegesben viszont felnőttkori kezdet jellemző (egyébként mindkét típus több bűncselekményt követett el

a kontrollcsoporthoz képest) (Hicks et al., 2010).

A fiatalok mintájában ugyanakkor egyértelműnek tűnik, hogy a másodlagos pszichopátiás vonások súlyosabb erőszakos viselkedéssel társulnak. A legelső vizsgálat bűnelkövető fiúknál mutatta ki, hogy a magas szorongású másodlagos típus több antiszociális viselkedéssel jellemezhető (pl. erőszakos bűncselekmény, tulajdonrongálás), mint az elsődleges csoport (Vaughn et al., 2009). Hasonlóképpen Kimonis és munkatársainak (2011) kétéves, utánkövetéses vizsgálatában a másodlagos típus több intézményen belüli, illetve változatosabb erőszakos viselkedést mutatott. Mindemellett inkább reaktív viselkedés jellemezte őket, miközben a proaktív, azaz az instrumentális erőszak tekintetében nem volt szignifikáns különbség a két változat között. Normál mintában (fiúk és lányok) is sikerült kimutatni, hogy a másodlagos csoport több agresszív és kriminális viselkedést mutat (Docherty et al., 2016), sőt a proaktív és a reaktív agresszió tekintetében is felülmúlták az elsődleges csoportot (Fanti et al., 2013; Salihovic et al., 2014). Pszichiátriai mintában a másodlagos csoport ugyancsak magasabb fizikai agressziót és externalizáló viselkedést mutatott (Kahn et al., 2013).

Szerhasználat

Egyre több vizsgálat szól amellett, hogy a pszichopátia másodlagos változata több szerhasználati problémával küzd, mint az elsődleges csoport. A másodlagos pszichopáták (férfiak és nők is) súlyosabb alkohol- és drog-problémákról számoltak be, valamint nagyobb valószínűséggel merítették ki a DSM-IV (Mentális Rendellenességek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve) szerinti szerabúzus, illetve függőség diagnosztikus kritériu-

mait (Bagley et al., 2009; Hicks et al., 2010; Swogger és Kosson, 2007; Vassileva et al., 2005).

Az összefüggést bűnelkövető fiúk körében is megerősítették. Vaughn és munkatársai (2009) is eltérést találtak az elmúlt egy évre vonatkozó droghasználatban a másodlagos típus javára. Kimonis és kollégáinak (2012b) vizsgálatában pedig a másodlagos változat nagyobb mértékű szerhasználatról számolt be a bebörtönzést megelőző fél évben (különösen alkohol), illetve a szabadságvesztés időtartama alatt, és közel kétszer akkora valószínűséggel kapták meg a DSM-IV szerinti szerabúzus diagnózisát, mint az elsődleges változat. Értelmezésük szerint a szerhasználat „öngyógyító” funkciót tölt be a másodlagos pszichopátiában, egyfajta pszichológiai szükségletből fakad. A szerhasználat és a pszichopátiás vonások kombinációja pedig jelentősen növelheti az erőszakos viselkedések kockázatát (Kimonis et al., 2012b). Normál mintában ugyanakkor nem sikerült különbséget kimutatni az elsődleges és másodlagos típus között a szerhasználat vonatkozásában (Docherty et al., 2016).

Öngyilkosság

Cleckley (1941) klasszikus leírásában is szerepel, hogy a pszichopátiás zavarban ritkán fordul elő öngyilkosság. Ez az ismertetőjegy ugyanakkor az elsődleges pszichopátia sajátosságának tűnik. Miközben az elsődleges pszichopátiát érzelmileg stabil zavarban tartják, a másodlagos típusra jellemző negatív emocionalitás, impulzivitás és hosztilitás növelheti az öngyilkosság kockázatát. Hicks és munkatársai (2010) női bűnelkövetők körében mutatták ki, hogy az elsődleges csoport kevesebb öngyilkossági kísérletet követett el a múltban, mint a másodlagos pszichopáták

(és ez a különbség a kontrollcsoporthoz viszonyítva is megmutatkozott). Vaugh és munkatársai (2005) is hasonló eredményeket kaptak. Bűnelkövető fiúkat vizsgálva a másodlagos csoport több szuicid gondolatról számolt be, mint az elsődleges változat.

Borderline és nácisztikus személyiségjegyek

Az elsődleges és másodlagos típus megkülönböztetésében a nácisztikus és borderline vonások is segítségül szolgálhatnak. Blackburn (1998a) szerint az elsődleges típus nácisztikus, a másodlagos változat pedig borderline vonásokkal jellemezhető. Megközelítése alapján végül Skeem és munkatársai (2003) fogalmazták meg azt a gondolatot, hogy az elsődleges és másodlagos típust inkább a nácizmus két formája szerint lehetne megkülönböztetni. A nácizmusnak ugyanis létezik nyílt (*overt*) és rejtett (*covert*) változata is (Wink, 1991). Míg a nyílt típusra a grandiozitás, az arrogancia, a dominancia, az exhibicionizmus és a sérthetlenség érzése jellemző, addig a rejtett típus hátterében valójában az alsóbbrendűség, az értéktelenség, a bizonytalanságérzet, illetve az ezekből fakadó szorongás áll. Skeem és munkatársai (2003) szerint az elsődleges pszichopátiát a nyílt, a másodlagos pszichopátiát viszont a rejtett nácizmussal lehet a legjobban körelírni.

A témában végzett vizsgálatok ugyanakkor nem találtak eltérést a (nyílt és rejtett) nácizmus tekintetében sem bűnelkövető, sem egészséges felnőttek körében, miközben a borderline személyiségjegyek magasabb arányban jellemezték a másodlagos típust (Falkenbach et al., 2014; Skeem et al., 2007). Bűnelkövető fiúknál ugyanakkor a másodlagos változat magasabb nácisztikus jellemzőkkel társult (Kimonis et al., 2011).

Serdülők normál mintájában pedig a magas szorongású másodlagos csoport alacsonyabb önértékelést és magasabb nácisztikus vonásokat mutatott, ami jól összeegyeztethető a nácizmus rejtett formájával (Fanti et al., 2013).

Érzelmi feldolgozás zavara

Számos kutató érvel amellett, hogy a pszichopátia kialakulásának hátterében az érzelmi feldolgozás zavara áll (Blair et al., 2005; Herba et al., 2007; Patrick, 1994). Bizonyított ugyanis, hogy a pszichopátiás vonásokkal rendelkező személyek deficitet mutatnak az érzelmi ingerek, különösen a másokon látott distresszjelzések (pl. félelem, szomorúság) felismerésében és feldolgozásában, miközben más érzelmi ingerek (pl. boldogság) esetében nem mutatnak zavart (összefoglalóért ld. Brook et al., 2013; Herpers et al., 2014). Meglepően kevés kutatás foglalkozik azonban azzal, hogy az elsődleges és másodlagos pszichopáták különböznek-e az érzelmi reakciók tekintetében. Jól ismert pedig, hogy a gyerekkori elhanyagolás és trauma inkább a negatív érzelmi ingerek fokozott feldolgozásával (hiperszenzitivitás) társul (Masten et al., 2008; Pollak és Sinha, 2002; Pollak és Tolley-Schell, 2003), így a másodlagos pszichopátiában eltérő érzelmi válasz feltételezhető.

Az eddigi vizsgálatok szerint női bűnelkövetők körében csak az alacsony szorongással jellemezhető, elsődleges pszichopáták mutattak zavart a kellemetlen érzelmi tartalmú képek bemutatása alatt (az összevont reflexben) (Sutton et al., 2002). Férfi bűnelkövetők körében viszont a vokális érzelmi kifejezések felismerését vizsgálták, és nem találtak szignifikáns eltérést a két típus között (Bagley et al., 2009). Az elsődleges és másodlagos pszichopáták ugyanis

egyaránt deficitet mutattak az érzelmi felismerésben a kontrollesoporthoz viszonyítva.

A CU vonással bíró, bűnelkövető fiatalok körében végzett vizsgálatok ugyanakkor egyértelmű különbséget találtak a két típus között. Kimonis és munkatársai (2012a) serdülőkorú fiúkat vizsgálva azt az eredményt kapták, hogy míg az elsődleges típust deficit jellemezte a distressztartalmú képek feldolgozásában, addig a magas szorongású másodlagos csoport fokozott figyelmi választ mutatott a negatív érzelmi ingerekre. Hasonlóképpen Bennett és Kerig (2014) kutatásában a „szerzett” CU vonásos csoport jobban teljesített a másokon látott undor felismerésében, mint az elsődleges csoport. Bár több agyi képalkotó eljárást alkalmazó kutatás is igazolta – főleg bűnelkövető mintán –, hogy a pszichopátiás vonásokra jellemző érzelmi zavar hátterében az amygdala csökkent aktivitása áll (Jones et al., 2009; Marsh et al., 2008; Viding et al., 2012), az elsődleges-másodlagos pszichopátia vonatkozásában nincsenek ilyen vizsgálatok.

KITEKINTÉS: KEZELÉSI LEHETŐSÉGEK

Bár a pszichopátia kezelését nagy pesszimizmus övezi (Salekin, 2002), egyre több vizsgálat igazolja, hogy a pszichopátiás vonásokat mutató gyerekek, illetve serdülők körében még csökkenthető az erőszakos és kriminális viselkedések kockázata (összefoglalóért lásd Skeem et al., 2009). Elképzelhető ugyanakkor, hogy a kezelések hatékonysága fokozódna, ha a szakemberek különbséget tennének a pszichopátia elsődleges és másodlagos változata között. Függetlenül attól, hogy normál, egészséges vagy bűnelkövető gyerekekről van szó, azok a fi-

atalok, akik magas CU vonásokkal és magas szorongással is jellemezhetőek, más terápiás szükségletekkel rendelkeznek, mint a magas CU vonásokat, de alacsony szorongást mutató csoport.

Kutatások szerint például a kognitív-viselkedéses terápia az egyik legeredményesebb a gyermekkori internalizáló problémák (pl. szorongás, depresszió) (Kaslow és Thompson, 1998; Ollendick és King, 1998; Silverman et al., 2008) és traumák (Chaffin és Friedrich, 2004) kezelésében, melyek a másodlagos típus legfontosabb ismertetőjegyei. Ami pedig az elsődleges típust illeti, egyrészt kimutatták, hogy bár csak átmenetileg, de enyhíthető a másokon látott distressz feldolgozásának zavara, ha a figyelmüket a szem régióra, azaz a tekintetre irányítják (Dadds et al., 2006; Gillespie et al., 2015). Másfelől a distresszjelzések fokozásával is csökkenthető az agresszív viselkedés (van Baardewijk et al., 2009). Figyelembe véve azt is, hogy a büntetés jelzéseire kevésbé érzékenyek, különösen akkor, ha valamilyen jutalom van kilátásban (Barry et al., 2000; Pardini et al., 2003), az olyan nevelésre irányuló intervenciók is célravezetőek lehetnek, melyek a proszociális viselkedést pozitív megerősítéssel ösztönöznék (Dadds et al., 2005).

Elméleti szempontból megalapozottnak tűnik az a feltevés, hogy a másodlagos típus jobban reagál a hagyományos pszichoterápiákra, mint az elsődleges változat (Karpman, 1941; Mealey, 1995a; Porter, 1996), hiszen olyan (terápiával jól kezelhető) affektív zavarokat mutatnak, mint a szorongás, a depresszió vagy az érzelmi instabilitás, így gyakran motiváltabbak is a terápia felkeresésére (és többet is kamatoztatnak belőle). Mindazonáltal több empirikus kutatásra lenne szükség, melyek az elsődleges és másodlagos

pszichopátiát kifejezetten a prevenció és a kezelési alternatívák mentén vizsgálják.

KONKLÚZIÓ

Az ismertett elméletek és eredmények tükrében a pszichopátia egységes, homogén volta megkérdőjelezhető. Bár az elsődleges és másodlagos típusban is megfigyelhetők a legfőbb pszichopátiás ismertetőjegyek (pl. empátia és büntudat hiánya), a két változat kialakulásának eltérő útja lehet. Alapvetően a szorongást és a gyerekkori traumát tekintik kulcsfontosságúnak a két típus megkülönböztetésében, de más faktorok, így az internalizáló és externalizáló zavarok, a borderline és narcisztikus személyiségjegyek vagy az érzelmi feldolgozás tekintetében is különbség várható.

A pszichopátia elsődleges-másodlagos változatának vizsgálata az elmúlt néhány évben terjedt csak el, azok előfordulására, illetve gyakoriságára vonatkozóan még nincsenek pontos adatok. Az elsődleges változat ugyanakkor sokkal közelebb áll az uralkodó, vagyis a klasszikus pszichopátia-felfogáshoz. Amennyiben a pszichopátiára úgy gon-

dolunk, mint egy érzelmi zavaroktól (pl. depresszió, szorongás) mentes, és a negatív élet-események által kevésbé befolyásolt zavarra, a másodlagos jellemzőket mutató személyeket nem is tekintenénk „pszichopátiásnak” (és a jelenlegi gyakorlatban ez így is van). Főbb karakterisztikumai alapján máig vita tárgyát képezi, hogy a másodlagos típus egyáltalán „valódi” pszichopátiának nevezhető-e. Egyes megközelítések szerint a másodlagos pszichopáták inkább a pseudo- vagy álpszichopátia egyik formáját képviselik, vagyis bár a pszichopátiához nagyon hasonló viselkedéses és interperszonális jellemzőkkel bírnak, az affektív zavar náluk kevésbé kifejezett (Hervé, 2002; Skeem et al., 2011). Tény ugyanakkor, hogy a homogénebb altípusok megkülönböztetése fontos szereppel bír azoknak a pszichológiai, illetve biológiai mechanizmusoknak a meghatározásában, melyek a zavar hátterében állhatnak, illetve hatékonyabb prevenciót és intervenciót segíthetnek elő. A gyakorlatban és a kutatásban dolgozó szakembereknek tehát érdemes lenne a pszichopátia mérése mellett a szorongás, a trauma és a PTSD tünetek jelenlétét vagy hiányát is feltérképezniük.

SUMMARY

SUBTYPES OF PSYCHOPATHIC PERSONALITY DISORDER: PRIMARY AND SECONDARY VARIANTS

Psychopathy has often been interpreted as a unitary construct, but there is evidence to suggest that psychopathy reflects a heterogeneous group. In the past few years, there has been a dramatic increase in theoretical and empirical research distinguishing between primary and secondary psychopaths. These studies suggest that the two variants can be distinguished based on some key dimensions, such as heritability, trait anxiety, impulsivity, narcissism or emotional deficit. It seems that secondary psychopaths may acquire affective deficit resulting from experiencing early traumatic experience (e.g., childhood neglect and abuse). The secondary type is associated with higher level of anxiety that reflects a tendency toward negative affect

(e.g., anger, depression) and different psychopathology (internal and external disorders) as well. However, such emotional characteristics call into question whether secondary type can be defined as “true” psychopathy or as a form of “pseudopsychopathy”. Nevertheless, distinguishing homogenous subtypes plays an important role in identifying psychological and biological mechanism underlying the psychopathic disorder, which can lead to more effective prevention and intervention.

Keywords: psychopathy, subtypes, primary variant, secondary variant, anxiety, trauma

IRODALOM

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition: DSM-5* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- ARNETT, P. A., SMITH, S. S., NEWMAN, J. P. (1997): Approach and avoidance motivation in psychopathic criminal offenders during passive avoidance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(6). 1413–1428.
- VAN BAARDEWIJK, Y., STEGGE, H., BUSHMAN, B. J., VERMEIREN, R. (2009): Psychopathic traits, victim distress and aggression in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(6). 718–725.
- BAGLEY, A. D., ABRAMOWITZ, C. S., KOSSON, D. S. (2009): Vocal affect recognition and psychopathy: Converging findings across traditional and cluster analytic approaches to assessing the construct. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(2). 388–398.
- BARRY, C. T., FRICK, P. J., DESHAZO, T. M., MCCOY, M. G., ELLIS, M., LONEY, B. R. (2000): The importance of callous-unemotional traits for extending the concept of psychopathy to children. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2). 335–340.
- BENNETT, D. C., KERIG, P. K. (2014): Investigating the construct of trauma-related acquired callousness among delinquent youth: Differences in emotion processing. *Journal of Traumatic Stress*, 27(4). 415–422.
- BLACKBURN, R. (1968): Personality in relation to extreme aggression in psychiatric offenders. *The British Journal of Psychiatry*, 114(512). 821–828.
- BLACKBURN, R. (1975): An empirical classification of psychopathic personality. *The British Journal of Psychiatry*, 127. 456–460.
- BLACKBURN, R. (1987): Two scales for the assessment of personality disorder in antisocial populations. *Personality and Individual Differences*, 8(1). 81–93.
- BLACKBURN, R. (1998a): Psychopathy: Antisocial, criminal, and violent behavior. In: MILLON, T., SIMONSEN, E., BIRKET-SMITH, M., DAVIS, R. D. (Eds.): *Psychopathy and the contribution of personality to violence*. Guilford Press, New York. 50–67.
- BLACKBURN, R. (1998b): Psychopathy and personality disorder: Implications of interpersonal theory. In: COOKE, D. J., FORTH, A. E., HARE, R. D. (Eds.): *Psychopathy. Theory, research and implications for society*. Kluwer Academic, Netherlands. 289–301.

- BLACKBURN, R. (1999): Personality assessment in violent offenders: The development of the Antisocial Personality Questionnaire. *Psychologica Belgica*, 39(2–3). 87–111.
- BLACKBURN, R., COID, J. W. (1999): Empirical clusters of DSM-III personality disorders in violent offenders. *Journal of Personality Disorders*, 13(1). 18–34.
- BLAIR, R. J. R., MITCHELL, D., BLAIR, K. (2005): *The psychopath: Emotion and the brain*. 1st ed. Wiley-Blackwell, Malden, MA.
- BRINKLEY, C. A., NEWMAN, J. P., WIDIGER, T. A., LYNAM, D. R. (2004): Two approaches to parsing the heterogeneity of psychopathy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(1). 69–94.
- CHAFFIN, M., FRIEDRICH, B. (2004): Evidence-based treatments in child abuse and neglect. *Children and Youth Services Review*, 26(11). 1097–1113.
- CLECKLEY, H. (1941): *The mask of sanity*. C. V. Mosby, St. Louis, MO.
- COID, J., FREESTONE, M., ULLRICH, S. (2012): Subtypes of psychopathy in the British household population: Findings from the national household survey of psychiatric morbidity. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(6). 879–891.
- COOKE, D. J., MICHIE, C. (2001): Refining the construct of psychopathy: Towards a hierarchical model. *Psychological Assessment*, 13(2). 171–188.
- COX, J., EDENS, J. F., MAGYAR, M. S., LILIENFELD, S. O., DOUGLAS, K. S., POYTHRESS, N. G. (2013): Using the Psychopathic Personality Inventory to identify subtypes of antisocial personality disorder. *Journal of Criminal Justice*, 41(2). 125–134.
- DADDS, M. R., FRASER, J., FROST, A., HAWES, D. J. (2005): Disentangling the underlying dimensions of psychopathy and conduct problems in childhood: A community study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3). 400–410.
- DADDS, M. R., PERRY, Y., HAWES, D. J., MERZ, S., RIDDELL, A. C., HAINES, D. J., SOLAK, E., ABEYGUNAWARDANE, A. I. (2006): Attention to the eyes and fear-recognition deficits in child psychopathy. *The British Journal of Psychiatry*, 189(3). 280–281.
- DOCHERTY, M., BOXER, P., HUESMANN, L. R., O'BRIEN, M., BUSHMAN, B. J. (2016): Exploring primary and secondary variants of psychopathy in adolescents in detention and in the community. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 45(5). 564–578.
- DRISLANE, L. E., PATRICK, C. J., SOURANDER, A., SILLANMÄKI, L., AGGEN, S. H., ELONHEIMO, H., PARKKOLA, K., MULTIMAKI, P., KENDLER, K. S. (2014): Distinct variants of extreme psychopathic individuals in society at large: Evidence from a population-based sample. *Personality disorders*, 5(2). 154–163.
- EISENBERG, N. (2000): Emotion, regulation, and moral development. *Annual Review of Psychology*, 51(1). 665–697.
- FALKENBACH, D. M., STERN, S. B., CREEVY, C. (2014): Psychopathy variants: Empirical evidence supporting a subtyping model in a community sample. *Personality Disorders*, 5(1). 10–19.
- FANTI, K. A., DEMETRIOU, C. A., KIMONIS, E. R. (2013): Variants of callous-unemotional conduct problems in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(7). 964–979.

- FAZEL, S., DANESH, J. (2002): Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359(9306). 545–550.
- FOWLES, D. C., DINDO, L. (2006): A dual-deficit model of psychopathy. In: PATRICK, C. J. (Ed.): *Handbook of psychopathy*. Guilford Press, New York, NY. 14–34.
- FRICK, P. J. (2009): Extending the construct of psychopathy to youth: Implications for understanding, diagnosing, and treating antisocial children and adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 54(12). 803–812.
- GILL, A. D., STICKLE, T. R. (2015): Affective differences between psychopathy variants and genders in adjudicated youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(2). 295–307.
- GILLESPIE, S. M., ROTSHTEIN, P., WELLS, L. J., BEECH, A. R., MITCHELL, I. J. (2015): Psychopathic traits are associated with reduced attention to the eyes of emotional faces among adult male non-offenders. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9. 552.
- GRAY, J. A. (1987): *The psychology of fear and stress*. 2nd ed. Cambridge University Press, Cambridge, UK.
- GRETTON, H. M., HARE, R. D., CATCHPOLE, R. E. H. (2004): Psychopathy and offending from adolescence to adulthood: A 10-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(4). 636–645.
- 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.
- HARE, R. D. (1991): *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Multi-Health Systems, Toronto, Ontario.
- HARE, R. D. (1996a): Psychopathy and antisocial personality disorder: A case of diagnostic confusion. *Psychiatric Times*, 13. 39–40.
- HARE, R. D. (1996b): Psychopathy: A clinical construct whose time has come. *Criminal Justice and Behavior*, 23(1). 25–54.
- HARE, R. D. (1998): Psychopaths and their nature: Implications for the mental health and criminal justice systems. In: MILLON, T., SIMONSEN, E., BIRKET-SMITH, M., DAVIS, R. D. (Eds.): *Psychopathy: Antisocial, criminal and violent behavior*. Guilford Press, New York, NY. 188–212.
- HARE, R. D. (2004): *Kímélet nélkül – A köztünk élő pszichopaták sokkoló világa*. Háttér Kiadó, Budapest.
- HARE, R. D., NEUMANN, C. S. (2005): Structural models of psychopathy. *Current Psychiatry Reports*, 7(1). 57–64.
- HARPUR, T. J., HARE, R. D., RALPH, A. (1989): Two-factor conceptualization of psychopathy: Construct validity and assessment implications. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(1). 6–17.
- HARRIS, G. T., RICE, M. E., HILTON, N. Z., LALUMIÉRE, M. L., QUINSEY, V. L. (2007): Coercive and precocious sexuality as a fundamental aspect of psychopathy. *Journal of Personality Disorders*, 21(1). 1–27.
- HART, S. D., HARE, R. D. (1996): Psychopathy and antisocial personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 9(2). 129–132.

- HERBA, C. M., HODGINS, S., BLACKWOOD, N., KUMAR, V., NAUDTS, K. H., PHILLIPS, M. (2007): The neurobiology of psychopathy: A focus on emotion processing. In: HERVÉ, H., YUILLE, J. C. (Eds.): *The psychopath: Theory research & practice*. Lawrence Erlbaum Associates. 253–283.
- HERVÉ, H. (2002): The masks of sanity and psychopathy: A cluster analytical investigation of subtypes of criminal psychopathy. Doctoral dissertation, Department of Psychology, University of British Columbia.
- HICKS, B. M., MARKON, K. E., PATRICK, C. J., KRUEGER, R. F., NEWMAN, J. P. (2004): Identifying psychopathy subtypes on the basis of personality structure. *Psychological Assessment*, 16(3). 276–288.
- HICKS, B. M., VAIDYANATHAN, U., PATRICK, C. J. (2010): Validating female psychopathy subtypes: Differences in personality, antisocial and violent behavior, substance abuse, trauma, and mental health. *Personality Disorders*, 1(1). 38–57.
- JONES, A. P., LAURENS, K. R., HERBA, C. M., BARKER, G. J., VIDING, E. (2009): Amygdala hypoactivity to fearful faces in boys with conduct problems and callous-unemotional traits. *American Journal of Psychiatry*, 166(1). 95–102.
- KAHN, R. E., FRICK, P. J., YOUNGSTROM, E. A., KOGOS YOUNGSTROM, J., FEENY, N. C., FINDLING, R. L. (2013): Distinguishing primary and secondary variants of callous-unemotional traits among adolescents in a clinic-referred sample. *Psychological Assessment*, 25(3). 966–978.
- 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. (1948): Conscience in the psychopath: Another version. *American Journal of Orthopsychiatry*, 18(3). 455–491.
- KARPMAN, B. (1955): Criminal psychodynamics: A platform. *Archives of Criminal Psychodynamics*, 1. 3–100.
- KASLOW, N. J., THOMPSON, M. P. (1998): Applying the criteria for empirically supported treatments to studies of psychosocial interventions for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(2). 146–155.
- KIMONIS, E. R., FRICK, P. J., CAUFFMAN, E., GOLDWEBER, A., SKEEM, J. (2012a): Primary and secondary variants of juvenile psychopathy differ in emotional processing. *Development and Psychopathology*, 24(3). 1091–1103.
- KIMONIS, E. R., SKEEM, J. L., CAUFFMAN, E., DMITRIEVA, J. (2011): Are secondary variants of juvenile psychopathy more reactively violent and less psychosocially mature than primary variants? *Law and Human Behavior*, 35(5). 381–391.
- KIMONIS, E. R., TATAR, J. R., CAUFFMAN, E. (2012b): Substance-related disorders among juvenile offenders: What role do psychopathic traits play? *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 26(2). 212–225.
- 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.

- LYKKEN, D. T. (1995): *The antisocial personalities*. 1st ed. Erlbaum, Hillsdale, N.J.
- MARSH, A. A., FINGER, E. C., MITCHELL, D. G. V., REID, M. E., SIMS, C., KOSSON, D. S., TOWBIN, K. E., LEIBENLUFT, E., PINE, D. S., BLAIR, R. J. R. (2008): Reduced amygdala response to fearful expressions in children and adolescents with callous-unemotional traits and disruptive behavior disorders. *American Journal of Psychiatry*, 165(6). 712–720.
- MASTEN, C. L., GUYER, A. E., HODGDON, H. B., MCCLURE, E. B., CHARNEY, D. S., ERNST, M., KAUFMAN, J., PINE, D. S., MONK, C. S. (2008): Recognition of facial emotions among maltreated children with high rates of post-traumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 32(1). 139–153.
- MEALEY, L. (1995a): The sociobiology of sociopathy: An integrated evolutionary model. *Behavioral and Brain Sciences*, 18(3). 523–541.
- MEALEY, L. (1995b): Primary sociopathy (psychopathy) is a type, secondary is not. *Behavioral and Brain Sciences*, 18(3). 579–599.
- MOKROS, A., HARE, R. D., NEUMANN, C. S., SANTTILA, P., HABERMAYER, E., NITSCHKE, J. (2015): Variants of psychopathy in adult male offenders: A latent profile analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(2). 372–386.
- NEUMANN, C. S., HARE, R. D., NEWMAN, J. P. (2007): The super-ordinate nature of the Psychopathy Checklist-Revised. *Journal of Personality Disorders*, 21(2). 102–117.
- NEUMANN, C. S., VITACCO, M. J., HARE, R. D., WUPPERMAN, P. (2005): Reconstructing the ‘reconstruction’ of psychopathy: a comment on Cooke, Michie, Hart, and Clark. *Journal of Personality Disorders*, 19(6). 624–640.
- 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.
- NEWMAN, J. P., PATTERSON, C. M., HOWLAND, E. W., NICHOLS, S. L. (1990): Passive avoidance in psychopaths: The effects of reward. *Personality and Individual Differences*, 11(11). 1101–1114.
- NEWMAN, J. P., SCHMITT, W. A. (1998): Passive avoidance in psychopathic offenders: A replication and extension. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(3). 527–532.
- OLLENDICK, T. H., KING, N. J. (1998): Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders: Current status. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(2). 156–167.
- PARDINI, D. A., LOCHMAN, J. E., FRICK, P. J. (2003): Callous/unemotional traits and social-cognitive processes in adjudicated youths. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(3). 364–371.
- PATRICK, C. J. (1994): Emotion and psychopathy: Startling new insights. *Psychophysiology*, 31(4). 319–330.
- POLLAK, S. D., SINHA, P. (2002): Effects of early experience on children’s recognition of facial displays of emotion. *Developmental Psychology*, 38(5). 784–791.
- POLLAK, S. D., TOLLEY-SHELL, S. A. (2003): Selective attention to facial emotion in physically abused children. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(3). 323–338.

- PORTER, S. (1996): Without conscience or without active conscience? The etiology of psychopathy revisited. *Aggression and Violent Behavior, 1*(2). 179–189.
- POYTHRESS, N. G., EDENS, J. F., SKEEM, J. L., LILIENFELD, S. O., DOUGLAS, K. S., FRICK, P. J., PATRICK, C. J., EPSTEIN, M., WANG, T. (2010): Identifying subtypes among offenders with antisocial personality disorder: A cluster-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology, 119*(2). 389–400.
- POYTHRESS, N. G., SKEEM, J. L., LILIENFELD, S. O. (2006): Associations among early abuse, dissociation, and psychopathy in an offender sample. *Journal of Abnormal Psychology, 115*(2). 288–297.
- POYTHRESS, N. G., SKEEM, J. L., LILIENFELD, S. O., DOUGLAS, K. S., EDENS, J. F. (2009): Carver and White's (1994) BIS scale and Lykken's (1995) primary psychopath: A reply to Newman and Malterer (2009). *Personality and Individual Differences, 46*(7). 678–681.
- 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.
- ROWE, D. C. (1995): Evolution, mating effort, and crime. *Behavioral and Brain Sciences, 18*(3). 573–574.
- SALEKIN, R. T. (2002): Psychopathy and therapeutic pessimism. Clinical lore or clinical reality? *Clinical Psychology Review, 22*(1). 79–112.
- SALEKIN, R. T., BRANNEN, D. N., ZALOT, A. A., LEISTICO, A.-M., NEUMANN, C. S. (2006): Factor structure of psychopathy in youth – Testing the applicability of the new four-factor model. *Criminal Justice and Behavior, 33*(2). 135–157.
- SALIHVIC, S., KERR, M., STATTIN, H. (2014): Under the surface of adolescent psychopathic traits: High-anxious and low-anxious subgroups in a community sample of youths. *Journal of Adolescence, 37*(5). 681–689.
- SCHMITT, W. A., NEWMAN, J. P. (1999): Are all psychopathic individuals low-anxious? *Journal of Abnormal Psychology, 108*(2). 353–358.
- SHARF, A., KIMONIS, E. R., HOWARD, A. (2014): Negative life events and posttraumatic stress disorder among incarcerated boys with callous-unemotional traits. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 36*(3). 401–414.
- SILVERMAN, W. K., PINA, A. A., VISWESVARAN, C. (2008): Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*(1). 105–130.
- 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.
- SKEEM, J. L., JOHANSSON, P., ANDERSHED, H., KERR, M., LOUDEN, J. E. (2007): Two subtypes of psychopathic violent offenders that parallel primary and secondary variants. *Journal of Abnormal Psychology, 116*(2). 395–409.

- SKEEM, J. L., MULVEY, E. P. (2001): Psychopathy and community violence among civil psychiatric patients: results from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3). 358–374.
- SKEEM, J. L., MULVEY, E. P., APPELBAUM, P., BANKS, S., GRISSO, T., SILVER, E., ROBBINS, P. C. (2004): Identifying subtypes of civil psychiatric patients at high risk for violence. *Criminal Justice and Behavior*, 31(4). 392–437.
- SKEEM, J. L., POLASCHEK, D. L. L., MANCHAK, S. (2009): Appropriate treatment works, but how?: Rehabilitating general, psychopathic, and high-risk offenders. In: SKEEM, J. L., DOUGLAS, K. S., LILIENFELD, S. O. (Eds.): *Psychological science in the courtroom: Consensus and controversy*. Guilford Press, New York, NY, US. 358–384.
- SKEEM, J. L., POLASCHEK, D. L. L., PATRICK, C. J., LILIENFELD, S. O. (2011): Psychopathic personality: Bridging the gap between scientific evidence and public policy. *Psychological Science in the Public Interest*, 12(3). 95–162.
- SKEEM, J. L., POYTHRESS, N., EDENS, J. F., LILIENFELD, S. O., CALE, E. M. (2003): Psychopathic personality or personalities? Exploring potential variants of psychopathy and their implications for risk assessment. *Aggression and Violent Behavior*, 8(5). 513–546.
- SUTTON, S. K., VITALE, J. E., NEWMAN, J. P. (2002): Emotion among women with psychopathy during picture perception. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(4). 610–619.
- SWOGGER, M. T., KOSSON, D. S. (2007): Identifying subtypes of criminal psychopaths: A replication and extension. *Criminal Justice and Behavior*, 34(8). 953–970.
- TATAR, J. R., CAUFFMAN, E., KIMONIS, E. R., SKEEM, J. L. (2012): Victimization history and posttraumatic stress: An analysis of psychopathy variants in male juvenile offenders. *Journal of Child Adolescent Trauma*, 5(2). 102–113.
- VASSILEVA, J., KOSSON, D. S., ABRAMOWITZ, C., CONROD, P. (2005): Psychopathy versus psychopathies in classifying criminal offenders. *Legal and Criminological Psychology*, 10(1). 27–43.
- VAUGHN, M. G., EDENS, J. F., HOWARD, M. O., SMITH, S. T. (2009): An investigation of primary and secondary psychopathy in a statewide sample of incarcerated youth. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 7(3). 172–188.
- VIDING, E., SEBASTIAN, C. L., DADDS, M. R., LOCKWOOD, P. L., CECIL, C. A. M., DE BRITO, S. A., MCCRORY, E. J. (2012): Amygdala response to preattentive masked fear in children with conduct problems: The role of callous-unemotional traits. *American Journal of Psychiatry*, 169(10). 1109–1116.
- WINK, P. (1991): Two faces of narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(4). 590–597.
- YILDIRIM, B. O., DERKSEN, J. J. L. (2015): Clarifying the heterogeneity in psychopathic samples: Towards a new continuum of primary and secondary psychopathy. *Aggression and Violent Behavior*, 24. 9–41.