2016

ZAKLJUČNA NALOGA

CRNKOVIČ

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA

BIOPSIHOLOŠKI POGLED NA PSIHOPATIJO IN IMPLIKACIJE ZA ZDRAVLJENJE

NUŠA CRNKOVIČ

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

Biopsihološki pogled na psihopatijo in implikacije za zdravljenje

(Biopsychological Perspective of Psychopathy and Implications for Treatment)

Ime in priimek: Nuša Crnkovič
Študijski program: Biopsihologija
Mentor: izr. prof. dr. Gregor Žvelc
Somentor: izr. prof. dr. Anton Grad

Koper, avgust 2016

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Nuša CRNKOVIČ
Naslov zaključne naloge: Biopsihološki pogled na psihopatijo in implikacije za zdravljenje

Kraj: Koper
Leto: 2016
Število listov: 46 Število slik: 2 Število tabel: 4
Število referenc: 125
Mentor: Assoc. Prof. Gregor Žvelc, PhD
Somentor: Assoc. Prof. Anton Grad, PhD
Ključne besede: psihopatija, motnje vedenja, antisocialna motnja, paralimbični sistem, prefrontalna skorja
Izvleček: Psihopatija je osebnostna motnja, za katero so značilne nevrološke spremembe in genetska predispozicija. V štiridesetih letih 20.st. je Cleckley zasnoval prvi klinični profil psihopatov, na podlagi katerega je Hare razvil najpogosteje uporabljeno diagnostično sredstvo za ocenjevanje psihopatije – Psychopathy Checkist: Revised (PCL-R). PCL-R ima 20 postavk, ki jih je moč razdeliti na 2-, 3- in 4-faktorski model, ki naj bi opredeljevala konstrukt psihopatije. Osnovne značilnosti omenjene osebnostne motnje so impulzivnost, pomanjkanje empatije, manipulativnost, plitko čustvovanje, občutek grandioznosti, pomanjkanje obžalovanja ali krivde, zgodnji nastop vedenjskih težav in antisocialno vedenje. S sindromom psihopatije se povezujejo spremembe v predelih prefrontalne skorje in paralimbičnem sistemu. Psihopatske tendence lahko vidimo že pri otrocih in mladostnikih s hudimi motnjami vedenja in z značilnostmi brezčutnosti. Nevrološki deficiti, ki zaznamujejo psihopatijo, so prav tako že prisotni pri otrocih, zato raziskovalci predpostavljajo, da gre za razvojno motnjo. Medtem ko je dolgo časa psihopatija veljala za neozdravljivo motnjo, so rezultati novejših raziskav bolj optimistični. Ti so pokazali pozitivne učinke na psihopatsko antisocialno vedenje z uporabo intenzivnih terapij po principu RNR – tveganje, potreba, odzivnost. Poleg tega so raziskave zdravljenja otrok in mladostnikov s psihopatskimi tendencami pokazale pozitivne rezultate z uporabo intenzivne kognitivne vedenjske terapije in pozitivnih okrepitev ob učenju. Na podlagi pregledane literature je podana celostna opredelitev psihopatije in implikacije za oblikovanje terapevtskega modela zdravljenja psihopatije.

Key words documentation

Name and SURNAME: Nuša CRNKOVIČ
Title of the final project paper: Biopsychological Perspective of Psychopathy and Implications for Treatment

Place: Koper
Year: 2016
Number of pages: 46 Number of figures: 2 Number of tables: 4
Number of references: 125
Mentor: dr. Gregor Žvelc
Co-Mentor: dr. Anton Grad
Keywords: psychopathy, conduct disorder, paralimbic system, prefrontal cortex
Abstract: Psychopathy is a personality disorder characterized by neurological and genetical predispositions. In 40s of the 20th century Cleckley designed the first clinical profile of psychopaths, based on which Hare developed most comenly used diagnostic tool – Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R). PCL-R has 20 items that can be shaped into 2-, 3- and 4-factor models as models which portray the construct of psychopathy. The disorder is characterised by impulsivnes, lack of empathy, manipulativeness, shallow affects, grandiose sense of self-worth, lack of remorse or guilt, early onset of conduct problems and antisocial behaviour. Syndrome of psychopathy is marked abnormal functioning of prefrontal cortex and paralimbic system. Psychopathic tendencies can already be seen in children and youth with major conduct disorder and callus-unemotional trait. Neurological deficits underlining psychopathy were also found in children, therefore it is speculated that it is a developmental disorder. Psychopathic individuals have long been considered as untreatable, but the recent researches are showing more optimistic results. Positive outcomes have been show by using the RNR principle – risk, need, response, when applying intensive treatment for psychopathic antisocial behaviour. Likewise, encouraging results were presented by applying intensive cognitive behavioural therapy and using positive reinforcement learning style for treating psychopathic tendencies in children and youth. Based on the literature overview, a comprehensive definition of psychopathy is formulated and implications for developing a therapeutic model for treatment of psychopathy are given.

ZAHVALA

Iskrena hvala mentorjema za vse nasvete, vložen trud in potrpljenje.

Mami, brez tvojih nasvetov bi še sedaj komplicirala pri oblikovanju teme.

Hvala moji čudoviti teti za vse slovnične nasvete in popravke.

Hvala sestri za pomoč pri tehničnem oblikovanju diplome.

Hvala vsem prijateljem za nasvete in moralno spodbudo.

Uroš, hvala ker si.

KAZALO VSEBINE

1 UVOD 1
2 PSIHOLOŠKI VIDIKI PSIHOPATIJE 2
2.1 Kratka zgodovina psihopatije 2
2.2 Cleckley in psihopatija 3
2.3 Opredelitev psihopatije in psihodiagnostična sredstva 7
2.3.1 Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R) 9
2.3.2 Samoocenjevalne lestvice 13
2.4 Psihopatija in otroci 15
2.4.1 Psihodiagnostična sredstva za ocenjevanje psihopatije pri otrocih in mladostnikih 16
3 NEVROLOŠKI VIDIK PSIHOPATIJE 18
3.1 Prefrontalna skorja 18
3.2 Paralimbični sistem 19
4 ZDRAVLJENJE PSIHOPATIJE 22
4.1 Zdravljenje s psihoterapijo 22
4.2 Zdravljenje psihopatije kot nevrološke motnje 24
5 SKLEP 25
6 VIRI 27

KAZALO PREGLEDNIC

Tabela 2.01 *2-faktorski model PCL-R* 10
Tabela 2.02 *4-faktorski model PCL-R* 11
Tabela 2.03 *Psychopathy Checklist: Screening Version* 13
Tabela 2.04 *Psychopathy Checklist: Youth Version* 16

KAZALO SLIK IN GRAFIKONOV

Slika 2.01. Umestitev psihopatije v odnosu z osebnostnimi motnjami, disocialnim vedenjem in z antisocialnimi osebnostnimi motnjami (Herpertz in Sass, 2000, str. 571). 8
Slika 2.02. Shematičen prikaz 2-, 3- in 4- faktorskega modela PCL-R. 12

SEZNAM KRATIC

APSD – Antisocial Process Screening Device

aCV – anteriorna cingulatorna vijuga

CU značilnosti – značilnosti brezčutnosti

DSM-V – Diagnostični in statistični priročnik mentalnih motenj, peta izdaja

fMRI- funkcionalno magnetno resonančno slikanje

MJTC – The Mendota Juvenile Treatment Center

MKB-10 – Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene

MRI – magnetno resonančno slikanje

oFS – orbitofrontalna skorja

PCL-R – Psychopaty Checklist – Revised

PCL:SV – Psychopathy Checklist: Screening Version

PCL:YV – Psychopathy Checklist: Youth Version

pCV – posteriorna cingulatorna vijuga

PFS- prefrontalna skorja

RNR – tveganje, potreba, odzivnost

SM – siva možganovina

TMP – travmatična možganska poškodba

vmPFS – ventromedialna prefrontalna skorja

ZDA – Združene države Amerike

1 UVOD

Izraz psihopat je leta 1891 uvedel nemški psihiater Koch, kar v dobesednem prevodu pomeni trpeča duša (Kiehl, 2014). Psihopatija je antisocialna osebnostna motnja (DSM-V, [APA, 2013]) z genetsko in biološko osnovo, ki ima dolgotrajne disfunkcionalne posledice za posameznika na interpersonalni in socialni ravni (Catchpole, Gretton in Hare, 2004; Kielh, 2014). Ključni simptomi motnje so: egocentrizem, manipulativnost, pomanjkanje empatije, impulzivnost, pomanjkanje odgovornosti, pomanjkanje občutka krivde ali obžalovanja (Hare, 1993).

Vedno več raziskav potrjuje biološki izvor psihopatije, predvsem na nevrološki ravni. Možganske spremembe so bile odkrite v prefrontalni skorji in paralimbičnem sistemu (Kiehl, 2006). Za jedro psihopatije večina raziskovalcev označuje amigdalo. Ta ima glavno vlogo pri čustvenem procesiranju informacij, ki je pri psihopatih najočitnejša abnormalnost (Blair, 2007). Hude motnje vedenja in značilnosti brezčutnosti pri otrocih in mladostnikih močno napovedujejo razvoj psihopatije v odraslosti (Capsi, Harrington, Milne in Moffitt, 2002; Frick, 2006; Dandreauc in Frick, 2008). Določene nevrološke spremembe, ki so prisotne pri odraslih, so zaznali tudi pri otrocih in mladostnikih s psihopatskimi značilnostmi (Barker, Herba, Jones, Laurens in Viding, 2009; Blair idr., 2011). Posledično je število raziskav, ki dokazujejo, da je psihopatija razvojna motnja, v porastu (Capsi, Loeber, Lynam, Moffitt in Stouthamer - Loeber, 2007).

V splošni populaciji je približno 1 % psihopatov (Hare, 1996), medtem ko je v forenzičnem okviru številka popolnoma drugačna. V forenzičnih psihiatričnih bolnišnicah je 11 % populacije psihopatov, 23 % zapornikov ima diagnozo psihopatije (Harris, Lalumire in Rice, 2001) in ti so odgovorni za kar 50 % vseh hudih kaznivih dejanj (Hare, 2003). Zaradi visoke povezanosti psihopatije s kriminalnim vedenjem veliko raziskovalcev išče učinkovite rešitve za zniževanje psihopatskega antisocialnega vedenja. Najpogosteje se uporablja na prekršek osredotočena kognitivna vedenjska skupinska terapija (Polaschek, 2011). Pozitivni rezultati zdravljenja otrok in mladostnikov so vidni pri uporabi intenzivnih psihoterapij in uporabi pozitivnih okrepitev za učenje (Caldwell, McCormik, Umstead in Wolfe, 2012).

V zaključni nalogi bom predstavila pregled psiholoških in nevroloških raziskav psihopatije. V zadnjem poglavju se bom osredinila na izsledke dozdajšnjih raziskav zdravljenja psihopatije. Na podlagi pregledane teorije bom poizkušala osnovati celovito opredelitev psihopatije in podati predloge za oblikovanje terapevtskega programa, namenjenega zdravljenju psihopatije.

2 PSIHOLOŠKI VIDIKI PSIHOPATIJE

2.1 Kratka zgodovina psihopatije

Psihopatija je prva opisana duševna motnja, ki je bila »izpuščena« iz klasifikacije duševnih motenj kot samostojna motnja in opredeljena kot del druge duševne motnje – antisocialne motnje. Vzrok je v majhnem zanimanju za psihopatijo med raziskovalci (zanjo so se zanimali le tisti, ki so ocenjevali tvegano/nevarno vedenje med kriminalci) in pomanjkanju jasnega diagnostičnega kriterija (težko je definirati psihopatijo pri toliko nasprotnih mnenjih raziskovalcev) (Buzina, 2012). Pa vendar lahko zgodbe, ki pripovedujejo o osebah, ki jih danes označujemo kot psihopate, zasledimo že veliko let pred našim štetjem. Predpostavlja se, da je zapis v peti knjigi Hebrejske Biblije o Kajnu in Abelu eden izmed prvih opisov psihopatskih značilnosti v pisni obliki. Theophrastus (371–287 pr. n. št.); Aristotelov učenec je pisal o brezvestnem možu (angl. Unscrupulous Man) in se v zgodovino zapisal kot prvi učenjak, ki je pisal o psihopatih (Kielh, 2014).

Prvi psihiater, ki je opisal znake psihopatije, je bil francoski psihiater Philippe Pinel (1806). Opisano motnjo je poimenoval *norost brez delirija* (fran. *manie sans délire)*. Njegovo delo je temeljilo na opazovanju pacientov, ki niso bili psihotični ali intelektualno ovirani, vendar so kljub temu izražali visoko stopnjo impulzivnosti, nasilja in odsotnost obžalovanja. V času Pinela je veljalo prepričanje, da je razum sestavni del duševnih motenj – oseba je bila spoznana za duševno moteno le ob razpadu razuma in intelekta. Z opisom duševne motnje, ki ni povezana z razpadom pacientovega razuma, je ustvaril razlikovanje med psihotičnim vedenjem in norostjo brez delirija. S tem je postavil pod vprašanje osnovno predpostavko o duševnih motnjah tistega časa (Briket - Smith, Davis, Millon in Simonsen, 1998). Pinelovemu delu je sledil znani ameriški psihiater Benjamin Rush. Zagovarjal je stališče, da obstaja razlika med duševnimi motnjami, ki vplivajo na moralni vidik, in duševnimi motnjami, ki vplivajo na razumski vidik. Menil je, da je norost brez delirija posledica nekakšne prirojene motnje ali pa bolezni. Posledično je trdil, da osebe s psihopatijo niso odgovorne za svoja dejanja. James Prichard (1786–1848) je prav tako sledil delu Pinela. Velja za prvega, ki je uvedel izraz *moralna neprištevnost* (angl. *moral insanity*), ki ga je uporabil za označevanje številnih duševnih motenj, ne le za psihopatijo. Trdil je, da moralno neprištevne osebe razlikujejo med prav in narobe, vendar so zaradi duševne motnje prisiljene v agresivno vedenje. S to predpostavko je enako kot Rush zavzel stališče, da psihopati niso odgovorni za svoja dejanja (Briket - Smith, Davis, Millon in Simonsen, 1998; Kielh, 2014).

Leta 1891 je nemški psihiater Koch uvedel izraz psihopat (nem. *psychopathische*), kar v dobesednem prevodu pomeni trpeča duša. Kot nadomestni izraz za moralno neprištevnost je vpeljal izraz psihopatska manjvrednost (angl. psychopathic inferiority). Psihopatsko manjvredne je opredelil osebe, ki niso imele psihoz ali manije, ampak so izražale abnormalno

vedenje. Bil je prvi, ki je trdil, da če želimo vedeti, na kak način se izražajo simptomi psihopatije, moramo imeti celotno sliko posameznikovega življenja – torej poznati vse pretekle izkušnje in vse vidike posameznikovega življenja. S tem je pripomogel k razvoju ocenjevanja psihopatov, ki ga danes uporabljamo v forenzičnem okolju (Kielh, 2014). Podobno kot Prichard je tudi Koch s konceptom psihopatska manjvrednost zajel široko množico duševnih motenj, med katerimi le peščica danes spada pod klasifikacijo antisocialnih motenj. Kochovo kategorijo psihopatije je tako imenovana Nemška šola psihopatije (angl. German School of psychopathy) še dodatno razširila. V kategorijo je vključila tudi osebe, ki so neodločne, sramežljive, nepreprićane, depresivne, ki škodujejo sebi in drugim – z drugimi besedami, skoraj vse, kar je bilo označeno kot abnormalno (Kielh, 2014).

Birnbaum (1909, po Briket - Smith, Davis, Millon in Simonsen, 1998) je menil, da niso vsa antisocialna vedenja samo produkt dednosti. Antisocialno vedenje naj bi bilo pogosteje posledica vplivov okoljskih dejavnikov na posameznika. Posledično je izraz sociopatija v tridesetih letih 20. st. zamenjal izraz psihopatija. Sociopatija je postal priljubljen termin predvsem zato, ker so se s tem izognili pogostemu napačnemu mnenju ljudi, da je psihopatija enako kot psihoza. Pogosto pa je izbira termina sociopatija oz. psihopatija odražala raziskovalčevo prepričanje o izvoru motnje. Tisti, ki so menili, da se motnja razvije kot posledica okoljskih dejavnikov, so uporabljali izraz sociopatija. Tisti, ki so zagovarjali, da je za razvoj motnje potrebnih več dejavnikov – okoljski, psihološki, biološki in genetski –, pa so uporabljali izraz psihopatija. Posledično je bila lahko ista oseba diagnosticirana s sociopatijo kot s psihopatijo, odvisno od ocenjevalca in njegovega pogleda na razvoj motnje (Hare, 1993). Temelje današnjega pojmovanja in ocenjevanja psihopatije je postavil Hervey Cleckley z izdajo knjige The Mask of Sanity (1941). V njej je navedel specifične značilnosti psihopatov in prepričanje, da večina psihopatov ni nasilna (Cleckley, 1976).

2.2 Cleckley in psihopatija

Cleckley je s svojim delom The Mask of Sanity (1976) revolucioniral klasifikacijo in razumevanje psihopatije. Na podlagi izkušenj, ki jih je pridobil ob delu s hospitaliziranimi pacienti, je preučil veliko študij primerov. Na podlagi študij primerov, ki jih je tudi navedel v knjigi, je izoblikoval kriterij s šestnajstimi karakteristikami psihopatije. V nadaljevanju bom predstavila njegov (1976) klinični profil psihopatov in vsako karakteristiko na kratko opisala.

A) *Površinski šarm in visoka inteligenca*
   Naredi zelo dober prvi vtis. Deluje pozoren in prijateljski, zlahka vzpostavi pogovor in ustvari občutek, da ima veliko interesov. Vse o njem nakazuje na dobro mentalno zdravje. Rezultati psihometričnih testov pogosto nakazujejo na visoko inteligenco.

B) *Odsotnost blodenj in drugih znakov iracionalnega mišljenja (angl. absence of delusions and other signs of irrational thinking)*
Psihopat običajno nima simptomov psihoz ali čustvenih motenj. Njegova percepcija realnosti je normalna, navzven vzbuja občutek sprejemanja socialnih standardov. Njegovo logično mišljenje je neokrnjeno, lahko predvidi posledice dejanja in kritizira svoje pretekle napake. Njegovi čustveni odzivi so primerni – deluje kot topla, predana in zvesta oseba.

C) *Odsotnost živčnosti ali psihonevrotičnih manifestacij (angl. absence of nervousness or psychoneurotic manifestations)*
Običajno odsotni simptomi, ki bi nakazovali na psihonevrotičnost v kliničnem smislu. Poleg tega kažejo relativno imuniteto na tesnobnost in zaskrbljenost, tudi v primerih, ko je to razumljeno kot normalen odziv na okoliščine. Vznemirjenost lahko nastopi kot posledica nerazumevanja hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici ali zaporne kazni. Njegova napetost deluje kot posledica zunanjih okoliščin in ne njegovega občutka krivde, notranje nepreprićanosti ali obžalovanja. Navznoter deluje, kot da nima zmožnosti občutenja anksioznosti ali globokega obžalovanja.

D) *Nezanesljivost (anlg. unreliability)*
Nima nikakršnega občutka za odgovornost, zato je od psihopata popolnoma nesmiselno zahtevati zagovor za pretekle napake in neuspehe. Kljub temu ni nujno, da bodo izkoristili vsako priložnost za krajo ali prevaro. Lahko imajo službo, izpolnjujejo finančne obveznosti, so uspešni v poslovnem svetu. Ni mogoče predvideti, kdaj bosta njihovi neodgovornost in neiskrenost ponovno nastopili. To nima povezave s stresom, z večjimi spremembam v razpoloženju ali s cikličnimi periodami. Dovolj je lahko že majhna vznemirjenost. Zaradi njegovega dobrega vedenja prilagojenosti lahko predvidimo le, da se bo njegovo nezanesljivo vedenje nadaljevalo.

E) *Neiskrenost*
Psihopat popolnoma zanemarja resnico in mu ne gre zaupati s preteklimi izkušnjami in z obljubami za prihodnost. Laže o vsem in v vseh okoliščinah, in to brez tehtnega razloga. V njegovem vedenju ne gre zaznati tipičnih pokazateljev laganja in pri tem mirno gleda sogovornika v oči. Po drugi strani, ponovno brez tehtnega razloga, lahko prizna svoje napake – pogosto v primeru, ko je laž očitno zaznana. Ko se mu bo ponudila priložnost, bo ponovno lagal in kljub preteklemu odkritju njegovih laži bo brez težav govoril o svoji zanesljivosti in iskrenosti.

F) *Pomanjkanje obžalovanja ali sramu (angl. lack of remorse or shame)*
Psihopat ne pokaže sramu ali ponižanja ob soočanju s svojim vedenjem, z odnosom ali s povzročeno materialno škodo. Prav tako brez sramu ali obžalovanja prevali krivdo za svoja

dejanja na druge. Tudi če navidezno sprejme odgovornost za svoja dejanja, se izkaže, da je vse skupaj površinsko in neiskreno.

G) *Neustrezno/Nesmiselno motivirano antisocialno vedenje (angl. inadequately motivated antisocial behavior)*
V primerjavi z običajnim nepridipravom bo psihopat pogosteje kršil zakon in v bolj tveganih okoliščinah. V ozadju je njegovo kriminalno vedenje brezciljno, ni povezano z okoliščinami (kot npr. pri kleptomaniji) in ne kaže zavestnega obžalovanja.

H) *Slaba zmožnost presojanja in nezmožnost učenja iz izkušenj (angl. poor judgment and failure to learn by experience)*
Njegove slabe zmožnosti presojanja niso izboljšane prek izkušenj niti kaznovanje ne vpliva na njegove odločitve. Kljub temu posedujejo dobro zmožnost ocenjevanja teoretičnih situacij, tudi kompleksne situacije, npr. etične, čustvene. Ko je situacija prenesena v realnost, se hitro izkažeta njegova nezmožnost učenja iz izkušenj in slabo presojanje situacij.

I) *Patološki egocentrizem in nezmožnost ljubezni (angl. pathologic egocentricity and incapacity for love)*
Visoka stopnja egocentrizma je prepoznavna lastnost psihopata. Sposoben je izražati le osnovne vidike naklonjenosti – nekaj ali nekdo mu je všeč ali pa mu ni všeč. S svojim vedenjem lahko osebi vzbudi občutek, da mu nekaj pomeni, jo ljubi, celo hlini starševsko predanost. Značilno je, da ni zmožen dejansko ljubiti druge osebe kot le sebe.

J) *Splošna šibka afektivna odzivnost (angl. general poverty in major affective reactions)*
Za psihopata je značilna splošna šibkost v čustvovanju. Njegove čustvene predstave – entuziazem, solze, prepričljivo pripovedovanje njegove nesrečne življenjske zgodbe itn. – so posledica naučenih izrazov in ne močnih globokih čustev. Prav tako je njihov humor priučen.

K) *Nezmožnost samouvida (angl. specific loss of insight)*
Psihopat ni sposoben specifičnega uvida v svoje mentalno stanje, kar ni enako kot pri shizofrenikih. Psihopat nima uvida niti ne razume doživljanja drugih v povezavi z njim. Prav tako ne poseduje uvida v lasten primanjkljaj čustvenega doživljanja niti pomena lastne situacije. Njegove izjave, ki bi jih lahko opredelili kot dokaz sposobnosti uvida, so le produkt odličnega posnemanja uvida.

L) *Neodzivnost na osnovne medosebne odnose (angl. unresponsivness in general interpersonal relations)*

Ne glede na vložen trud in potrpljenje ljudi, ki ga obdajajo, nikoli ne bo pokazal iskrene hvaležnosti. Najpogosteje izrazi svojo zaigrano hvaležnost, če želi nekaj od druge osebe. Večina psihopatov se navzven kaže s prosocialnim vedenjem, katerega cilj je pridobiti občudovanje in hvaležnost drugih ljudi.

M) *Nenavadno in neprimerno vedenje v stanju vinjenosti in včasih treznosti (angl. fantastic and uninviting behavior with dirk and sometimes without)*
Veliko psihopatov prekomerno uživa alkohol, vendar tega ne gre posplošiti na vse. Ti v stanju vinjenosti, lahko tudi že v blažji obliki vinjenosti, izražajo zelo neprimerno vedenje – prerekanje zaradi malenkosti, vulgarnost, hitra nihanja med tarnajočim in nadutim razpoloženjem itn. Le redko bo psihopat v stanju vinjenosti – blažji ali prekomerni – izražal dobrovoljnost in živost. Alkohol ni razlog za njihovo vedenje. Osebnostni vzorci, ki se izrazijo v stanju vinjenosti, so vedno prisotni, le da so ti z uživanjem alkohola izrazitejši.

N) *Redka samomorilnost (anlg. suicide rarely carried out)*
Med psihopati je samomor zelo redek pojav. Grožnje s samomorom so, tako kot obljube za prihodnost in boljše vedenje, prazne.

O) *Neosebno, trivialno in slabo integrirano spolno življenje (angl. sex life impersonal, trivial, and poorly integrated)*
Za psihopata je značilno nenavadno spolno življenje. Pogostejše je nezrelo ali odklonilno spolno vedenje, za katero niso vzrok abnormalne okoliščine. Pri spolnem odnosu mu ni pomemben osebni odnos, pomemben mu je le trenuten občutek. V primerjavi z duševno zdravim moškim ima psihopat šibkejši spolni nagon. Pri izbiri spolnega partnerja se ne ozira na nič, npr. brez slabe vesti ima spolni odnos z ženo najboljšega prijatelja.

P) *Neuspešna izvedba kakršnih koli življenjskih načrtov (angl. failure to follow any life plan)*
Značilna je visoka izraženost nezmožnosti izvršitve zastavljenega cilja. Ne glede na to, za kakšen načrt gre, psihopat ne bo vztrajal ali vložil dovolj truda, da bi ga dosegel. Veliko pogosteje vzbudi občutek, kot da se trudi biti neuspešen pri doseganju zadanih ciljev.

Cleckley je s svojim kriterijem prispeval popolnoma nov pogled, ki je spremenil tok raziskovanja in pojmovanja psihopatije. Sodobna opredelitev psihopatije in tudi najpogostejše metodološko sredstvo za odkrivanje psihopatije – Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R) (Hare, 1991) – sloni na njegovem kliničnem profilu psihopatov. Posledično menim, da je razumevanje njegovega dela v povezavi s psihopatijo pomembno za razumevanje sodobnih raziskav na področju psihopatije.

2.3 Opredelitev psihopatije in psihodiagnostična sredstva

Psihopatija je disocialna osebnostna motnja (MKB-10) oz. antisocialna osebnostna motnja (DSM-V; APA, 2013) z biološko osnovo, ki ima dolgotrajne disfunkcionalne posledice za posameznika na interpersonalni in socialni ravni (Catchpole, Gretton in Hare, 2004; Kielh, 2014).

Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10-AM oz. na kratko MKB-10) uvršča psihopatijo v podkategorijo disocialna osebnostna motnja (F60.2), kategorije motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi (F60-F69). Disocialna osebnostna motnja je opredeljena kot osebnostna motnja, katere značilnosti so nespoštovanje socialnih dolžnosti, popolna ignoranca za čustva drugih, hitro izzvano agresivno in nasilno vedenje. Na spremembo vedenja ne vplivajo negativne izkušnje in kaznovanje. Značilni so: nizka stopnja potrpežljivosti za neuspehe, nagnjenost k zmerjanju drugih in racionalizaciji vedenja, zaradi katerega ima oseba konflikte s socialnim okoljem.

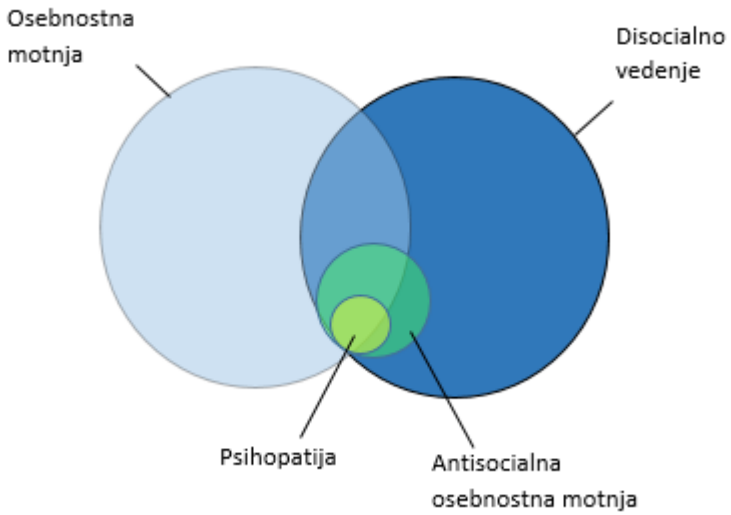
Diagnostični in statistični priročnik mentalnih motenj, peta izdaja (angl. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition), oz. DSM-V (American Psychiatric Association [APA], 2013) opredeli psihopatijo kot sopomenko za antisocialno osebnostno motnjo, sociopatijo ali disocialno osebnostno motnjo. Značilnosti antisocialne osebnostne motnje so po DSM-V (APA, 2013) naslednje:

- Oseba, stara vsaj 18 let;
- prisotne motnje vedenja, ki so nastopile pred 15. letom starosti, za katere je značilno: agresija do živali in ljudi; uničevanje lastnine; resno kršenje pravil; kraja ali prevarantstvo;
- nezakonito vedenje kot posledica nesposobnosti prilagoditve socialnim normam;
- lažnivost, izkoriščanje ali goljufivost za lastno zadovoljstvo ali dobiček;
- impulzivnost ali nezmožnost načrtovanja za prihodnost;
- razdražljivost in agresivnost, kar pogosto vodi v fizično nasilje;
- brezbrižnost za lastno varnost ali varnost drugih;
- neodgovornost, ki se odraža v nezmožnosti ohranitve zaposlitve ali izpolnitvi finančnih obveznosti;
- pomanjkanje obžalovanja;
- antisocialno vedenje ni posledica shizofrenije ali bipolarne motnje.

Veliko raziskav je pokazalo, da obstajajo razlike med psihopatijo in antisocialno osebnostno motnjo. Večino kaznjencev s psihopatijo lahko uvrstimo pod antisocialno osebnostno motnjo, medtem ko le redkim kaznjencem z antisocialno osebnostno motnjo lahko postavimo diagnozo psihopatije (Hart in Hare, 1989; Pham in Saloppe, 2010; Campbell, Ogloff in Stephane, 2016).

Simptomi antisocialne osebnostne motnje, ki jih navaja DSM-V (APA, 2013), so skladni z vedenjem psihopata, vendar ne zajame čustvenih ali medosebnih deficitov, ki so značilni za psihopate (Campbell idr., 2016). Posledično obstajata dva precej različna pristopa za opredelitev psihopatije.

Prvi zagovarja stališče, da je za opredelitev psihopatije pomembno preteklo kronično antisocialno vedenje. Osebnostne spremenljivke lahko sklepamo na podlagi vedenja in zato ne potrebujemo ocenjevalne lestvice (Endicott, Robins in Spitzer, 1975; Colinger, 1978). Temu pristopu nasprotuje Viding (2004), saj predpostavlja, da zanemarjanje medosebnih in čustvenih vidikov ter osredinjanje samo na vedenje lahko pripelje do prekomernega diagnosticiranja psihopatije znotraj forenzične populacije in nezadostnega diagnosticiranja pri neprestopniški populaciji.
Zagovorniki drugega pristopa opredeljujejo psihopatijo kot specifično obliko antisocialne osebnostne motnje, za katero je značilna povezava med karakterističnim vzorcem čustvenih in medosebnih deficitov z antisocialnim vedenjem (Viding, 2004). Eden izmed zagovornikov drugega pristopa je bil tudi Cleckley (1976), ki je postavil klasično definicijo psihopatije. Psihopatijo je definiral kot razporeditev odklonskih osebnostnih potez, kot so: manipulacija, pomanjkanje empatije in občutka krivde, neodgovornost. Na pogladi njegove šestnajststopenjske lestvice psihopatije je dr. Robert Hare (1991) razvil Psychopathy Checklist Revised (PCL-R). PCL-R zajame osebnostne značilnosti psihopatije, ki jih je navedel Cleckley, pa tudi antisocialno vedenje psihopatov (Kielh, 2014). Večina današnjih opredelitev psihopatije temelji na Harovem PCL-R.



Slika 2.01. Umestitev psihopatije v odnosu z osebnostnimi motnjami, disocialnim vedenjem in z antisocialnimi osebnostnimi motnjami (Herpertz in Sass, 2000, str. 571).

2.3.1 Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R)

Psychopathy Checklist (PCL) je bil razvit z namenom ocenjevanja psihopatije pri zapornikih leta 1980. Prvotno je imel 22 postavk, vsaka postavka pa je bila ocenjena na lestvici od 0 do 2 na podlagi izčrpnega intervjuja in pregleda kartoteke zapornika. Najvišji mogoči rezultat je bil 44 (Hakstian, Hare in Harpur, 1989). Leta 1991 je izšla druga, modificirana in optimizirana izdaja Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R). Na podlagi raziskav je bil PCL-R leta 2003 ponovno posodobljen. Danes velja za internacionalni standard za ocenjevanje psihopatije odraslih forenzičnih pacientov in zapornikov pa tudi za raziskovalne namene (Hare, 2003).

PCL-R ima 20 postavk (navedene v tabeli 2.01). Postavke se vrednoti na podlagi polstrukturiranega intervjuja in pregleda relevantnih dokumentov – policijska kartoteka, poročilo o družinski dinamiki, poročilo socialne službe, uporaba substanc, pretekle zaposlitve, izobrazba, razmerja in medosebni odnosi, otroštvo in mladostništvo. Vsaka postavka je ocenjena na 3-stopenski lestvici – od 0 do 2. Če je postavka ovrednotena z 0 točkami, pomeni, da lastnost ni izražena pri testirancu. Ena točka predstavlja srednjo zastopanost merjene postavke. Vrednotenje postavke z dvema točkama predstavlja izraženost lastnosti, ki jo meri postavka. Najvišje število doseženih točk je 40. Za diagnosticiranje psihopatije mora oseba doseči 30 točk; nekateri so dobili zanesljive rezultate tudi s 25 točkami (Hare, 1996, 1998).
PCL-R je dokazano veljaven in zanesljiv psihodiagnostični instrument za ocenjevanje psihopatije (Forth, Hakstin, Hare, Harpur in Hart, 1990; Hare, 1991). Pridobljen rezultat posameznika je približna ocena stopnje ujemanja s prototipičnim modelom psihopata po Ckecklyju (1976). Čeprav temelj PCL-R predstavlja Clecklyjev klinični profil psihopata, je Hare v svojem delu izpustil njegove postavke, ki se nanašajo na pozitivno prilagoditev okolju. Predvsem je izpustil postavke, ki se nanašajo na nevroticizem psihopatov, pa tudi postavki »odsotnost blodenj in drugih znakov iracionalnega mišljenja« ter »redka samomorilnost« (Fowles, Krueger, Patrick, 2009).

Osnova PCL-R je 2-faktorska struktura: čustvene – medosebne značilnosti (faktor 1) in socialni odklon (faktor 2) (Hakstin idr., 1989; Hare, 1991, 2003). Faktor 1 predstavlja konstelacijo osebnostnih potez psihopata – jedro psihopatije. Faktor 2 zajema antisocialen in nestabilen način življenja psihopata. Visoko število doseženih točk pri prvem faktorju se povezuje s pogostejšo proaktivno (naklepno) agresijo (Patrick in Zempolich, 1998; Porter in Woodworth, 2006), z narcisizmom in makiavelizmom (Hakstin idr., 1989; Hare, 1991, 2003) ter z nižjimi vrednostmi, povezanimi z empatijo (Hare, 2003). Poleg tega je faktor 1 povezan tudi s prilagoditvenimi lastnostmi – pozitivno korelira z višjim socialnoekonomskim položajem in s socialno dominanco; negativna povezava je bila ugotovljena z anksioznostjo, depresijo in s strahom (Hakstin idr., 1989). Drugi faktor se močno sklada z definicijo antisocialne osebnostne motnje po DSM-V (American Psychiatric Association [APA], 2013). To povezanost so potrdili tudi raziskovalci (Hakstin idr., 1989; Hare, 1991, 2003). Faktor 2 je v nasprotju s faktorjem 1

povezan z agresijo, ki je odraz jeznega odziva (Patrick in Zempolich, 1998; Porter in Woodworth, 2006), nižjim socialnoekonomskim statusom, z zasvojenostjo z alkoholom in drogami (Hare, 2003). 2-faktorski model je bil normiran na forenzičnih pacientih in zapornikih. Enakovredno vrednoti pomembnost osebnostnih značilnosti in socialnega odklona psihopatov (Andrade, 2008).

Tabela 2.01
2-faktorski model PCL-R

Faktor 1 – čustvene – medosebne značilnosti	Faktor 2 – socialni odklon	Postavke, ki niso uvrščene v faktor 1 ali 2
1. Navidezen šarm	3. Potreba po stimulaciji	11. Promiskuitetno spolno vedenje
2. Občutek grandioznosti	9. Parazitski življenjski slog	17. Številna kratkotrajna zakonska razmerja
4. Patološko laganje	10. Slabo nadzorovanje vedenja	20. Kriminalna raznolikost
5. Sleparstvo ali manipulacija	12. Zgodnji nastop vedenjskih težav	
6. Pomanjkanje obžalovanja ali krivde	13. Pomanjkanje realističnih, dolgoročnih ciljev	
7. Plitko čustvovanje	14. Impulzivnost	
8. Brezčuten ali pomanjkanje empatije	15. Neodgovornost	
16. Nezmožnost sprejetja odgovornosti za lastna dejanja	18. Mladostniško prestopništvo	
	19. Kršenje pogojne izpustitve iz zapora	

Cooke in Michie (2001) sta predpostavila, da 2-faktorski model ne opredeli psihopatije primerno, saj nista uspela dokazati veljavnosti modela. Osnovala sta nov, 3-faktorski model, ki razdeli faktor 1 na dva faktorja – aroganten in prevarantski slog medosebnih odnosov (nov faktor 1 – medosebni odnosi) ter pomanjkljivo doživljanje čustev (nov faktor 2 – čustvovanje). Faktor 2 sta poimenovala impulziven in neodgovoren slog vedenja (nov faktor 3 – vedenje), v katerega nista vključila 5 postavk, ki merijo kriminalno vedenje. Antisocialno vedenje naj bi bilo posledica psihopatske osebnosti. Z zmanjšanjem poudarka na kriminalno vedenje psihopatov sta Cooke in Michie (2001) ponudila način za ocenitev kliničnega konstrukta, ki je bližji profilu psihopata po Cleckley (1976). Grisso, Mulvey in Skeem (2003) so ugotovili, da je faktor 3 (vedenje) najmočneje povezan s frekvenco in stopnjo resnosti prekrškov ter z diagnozo

zlorabe drog in alkohola. Faktor čustvovanja je najmočneje povezan s preteklim in prihodnjim nasiljem ter z nasiljem nad drugimi ljudmi. Cooke, Kosson in Michie (2001) so uspešno implicirali 3-faktorski model na belopolto in temnopolto raso. Nezmožnost implikacije modela na različne etnične rase je bila ena izmed kritik 2-faktorskega modela (Kosson, Newman in Smith, 1990). 3-faktorski model se je izkazal za veljavnega tudi pri uporabi drugačnih diagnostičnih inštrumentov za ocenjevanje psihopatije, npr. Psychopathy Checklist: Screening Version (Grisso idr., 2003). Zaradi zmožnosti implikacije 3-faktorskega modela na različne etnične izvore in psihodiagnostična sredstva so nekateri predlagali, da ta model predstavlja sam konstrukt psihopatije, ne le sestavnih delov PCL-R (Benning, Hall in Patrick, 2004).

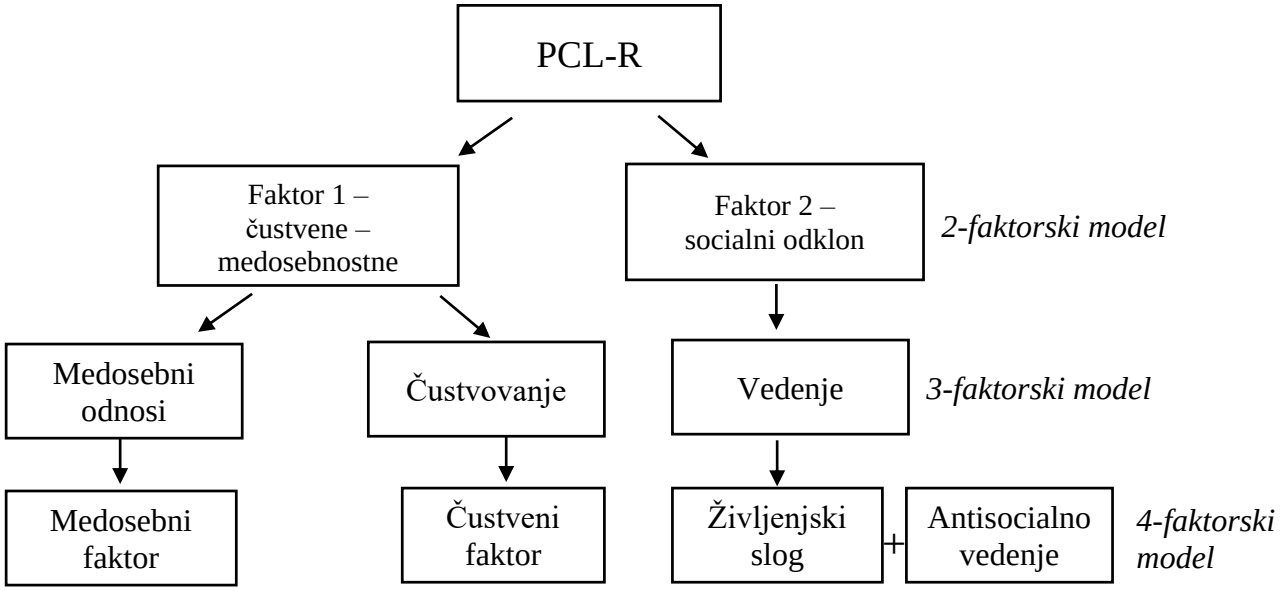
Hare (2003) je podal močno kritiko na 3-faktorski model, ki ne vključuje vidika antisocialnega vedenja psihopatov, kar naj bi »omejilo« uporabnost PCL-R. Postavke PCL-R močno korelirajo med seboj, zaradi česar je treba upoštevati rezultate vseh faktorjev za ocenitev psihopatije (Hare in Neumann, 2010). Pomembnost interakcije med faktorjem 1 in faktorjem 2 sta izpostavila tudi Kosson in Walsh (2008), ko sta odkrila, da nižje kot so vrednosti faktorja 1, težje je napovedati vpliv faktorja 2. Hare (2003) je zato predlagal nov, 4-faktorski model, ki vključuje tudi antisocialno vedenje. Z drugimi besedami povedano, avtor je prvotna 2-faktorski model in 3-faktorski model (Cooke in Michie, 2001) razširil na 4-faktorski model (tabela 2.04), ki ima (1) medosebni faktor, (2) čustveni faktor, (3) življenjski slog in (4) antisocialni faktor. Dve postavki – 11 in 17 – nista bili uvrščeni v nobeno kategorijo. Med osnovnimi faktorji modela so bile odkrite korelacije in dva glavna faktorja, ki sta enaka prvotnemu, 2-faktorskemu modelu. Edina razlika je, da je v faktor 2 uvrščena postavka kriminalna raznolikost (Hare, 2003; Hare in Neumann, 2008). Model je dokazano veljaven za psihiatrične bolnike (Hill, Neumann in Rogers, 2004), zapornike (Hare, 2003) in za posameznike brez kriminalne preteklosti (Hare, Paulhus in Williams, 2007). 4-faktorski model je mogoče uporabljati v longitudinalnih študijah za ugotavljanje, ali je antisocialno vedenje posledica motnje osebnosti ali je motnja osebnosti posledica antisocialnega vedenja (Hare in Neumann, 2005; Jackson, Neumann in Vitacco, 2005).

Tabela 2.02
4-faktorski model PCL-R

Medosebni faktor	Čustveni faktor	Življenjski slog	Antisocialni faktor	Neuvrščene postavke
1. Navidezen šarm	6. Pomanjkanje obžalovanja ali krivde	3. Potreba po stimulaciji	10. Slabo nadzorovanje vedenja	11. Promiskuitetno spolno vedenje
2. Občutek grandioznosti	7. Plitko čustvovanje	9. Parazitski življenjski slog	12. Zgodnji nastop vedenjskih težav	17. Številna kratkotrajna

				zakonska razmerja
4. Patološko laganje	8. Brezčutnost ali pomanjkanje empatije	13. Pomanjkanje realistični, dolgoročnih ciljev	18. Mladostniško prestopništvo	
5. Sleparstvo ali manipulacija	16. Nezmožnost sprejetja odgovornosti za lastna dejanja	14. Impulzivnost	19. Kršenje pogojne izpustitve iz zapora	
		15. Neodgovornost	20. Kriminalna raznolikost	

Vsi modeli PCL-R poizkušajo zajeti konstrukt psihopatije, za kar menim, da lahko lepo ponazorimo s piramidnim prikazom (slika 2.02). Ti modeli so pravzaprav samo razcep osnovnega PCL-R na 2 faktorja, nato razcep dveh faktorjev na 3-faktorski model in na koncu razširitev na 4-faktorski model.



Slika 2.02. Shematičen prikaz 2-, 3- in 4- faktorskega modela PCL-R.

2.3.1.1 Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL: SV)

Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL: SV) je izpeljan iz PCL-R ter je konceptualno in empirično soroden, vendar časovno krajši kot PCL-R. Ima 12 postavk (tabela 2.05). Ocenjuje se na enak način kot PCL-R – 3-stopenjska lestvica z najvišjim mogočim rezultatom 24 (Cooke, Hare, Hart in Michie, 1999). Doseženih 18 točk na PCL: SV je približno enakovredno doseženim 30 točkam na PCL-R (Hare in Neumann, 2010). Tako kot pri PCL-R so tudi pri PCL: SV odkrili 4-faktorsko strukturo pa tudi dvodelno. Prvi del je enak faktorju 1 in drugi del je enak faktorju 2 osnovnega 2-faktorskega modela PCL-R (Jackson idr., 2005). Presejalni test se lahko uporablja za evalvacijo psihopatije pri zapornikih in forenzičnih psihiatričnih pacientih. Prav tako pa se lahko uporablja kot samostojno raziskovalno orodje za ocenjevanje psihopatije pri osebah brez kriminalne preteklosti, vključno s psihiatričnimi pacienti (Hare, 1996).

Tabela 2.03
Psychopathy Checklist: Screening Version

Prvi del		Drugi del	
Medosebni faktor	Čustveni faktor	Življenjski slog	Antisocialni faktor
1. Površinskost	4. Pomanjkanje obžalovanja	7. Impulzivnost	10. Slabo nadzorovanje vedenja
2. Grandioznost	5. Pomanjkanje empatije	8. Pomanjkanje ciljev	11. Antisocialno vedenje v mladostništvu
3. Prevarantstvo	6. Nesprejemanje odgovornosti	9. Neodgovornost	12. Antisocialno vedenje v odrasli dobi

2.3.2 Samoocenjevalne lestvice

Ocenjevanje psihopatije s pomočjo samoocenjevalnih lestvic se na prvi pogled zdi nesmiselno. Ne nazadnje je pomanjkanje introspekcije ena izmed glavnih značilnosti psihopatije (Cleckley, 1976). Zato se na tej točki vprašamo, kaj lahko pravzaprav pridobimo s samoocenjevalnimi lestvicami, ki merijo subjektivna čustvena doživljanja in stanja. Psihopati imajo sorazmerno omejen repertoar čustvovanja, še posebej, ko govorimo o empatiji, krivdi, strahu itn. To pa ne pomeni, da niso zmožni nikakršnega čustvovanja. Npr. občutek jeze in odtujenosti se pri psihopatih pojavlja celo pogosteje kot pri nepsihopatskih posameznikih. Poleg tega lahko s pomočjo samoocenjevalnih lestvic sistematično zaznamo odzivne sloge testiranca, ki jih je mogoče zaznati le z redkimi metodami intervjuja. Kljub temu obstajajo dvomi o smiselnosti

administracije samoocenjevalnih lestvic za merjenje psihopatije. Prvi dvom se nanaša na dejstvo, da je ena izmed glavnih značilnosti psihopatije patološko laganje. Le redki vprašalniki so dovolj občutljivi za odkrivanje sofisticiranega pretvarjanja. Poleg tega je laganje psihopata v veliki meri odvisno od dane situacije – npr. na razgovoru za službo se bo prestavil v pozitivni luči, medtem ko se bo pri evalvaciji za duševno prištevnost prikazal kot duševno neprištevnega. Vprašljiva je tudi zanesljivost čustvenega doživljanja psihopatov, ki ga navedejo v vprašalnikih. Čeprav niso zmožni enakega ali primerljivega čustvenega doživljanja kot nepsihopatski posamezniki, se psihopati naučijo, kako označiti lastno čustveno doživljanje glede na dane okoliščine. Na primer: ko zakrivijo kaznivo dejanje in so za to kaznovani, bodo navzven izražali kesanje za svoje dejanje, čeprav v resnici občutijo obžalovanje, ker so jih zalotili (Fowler in Lilienfeld, 2013).

Samoocenjevalne lestvice za ocenjevanje psihopatije odraslih oseb:

- Psychopathy Personality Inventory (PPI; Andrews in Lilienfeld, 1996)
- Levonson Self-Report Psychopathy scale (LSRP; Fitzpatrick, Kielh in Levenson, 1995)
- Hare Self-Report Psychopathy (SRP) Scale (Hare idr., 2007).

2.4 Psihopatija in otroci

Da je psihopatija osebnostna (Hare, 2003) in razvojna motnja, dokazuje vedno več raziskav (Capsi idr., 2007). Poleg tega so odkrili, da je antisocialno vedenje pri psihopatih pogosto prisotno že v otroštvu (Patrick, 2007). Koncepti psihopatije pri otrocih in mladostnikih temeljijo na raziskavah, izvedenih na odraslih psihopatih (Kotler in McMahon, 2010). Namen raziskav je detektirati tiste otroke in mladostnike, katerih antisocialno vedenje ni posledica nezrelega vedenja, ki se bo s časom izboljšalo, ampak tiste, katerih antisocialno vedenje bo prisotno tudi v odraslosti (Anderson in Kielh, 2014).

Največ pozornosti so raziskovalci namenili otrokom z motnjami vedenja (F91.-) in opozicionalnim kljubovalnim vedenjem (F91.3). Za motnje vedenja po MKB-10 je značilen dolgotrajen ponavljajoči se vzorec disocialnega, predrznega ali agresivnega vedenja. Traja vsaj šest mesecev in vedenje povzroča hujše kršitve, kot je družbeno sprejemljivo za določeno starost. Za diagnozo zadostuje katero koli naslednje izrazito vedenje: krutost do drugih ljudi ali živali, pretirana borbenost, huda tendenca za uničevanje lastnine, ustrahovanje, kraja, požigalništvo, nagnjenje k laganju, »špricanje« šole, neubogljivost, pobeg od doma, huda jeza. Izolirana disocialna dejanja ne zadostujejo za diagnozo motnje vedenja. Opozicionalno kljubovalno vedenje je po MKB-10 opredeljeno kot motnja vedenja, ki je običajno prisotna pri mlajših otrocih. Značilni so: izrazito kljubovanje, razdiralno vedenje, neubogljivost, ki ne vključuje izrazitega disocialnega, agresivnega ali odklonilnega vedenja. Raziskovalci so se osredinili na ti dve motnji vedenja, saj obstaja visoka stopnja tveganja, da se bodo ti posamezniki v življenju slabo prilagajali okolici (Corrado, McCormick, Odgers in Vincent, 2008).

Veliko raziskav je pokazalo, da je čas nastopa agresivnega in antisocialnega vedenja otroka ali mladostnika pomemben faktor pri ocenjevanju takšnega vedenja v prihodnosti. Otroci in mladostniki, katerih motnje v vedenju se pojavijo pred adolescenco, imajo veliko značilnosti, ki so prisotne pri odraslih psihopatih, npr. pomanjkanje empatije in občutka krivde, impulzivnost (Capsi, Harrington, Milne in Moffitt, 2002; Frick, 2006; Dandreauc in Frick, 2008). Kljub temu se moramo izogniti posploševanju, saj čas nastopa motenj vedenja ni edini faktor, ki napoveduje razvoju psihopatije v odraslosti (Frick, 2006). Upoštevati moramo prehodnost veliko značilnosti, ki so prisotne v adolescenci. Z oznako otroka ali mladostnika kot psihopata bi implicirali na konstanten in stabilen vzorec osebnosti, kar je neprimerno, saj osebnost doseže določeno stabilnost in konstantnost šele med 30. in 40. letom starosti (Musek in Pečjak, 1997). Pri raziskovanju psihopatije otrok in mladostnikov moramo upoštevati razvojne stopnje in nevrobiološke vidike (Frick in Salekin, 2005; Salekin, Silva in Rijo, 2012).

Veliko pozornosti je namenjene tudi značilnostim brezčutnosti (CU-značilnosti, angl. callous-unemotional traits), ki so npr. pomanjkanje empatije, nezmožnost izražanja čustev,

pomanjkanje krivde. Otroci s hudimi motnjami vedenja in CU-značilnostim imajo prisotne številne karakteristike, ki jih lahko opazimo pri odraslih psihopatih (Christian, Frazer, Frick, Hill in Tyler, 1997). Točno določeni vidiki psihopatije, ki so razvidni pri otrocih in mladostnikih, so v življenju izjemno konstantni (Capsi idr., 2007). Določene osebnostne značilnosti so razvidne že pri otrocih, starih 2 leti (Musek in Pečjak, 1997); raziskave so pokazale močen vpliv dednosti na razvoj splošnih dimenzij psihopatske osebnosti (Andershed, Larsson, Lichtenstein, 2006). Študije dvojčkov z motnjami vedenja in s CU-značilnostmi so odkrile močen genetski vpliv na te značilnosti. Poleg tega niso odkrili signifikantnih okoljskih dejavnikov, ki bi bili skupni testirancem in ki bi vplivali na CU-značilnosti (Blair, Muffitt, Plomin in Viding, 2005). Posledično so otroci s hudo obliko motnje vedenja in CU značilnostmi najbolj ogroženi za razvoj psihopatije v odraslosti (Frick in White, 2008). Otroci z motnjo vedenja in s CU-značilnostmi so nagnjeni k hudi agresiji, ki omogoči močno napoved nasilnih kaznivih dejanj v prihodnosti (Barry, Bodin, Cornell, Dane in Frick, 2003). Pri otrocih s CU-značilnostmi sta pogostejši instrumentalna in naklepna agresija v primerjavi z otroki in mladostniki z motnjami vedenja brez CU-značilnosti (Porter in Woodworth, 2002). Nekateri znanstveniki se ne strinjajo s poizkusom napovedovanja psihopatije v odraslosti, saj menijo, da bi imela takšna diagnoza slabe posledice za otroka in njegove starše. Predvsem se izpostavljajo: možnost stigmatizacije otroka, samouresničujoče se prerokbe, spodbuditve še večje odtujenosti med staršem in otrokom ter možnost stigmatizacije staršev samih (Kielh, 2014).

2.4.1 Psihodiagnostična sredstva za ocenjevanje psihopatije pri otrocih in mladostnikih

Za ocenjevanje psihopatije pri mladostnikih (starih 13 let ali več) se najpogosteje uporablja *Psychopathy Checklist: Youth Version* (PCL: YV) (Forth, Hare in Kosson, 2003). PCL: YV je otrokom in mladostnikom primerno modificiran PCL-R. Sestoji iz 20 postavk, ki se jih vrednoti na 3-stopenjski lestvici. Poleg intervjuja je za celovito oceno potreben tudi pregled relevantnih dokumentov, podobno kot pri PCL-R. Tudi PCL: YV ima 3- in 4-faktorsko strukturo (tabela 2.06) (Forth, Hare, Kosson in Neumann, 2006). Namen PCL: YV ni postaviti diagnoze, ampak ovrednotiti stopnjo zastopanosti dimenzije psihopatske osebnosti, zato tudi ni točkovne meje za opredelitev psihopatije (Forth idr., 2003).

Tabela 2.04
Psychopathy Checklist: Youth Version

Medosebni faktor	Čustveni faktor	Vedenje	Antisocialni faktor	Izvzete postavke
1. Imitacija vtisa	6. Pomanjkanje obžalovanja	3. Iskanje stimulaciji	10. Slabo nadzorovanje vedenja	11. Promiskuitetno spolno vedenje

2. Občutek grandioznosti	7. Plitko čustvovanje	9. Nagnjenost k parazitskemu življenjskemu slogu	12. Zgodnji nastop vedenjskih težav	17. Številna kratkotrajna zakonska razmerja
4. Patološko laganje	8. Brezčutnost ali pomanjkanje empatije	13. Pomanjkanje ciljev	18. Hudo/Resno kriminalno vedenje	
5. Manipulacija za lastno korist	16. Nezmožnost sprejetja odgovornosti za lastna dejanja	14. Impulzivnost	19. Hudo/Resno kršenje izpusta	
		15. Neodgovornost	20. Kriminalna raznolikost	

Antisocial Process Screening Device (APSD) (Fick in Hare, 2001) je najpogosteje uporabljen presejalni test za ocenjevanje psihopatije pri otrocih in mladostnikih, starih od 4 do 18 let. Osnovan je bil z namenom ocenitve postavk PCL-R, ki so prilagojene za otroke. APSD je vprašalnik z 20 postavkami; vsaka postavka se ocenjuje na 3-stopenjski lestvici od 0 do 2. Končna ocena otroka sestoji iz ocen, ki jih podajo starši in učitelji, medtem ko se za adolescente uporablja tudi kot samoocenjevalna lestvica.

3 NEVROLOŠKI VIDIK PSIHOPATIJE

S Cleckleyjevim kliničnim profilom psihopatije in Harovim PCL-R se je med znanstveniki zanimanje za psihopatijo močno povečalo. Število nevroloških raziskav se je na področju psihopatije bliskovito dvignilo. Čeprav je še veliko nejasnosti in neskladij, vedno več raziskav dokazuje pomembno vlogo paralimbičnih in limbičnih struktur. Zaradi močne strukturne povezave med limbičnim in paralimbičnim sistemom so meje med tema sistemoma zamegljene in posledično jih lahko skupno imenujemo paralimbični sistem. V nadaljevanju se bom osredinila na prefrontalno skorjo in paralimbične strukture, ki jih raziskovalci najpogosteje povezujejo s sindromom psihopatije (Kiehl, 2006). Čeprav po anatomski razporeditvi orbitofrontalna skorja spada pod paralimbični sistem, bo zaradi tesne povezanosti z ventromedialno prefrontalno skorjo obravnavana v sklopu prefrontalne skorje.

3.1 Prefrontalna skorja

Prefrontalna skorja ima pomembno vlogo pri regulaciji in mediaciji čustvenega vedenja (Blair in Cipolotti, 2000). Najbolj znana nevrološka študija primera je primer Phineas Gage iz 19. st., ki je ob poškodbi doživel travmatično poškodbo čelnega režnja. Čeprav je čudežno preživel, je Gage po poškodbi postal druga oseba – postal je nestrpen, nesramen, konflikten, zastavljenih ciljev ni izvršil do konca itn. Fenomen so raziskovalci poimenovali *psevdopsihopatija*, ki je lahko posledica poškodbe prefrontalne skorje (Damasio, 1994). Poškodbe ventromedialne/orbitofrontalne regije lahko dokazano vplivajo na nastop antisocialnega vedenja (Berman, Hayman, Meyers in Scheibel, 1992). Vseeno obstajajo razlike med psihopati in psevdopsihopati. Zadnji dosežejo visoke vrednosti le pri faktorju 2 (antisocialno vedenje) PCL-R (Broomhall, 2005). Raziskave povezujejo poškodbe v ventromedialni prefrontalni skorji (vmPFS) s številnimi deficiti v čustvovanju (vključno s pomanjkanjem empatije, občutka krivde, sramu), z neodgovornostjo, deficiti v odločanju, nezmožnostjo učenja s kaznovanjem in z razdražljivostjo (Anderson, Barrash in Tranel, 2000a; Damasio, 1994). Poleg tega poškodbe v vmPFS vplivajo na zmanjšano telesno vzburjenost ob prisotnosti čustvenih dražljajev (Cuthbert, Lang in Patrick, 1994), spremembe pri moralnem odločanju in ekonomskem odločanju (Bechara idr., 2010; Koenigs in Tranel, 2007), učenje z nasprotovanjem (angl. *reversal learning*) (Blair, Budhani in Richell, 2006) in na zmanjšanje negativnih čustev (Calamia, Grafman, Koenigs, Raymont in Tranel, 2008). Lezije v orbitofrontalni skorji (oFS) povzročijo višjo reaktivno agresijo pri pacientih, vendar ne proaktivne agresije, ki je značilna za psihopate (Anderson idr., 2000; Porter in Woodworth, 2002). Pacienti z lezijam v oFS imajo splošno okvarjeno zmožnost prepoznave čustvenih izrazov. Pri psihopatih so prisotni le specifični deficiti prepoznavanja čustvenih izrazov – strahu in žalosti (Blair, Colledge in Mitchell, 2001). Čeprav so nekateri omenjeni deficiti, povezani s poškodbo vmPFS, prisotni tudi pri psihopatih, se celoten konstrukt psihopatije kot posledica poškodbe –

ventromedialne/orbitofrontalne – lahko razvije le pri majhnih otrocih (Anderson, Damasio, H., Damasio, A., Tranel, 2000b).

Siva možganovina (SM) je sestavni del osrednjega živčnega sistema, ki je locirana v predelih, ki so med drugim odgovorni za čustva, spomin, samokontrolo in za odločanje. Raziskave so pokazale, da imajo psihopati s kriminalno preteklostjo zmanjšan volumen SM prefrontalne skorje (PFS) (Bihrle idr., 2005), zmanjšan volumen SM v lateralni PFS, vmPFS in oFS v primerjavi z zaporniki brez psihopatije (Colletti, Narr, Raine, Toga in Yang, 2010). Poleg tega je Ermer skupaj s sodelavci (2012) odkrila negativno korelacijo med končnim rezultatom PCL-R in sivo možganovino – volumnom SM in koncentracijo SM, v vmPFS in oFS. Prisotna je bila tudi negativna korelacija med koncentracijo SM in faktorjem 2 (antisocialno vedenje) v levem delu orbitofrotanlne/ventromedialne prefrontalne skorje.

Izvedenih je bilo tudi nekaj raziskav na področju povezave med belo možganovino in psihopatijo. Najdena je bila povezava med psihopatijo in zmanjšano celovitostjo *uncinate fasciculus* – pomembna pot iz bele možganovine, ki povezuje PFS z drugimi subkortikalnimi strukturami. *Uncinate fasciculus* je pomembna z vidika psihopatije, ker povezuje vmPFS in amigdalo (Catani idr., 2009).

Nevrokognitivne raziskave, ki so preučevale vlogo abnormalnega delovanja PFS-psihopatov, so pokazale: nezmožnost instrumentalnega učenja z negativnimi okrepitvami (Birbaumer idr., 2005), deficite ob gledanju slik obrazov s čustvenimi izrazi (Dolan in Fullam, 2009), reševanje *zaporniških dilem* (Elfenbein idr., 2007) in deficite ob gledanju slik moralnih kršitev (Harenski, Kiehl in Shane, 2010). Vsi ti deficitni vzorci delovanja frontalnega režnja so vidni že pri otrocih. Adolescenti z motnjo vedenja in značilnostmi brezčutnosti imajo zmanjšano aktivnost orbitofrontalne in ventromedialne prefrontalne skorje ob učenju z okrepitvami (Blair idr., 2011).

Če povzamem, so zgoraj navedeni deficiti prefrontalne skorje očitno povezani z delom psihopatske simptomatike. Kljub temu deficiti samo v tem predelu možganov niso vzrok ali izvor kompleksnega sindroma psihopatije, kvečjemu za psevdopsihopatijo, oz. odražajo le del psihopatije.

3.2 Paralimbični sistem

Psihopatija je povezana z nepravilnim delovanjem paralimbičnega sistema, predvsem z amigdalo, s parahipokampalnimi regijami, cingulatorno vijugo, temporalnim režnjem, z insulo in orbitofrontalno skorjo. Primer je možganska kap v predelih paralimbičnega sistema, ki lahko povzroči simptome psihopatije (Kiehl, 2006; Kiehl, 2014).

Amigdala je po mnenju veliko raziskovalcev jedro psihopatije. Ima pomembno vlogo pri procesiranju čustvenih informacij – tudi strahu in jeze, izražanju čustev in povezovanju čustev s spomini. Sodeluje pri instrumentalnem učenju, averzivnem pogojevanju (predvsem leva amigdala), odzivu na strah in pri žalostnih obraznih izrazih (Blair, 2004; Adolphs idr., 2005). Adolphs in njegovi sodelavci (1995) so ugotovili, da pri bilateralni poškodbi amigdale oseba ni sposobna prepoznati strahu na obrazu osebe, tudi če jo pozna. Psihopati kažejo slabše averzivno pogojevanje, zmanjšane čustvene odzive, nižji nevralni odziv na ogrožajoče dražljaje in nižji odziv strahu na averzivne dražljaje (Blair, 2007). Okvare amigdale so povezane tudi z deficiti deklarativnega spomina čustvenih informacij in deficiti pri določenih oblikah socialnega učenja (Adolphs. Babinsky, Cahill in Schul, 1997). Poškodba amigdale zgodaj v življenju vpliva na razvoj *teorije uma* (angl. *theory of mind reasoning*), medtem ko poškodbe pozneje v življenju ne vplivajo na omenjeni razvoj. Poleg tega imajo psihopati s kriminalno preteklostjo okvarjen le čustveni vidik teorije uma in ne kognitivnega vidika teorije uma. Ta odkritja nakazujejo na postopni razvoj psihopatije in dodatno poudarjajo pomembnost deficitov v amigdali in orbitofrontalni skorji pri sindromu psihopatije (Aharon - Peretz, Harari, Levkovitz in Shamay - Tsoory, 2010; Bramham idr., 2004). Prek MRI in fMRI je bila odkrita slabša povezava med amigdalo in anteriornim temporalnim režnjem z ventromedialno prefrontalno skorjo. Višja povezava pa je bila odkrita med vmPFS in dorsolateralno prefrontalno skorjo. Ta nevrološka postavitev povezav bi bila lahko osnova za brezčutnost, nemoralnost, odsotnost empatije in nefleksibilne značilnosti psihopatske osebnosti (Batalla idr., 2015; Bihrle idr., 2003). Nižja aktivnost amigdale je prisotna tudi pri mladostnikih z motnjami vedenja in brezčutnimi značilnostmi ob pasivnem učenju izogibanja ter pri gledanju prestrašenih obrazov (Blair idr., 2011; Barker, idr., 2009).

Brink idr. (2001) so pri preučevanju psihopatov odkrili nižjo aktivnost v parahipokampalni vijugi, anteriorni cingulatorni vijugi, posteriorni cingulatorni vijugi in v ventralnem striatumu. Posteriorni del cingulatorne vijuge (pCV) je povezan s samorefleksijo misli in z evalvacijo čustvene pomembnosti (Baxter idr., 2002). Anteriorna cingulatrona vijuga (aCV) je ključna pri regulaciji in motivaciji vedenja posameznika prek čustvenih in kognitivnih procesov. Posledice poškodbe aCV so podobne posledicam poškodbe oFS – težave pri reguliranju kognitivnih procesov, sovražnost, disinhibicija, razdražljivost (Brahman idr., 2003; Ciaramelli, Ladavas in di Pellegrino, 2007). Nižja aktivnost aCV je prisotna pri reševanju *dileme zapornikov* in averzivnem pogojevanju (Birbaumer idr., 2005; Elfenbein idr., 2007). Poleg tega je pri averzivnem pogojevanju tudi manj aktivna insula, ki ima sicer pomembno vlogo pri percepciji, samozavedanju, ruminaciji in pri kognitivnih funkcijah (Birbaumer idr., 2002). Povišan volumen striatuma je povezan z impulzivnostjo, iskanjem stimulacije in s čustvenimi vidiki psihopatije. Predstavlja potencialno nevrološko osnovo za povišano občutljivost za nagrajevanje pri psihopatih (Glenn, Raine, Yang in Yaralian, 2010). Deficiti v predelih anteriorne temporalne skorje se odražajo v kompleksnem čustvenem in socialnem procesiranju, vključno s čustveno nestabilnostjo in z razdražljivostjo (Ezzyat, Olson, Plotzker, 2007). Kiehl

idr. (2004) so odkrili, da je ena izmed značilnosti psihopatije nerazumevanje abstraktnih informacij, kar je povezano s funkcionalno okvaro v anteriorni superiorni temporalni vijugi. Predpostavili so, da psihopati pri kognitivnih aktivnostih potrebujejo konkretno realizacijo dotične situacije v zunanjem svetu, da jo lahko razumejo. Ljubezen, krivda, obžalovanje in empatija so kompleksna socialna čustva in zahtevajo abstraktne kognitivne funkcije. Posledično imajo psihopati okvarjeno procesiranje in integriranje konceptualnih abstraktnih reprezentacij za modulacijo oz. regulacijo vedenja. Ermer idr. (2012) so poleg zmanjšane sive možganovine v oFS in vmPFS odkrili tudi zmanjšanje SM v amigdali, pCV, parahipokampalnih regijah in v temporalnem režnju. Čustveni faktor 4-faktorskega modela PCL-R negativno korelira z močno zmanjšano koncentracijo SM v anteriornem, medialnem in v superiornem temporalnem režnju ter v insuli (Colletti, Narr, Raine, Toga in Yang, 2009). Funkcionalni deficiti v insuli, parahipokampalni vijugi in v cingulatorni vijugi so vidni tudi že pri mladostnikih z motnjami vedenja in brezčutnimi značilnostmi (Blair idr., 2011; Blair idr., 2008).

Na kratko povedano: psihopatija je razvojna motnja, ki je povezana s spremembami v delovanju ventromedialne/orbitalne prefrontalne skorje in paralimbičnih strukturah – amigdale, cingulatorne vijuge, stiatuma, insule, temporalnem režnju. Ti deficiti so razvidni kot nezmožnost prepoznavanja žalostnih ali prestrašenih obrazov, reševanja moralnih dilem, averzivno pogojevanje, neodzivnost na ogrožajoče dražljaje, antisocialno vedenje, nezmožnost instrumentalnega učenja z negativnimi okrepitvami in kot razumevanje abstraktnosti.

4 ZDRAVLJENJE PSIHOPATIJE

Nevrološke spremembe, navedene v prejšnjem poglavju, imajo močen vpliv na psihopatovo vedenje in kognicijo. To vpliva na njegovo neuspešno prilagajanje socialni okolici, kar se odraža v njegovem antisocialnem vedenju in kaznivih dejanjih (Anderson in Kiehl, 2014). Ne le da psihopati zagrešijo višjo število raznolikih kaznivih dejanj, njihova kazniva dejanja so bolj proaktivna v primerjavi s kriminalci brez psihopatije (Porter in Woodworth, 2002). Kar 65 % psihopatov, ki so bili izpuščeni iz zapora, bo v treh letih ponovno zagrešilo kaznivo dejanje, medtem ko le 25 % oseb brez sindroma psihopatije ponovno zagreši kaznivo dejanje v tem časovnem obdobju (Amos in Serin, 1995). Na žalost še nihče ne ve, kako povrniti okvarjene funkcije paralimbičnega sistema psihopatov (Hoffman in Kiehl, 2011).

4.1 Zdravljenje s psihoterapijo

Včasih je veljalo splošno prepričanje, da je psihopatija neozdravljiva. Uspešnost psihoterapije je namreč odvisna od želje in aktivnega sodelovanja posameznika. Pri psihopatih je psihoterapija zahtevnejša, saj ne zaznavajo, da je z njimi kar koli narobe. Ne vidijo razloga za spremembo in prilagoditev vedenja socialnim standardom, s katerimi se ne strinjajo (Hare, 1993). Prepričanje o neozdravljivosti psihopatije se je še dodatno okrepilo z retrospektivno evalvacijo Oak Ridge Social Therapy Unit (ZDA) leta 1960. Študija je s PCL-R retrospektivno ocenjevala udeležence in kontrolno skupino zapornikov. Izkazalo se je, da se je v primerjavi z nezdravljenimi psihopati po prenehanju zdravljenja število nasilnih kaznivih dejanj psihopatov povišalo. Avtorji so sklepali, da naj bi v procesu zdravljenja pridobili boljši vpogled in razumevanje človeške psihodinamike, kar jim omogoča učinkovitejše manipuliranje in izkoriščanje drugih. Vendar se je izkazalo, da so bile metode, ki so jih izvajalci programa uporabili, popolnoma neprimerne in nesprejemljive – npr. udeleženci so mogli nagi teči maraton, dajali so jim droge (tudi LSD) in alkohol (Cormier, Harris in Rice, 1992).

Spodbudno delo Abracena, Loomana, Marquisa in Serina (2005) je pokazalo, da končni rezultat terapije ne predvidi ponovnega kršenja zakona, ampak to predvidi PCL-R. Poleg tega ni prisotna korelacija med PCL-R in končnim rezultatom terapije. Dodatno spodbudo je dodal tudi Salekin (2002) z evalvacijo 42 študij in izračunom stopnje uspešnosti terapij v primerjavi s kontrolno skupino, ki jo je osnoval za ta namen. Poudaril je pomembnost intenzivnosti terapij za mladostnike in odrasle. Čeprav je njegovo delo spodbujajoče, je treba upoštevati pomanjkljivosti študije. Raziskave, ki jih je ocenjeval Salekin (2002), so bile izvedene pred nastopom poenotenega psihodiagnostičnega sredstva za evalvacijo psihopatije. Poleg tega večina raziskav ni imela kontrolne skupine in so bili končni rezultati terapij samo subjektivna mnenja raziskovalcev (D'Silva, Duggan in McCarthy, 2004). Obstajajo pa empirični dokazi, da se psihopati z visoko izraženim faktorjem 1 (2-faktorskega modela), ki meri čustvene – medosebne značilnosti psihopatov, slabše odzivajo na terapijo, saj jih veliko predčasno preneha

obiskovati terapijo (Olver in Wong, 2011). Rezultati metaanalize so pokazali, da se med najmočnejše faktorje napovedi za neuspešnost terapije uvrščajo diagnoza psihopatije in dimenzije PCL-R (Olver, Stockdale in Wormith, 2011).

Hare in Harpur (1994) sta ugotovila, da z leti faktor 2 (socialni odklon) začne padati, kar nakazuje na možnost zmanjšanja faktorja 2 in ne faktorja 1 (čustvene – medosebne značilnosti). Pri zdravljenju nasilja psihopatov je treba upoštevati različno povezanost faktorja 1 in faktorja 2 z nasiljem. Coid, Wong in Yang (2010) so pokazali povezavo med končnim rezultatom PCL-R in faktorjem 2 z nasiljem, medtem ko niso odkrili povezave med nasiljem in prvim faktorjem. Ti rezultati implicirajo na potencialno uspešnost zdravljenja in zmanjšanje nasilja psihopatov s fokusiranjem na faktor 2. Osredinjanje zdravljenja na faktor 1, ki predstavlja bistvo osebnostnih značilnosti psihopata, ne bo prispevalo želenih rezultatov – znižanje nasilnega vedenja (Gordon, Gu, Lewis, Olver in Wong, 2012). Ker se faktor 1 povezuje z vedenjem, ki ovira potek zdravljenja, je treba skrbno opazovati in regulirati značilnosti prvega faktorja ter poizkušati minimalizirati neprimerno vedenje – npr. manipulacija, prepirljivost, posmehovanje, laganje. Hare in Wong (2005) vidita mogočo rešitev z nadomestkom enega terapevta s skupino terapevtov. To bi omogočilo porazdelitev dela, ki bi bilo posledično lahko učinkovitejše.

V zadnjih letih je vedno več študij, ki potrjujejo uspešnost zdravljenja z znižanjem kriminalnega vedenja psihopatov. Najpogosteje se uporablja na prekršek osredotočena kognitivna vedenjska skupinska terapija (Polaschek, 2011). Veliko rehabilitacijskih programov uporablja pristop RNR – tveganje, potreba, odzivnost (*angl. risk, need, responsivity*). Terapija naj bi bila najuspešnejša pri zniževanju kriminalnega vedenja: 1) ko se osredotoči na prestopnike, ki predstavljajo visoko stopnjo tveganja ponovnega kršenja zakona (princip *tveganja*); 2) z zvišanjem možnosti kaznivega dejanja se zviša tudi intenziteta zdravljenja (princip *potrebe*); 3) zdravljenje se osredini na dinamične faktorje tveganja – npr. impulzivnost, zloraba substanc (princip *potrebe*); 4) podajanje intervencijskega programa na način, da zajame posameznikove značilnosti, npr. osebnostne poteze, učni stili, pretekle izkušnje; mu omogoči maksimalen izkoristek zdravljenja in omogoči spremembo (princip *odzivnosti*). Terapevt mora biti entuziastičen, dobro izurjen, spoštljiv in pri implikaciji RNR-modela mora uporabljati učinkovite kognitivne vedenjske metode za zdravljenje tveganja kriminalnega vedenja (Andrews in Bonta, 2006). RNR služi kot vodič za ocenjevanje in zdravljenje kriminalcev na splošno, ki velja za najboljši ocenjeni model za zdravljenje prestopnikov (McGuire, 2008). Skladno s principom tveganja spadajo v skupino visokega tveganja osebe z visokim rezultatom PCL-R (25 <). Posledično bi morali biti psihopati deležni intenzivne psihoterapije in ne vrženi v skupino »izgubljenih primerov« (Manchak, Polaschek in Skeem, 2009). Večja možnost za višjo stopnjo učinkovitosti terapij je pri otrocih in mladostnikih, ko njihova osebnost še ni razvita in utrjena. Posledično so dovzetnejši za prilagoditev socialnega vedenja kot odrasli psihopat z že utrjeno osebnostjo (Anderson in Kiehl, 2014). Spodbudne izsledke je pokazala raziskava, izvedena v The Mendota Juvenile Treatment Center (MJTC), ZDA. Program

zdravljenja je bil osredinjen na medosebne odnose, visoko stopnjo sodelovanja udeležencev pri zdravljenju in na učenje s pozitivnimi okrepitvami. Raziskava je pokazala, da se prek intenzivnega zdravljenja lahko učinkovito zmanjša osebnostne značilnosti mladostnikov, ki so povezane s sindromom psihopatije. Pri udeležencih so zaznali upad impulzivnosti, narcisizma in značilnosti brezčutnosti. Našli so tudi negativno korelacijo med znižanjem psihopatskih značilnosti in pozitivnim institucionalnim vedenjem (Caldwell idr., 2012).

Prvo študijo primera, ki je uspešno znižala faktor 1 in faktor 2 PCL-R, so izvedli Bernstein, Chakssi, Kersten in de Ruiter (2014) z uporabo kognitivne vedenjske terapije in t. i. shema terapije (angl. *schema therapy*). Udeleženec je bil štiri leta hospitaliziran v najvišje varovani psihiatrični bolnišnici, v kateri je bil deležen intenzivnega zdravljenja. Po pogojnem izpustu so ga spremljali še naslednja tri leta. Udeleženec je zdaj zmožen oblikovati medosebne in intimne odnose, ohranja redno zaposlitev. V treh letih po izpustu iz psihiatrične bolnišnice udeleženec ni storil kaznivega dejanja ali posegel po prepovedanih drogah. Kljub nepričakovano velikem napredku je udeleženec še vedno nezaupljiv in impulziven, vendar očitno manj v primerjavi z začetkom. Ne glede na navdihujoč izid študije primera se avtorji zavedajo, da – čeprav so nekateri napredki očitni – ne morejo biti popolnoma prepričani, ali je to iskreno ali je bila to samo uspešna manipulacija, ki je udeležencu omogočila hitrejši izpust (Bernstein idr., 2014). Kljub temu ne moremo z gotovostjo trditi o uspehu, dokler več raziskovalcev ne replicira njihove študije primera na večjem vzorcu.

4.2 Zdravljenje psihopatije kot nevrološke motnje

Zaradi velikega števila dokazov, da je psihopatija tudi nevrološka motnja, sta Anderson in Kiehl (2014) predlagala zdravljenje psihopatije tudi z nevrološkega vidika. Spomnimo se primera g. Gagea, ki je utrpel travmatično možgansko poškodbo (TMP), ki je vplivala na spremembo njegovega vedenja. Posledice TMP so odvisne predvsem od lokacije prizadetega dela možganov in stopnje možganske plastičnosti prizadetega dela. Stopnja možganske plastičnosti je obratno povezana s starostjo, na katero se lahko z intenzivno in usmerjeno terapijo vpliva tudi do popolnega okrevanja (Anderson in Kiehl, 2014). Višja kot je stopnja plastičnosti možganov, večja možnost je za popolno okrevanje, zato mlajši kot je pacient, boljše možnosti ima za okrevanje (Lomber in Payne, 2001). Feeney in Ylvisaker (2003) sta z uporabo kognitivne vedenjske terapije uspešno izboljšala udeležencevo vedenje, katerega karakteristike antisocialnega vedenja so bile posledice TMP. Raziskave z uporabo fMRI potrjujejo plastično nevronsko reorganizacijo in prilagoditev po TMP (Biddle idr., 2009).

Teoretizira se, da bi lahko kot potencialno tehniko zdravljenja oz. pripomoček za zdravljenje psihopatije uporabili tudi biofeedback interferance s fMRI. S to metodo lahko udeleženec samoregulira aktivnost določenega predela možganov in bi jo lahko uporabili pri posameznikih, ki imajo visoke možnosti za razvoj sindroma psihopatije (Birbaumer, 2007).

5 SKLEP

V začetku 19. st. je Pinel (1806) s svojim opisom norosti brez delirija postavil temelje današnjemu pojmovanju psihopatije. Danes še vedno nimamo poenotenega pojmovanja in definicije tega kompleksnega sindroma. Eden izmed mogočih razlogov je v pretekli presplošni opredelitvi psihopatije, kar je vodilo do prepogostega označevanja oseb. Izraz *sociopatija* je le še poglobil problematiko opredeljevanja psihopatije. Cleckley (1976) je s svojim kliničnim profilom sicer ustvaril jasnejšo sliko, vendar je to spodbudilo le dodatna razhajanja med raziskovalci. V MKB-10 (2008) in DSM-V (APA, 2013) psihopatija še vedno ni opredeljena kot samostojna motnja, kar še vedno lahko vodi do prepogostega diagnosticiranja psihopatije pri nepsihopatskih posameznikih. Hare (2003) je s Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R) in Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL: SV) omogočil natančnejše ocenjevanje konstrukta, ki pa še vedno ne opredeljuje psihopatije. Tukaj vidim drugi razlog za odsotnost poenotenega definiranja sindroma psihopatije. PCL-R je natančno in zanesljivo metodološko orodje za ocenjevanje psihopatije, zato je smiselno, da služi raziskovalcem kot izhodišče pri iskanju definicije psihopatije. Veliko pa jih na tej točki pozablja na dejstvo, da poleg osebnostnih in vedenjskih značilnosti psihopatijo opredeljujejo tudi genetska podlaga in nevrološke spremembe, ki so prisotni že pri otrocih in mladostnikih. Osebnost je produkt okolja, bioloških predispozicij in samodejavnosti (Musek in Pečjak, 1997). Vedenjske in osebnostne značilnosti so tesno povezane. Posledično je zagovarjanje stališča, da lahko psihopatijo opredeljujemo le na podlagi vedenja ali le na podlagi osebnostnega vidika, nesmiselno. Tudi opredeljevanje psihopatije kot skupek osebnostnih in vedenjskih potez ni zadostno. To je namreč mogoče interpretirati na način, da se lahko psihopatija razvije v katerem koli življenjskem obdobju. Hkrati je pri diagnosticiranju psihopatije treba upoštevati skupek vseh nevroloških sprememb, sicer lahko ponovno pride do prepogostega diagnosticiranja sindroma. Menim, da je pri definiranju psihopatije treba upoštevati: čas nastanka, osebnostne značilnosti, nevrološke deficite, ki se odražajo v osebnostnih in vedenjski značilnostih, ter vedenje. Na podlagi pregledane literature predlagam naslednje: psihopatija je razvojna osebnostna motnja, katere določene značilnosti nastopijo že v otroštvu. Pri mladostnikih in otrocih so prisotne hude motnje vedenja in značilnosti brezčutnosti kot »predhodnica« psihopatije v odraslosti. Tipične osebnostne in vedenjske značilnosti psihopatov so: manipulacija, grandiozen občutek jaza, patološko laganje, pomanjkanje empatije, pomanjkanje obžalovanja, plitko čustvovanje, neodgovornost, nezmožnost sprejemanja odgovornosti za lastna dejanja, iskanje stimulacije, pomanjkanje realističnih ciljev, slabo nadzorovanje vedenja in nagnjenost h kriminalnemu vedenju. Značilne so nevrološke spremembe v predelu prefrontalne skorje in paralimbičnem sistemu. Psihopati niso zmožni prepoznati prestrašenih ali žalostnih obraznih izrazov, averzivnega učenja, inštrumentalnega učenja z negativnimi okrepitvami, razumeti abstraktnih informacij in nimajo uvida v lastno psihološko stanje.

Raziskovalci so v preteklih 25 letih naredili velik napredek na področju zdravljenja psihopatije. Dogma o neozdravljivosti psihopatov se tako počasi razblinja. Možnost, da psihoterapija poslabša antisocialno vedenje psihopatov, obstaja, le če je psihopat deležen neprimerne terapije. Vedno več raziskav dokazuje uspešno znižanje kriminalnega vedenja pri psihopatih z intenzivno terapijo, ki je prilagojena potrebam posameznika. Obetavni so podatki visoke stopnje učinkovitosti psihoterapije na vedenjske in osebnostne značilnosti psihopatije pri otrocih in mladostnikih. Pozitivno obetanje napoveduje tudi študija Bernsteina idr. (2014), ki so domnevno uspešno ozdravili psihopata z uporabo kognitivne vedenjske terapije in t. i. shema terapije.

Na področju intervencij in zdravljenja psihopatije je vsekakor potrebnih še veliko longitudinalnih raziskav na velikem reprezentativnem vzorcu. Poleg tega sta nujna kontrolna skupina, ki je v preštevilnih raziskavah »pozabljena«, in ovrednotenje psihopatije s primernimi diagnostičnimi sredstvi. Pri snovanju študij predlagam oblikovanje skupine testirancev z višjim številom končnih točk PCL-R (30 <), kar bo pripomoglo k zanesljivejšemu vzorcu. Pri zasnovi terapevtskih programov vidim prihodnost v upoštevanju RNR-principa snovanja terapij ter uporabi intenzivne individualne in skupinske psihoterapije. Pri tem pa bi poleg kognitivne vedenjske terapije in t. i. shema terapije poizkušala implementirati tudi psihoterapije, ki se bolj osredotočijo na medosebne odnose, kot je npr. integrativna psihoterapija (glej npr. Erskine, 2015). Menim, da bi ta psihoterapija lahko v končnih stopnjah zdravljenja prispevala k večji stabilnosti vzorcev medosebnih odnosov in boljšem uvidu v lastno psihično stanje. Pri izvedbi terapevtskega programa je pomembno tudi upoštevanje znanih kognitivnih deficitov, predvsem nerazumevanje abstraktnih informacij in nezmožnost učenja z negativnimi okrepitvami. Caldwell in sodelavci (2012) so poudarili pozitivne učinke učenja s pozitivnimi okrepitvami. Posledično vidim potencialno rešitev učenja mladostnikov in odraslih psihopatov želenega socialnega vedenja s pozitivnimi okrepitvami. Nerazumevanje abstraktnosti je zelo pomembno za potek psihoterapije. Če psihopat ne razume informacij, ki mu jih terapevt podaja, je terapija brezpredmetna. Menim, da je eden izmed ključnih faktorjev za uspešno terapijo podajanje informacij na čim preprostejši način. Prav tako bi pri zasnovi terapevtskega programa morali upoštevali Andersenov in Kiehlov (2014) predlog zdravljenja psihopatije kot nevrološke motnje. Ker je psihopatija karakterizirana s specifičnimi nevrološkimi spremembami, je vsekakor smiselno izkoristiti visoko stopnjo možganske plastičnosti pri implementaciji zdravljenja. Pri tem bi se lahko uporabljajo tudi tehniko biofeedback interference s fMRI, kar bi pomagalo udeležencem pridobiti uvid lastne psihodinamike. Psihopatovo razumevanje notranjih psihičnih procesov sebe in posledično tudi boljše razumevanje notranjih psihičnih procesov drugih bi olajšalo in tudi optimiziralo psihoterapevtsko delo s psihopati.

6 VIRI

Adolphs, R., Damasio, A., Damasio, H., Tranel, D. (1995). Fear and the human amygdala. *Journal of Neuroscience, 15*, 5879–5891.

Adolphs, R., Babinsky, R., Cahill, L. in Schul, R. (1997). Impaired declarative memory for emotional material following bilateral damage in human amygdala. *Learning and Memory, 4*(3), 291–300.

Adolphs, R., Buchanan, T., Damasio, A., Gosselin, F., Schyns, P. in Tranel, D. (2005). A mechanism of impaired fear recognition after amygdala damage. *Nature, 433*, 68–72.

Aharon - Peretz, J., Harari, H., Levkovitz, Y. in Shamay - Tsoory, E. (2010). The role of orbitofrontal cortex in affective theory of mind deficits in criminal offenders with psychopathic tendencies. *Cortex, 46*(5), 668–677.

Amos, N. in Serin, R. (1995). The role of psychopathy in the assessment of dangerousness. *International Journal of Law and Psychiatry, 18*, 231–238.

Andershet, H., Larsson, H. in Lichtenstein, P. (2006). A genetic factor explains most of the variation in the psychopathic personality. *Journal of Abnormal Psychology, 115*(2), 221–230.

Anderson, S., Barrash, J. in Tranel, D. (2000a). Acquired personality disturbances associated with bilateral damage to the ventromedial prefrontal regions. *Developmental Neuropsychology, 18*, 355–381.

Anderson, S., Damasio, H., Damasio, A. in Tranel, D. (2000b). Long term sequelae of prefrontal cortex damage acquired in early childhood. *Developmental Neuropsychology, 18*(3), 281–296.

Anderson, N. in Kiehl, K. (2014). Psychopathy: Developmental perspectives and their implications for treatment. *Restorative Neurology and Neuroscience, 2*(1), 103–117.

Andrade, J. (2008). The inclusion of antisocial behavior in the construct of psychopathy: A review of the research. *Aggression and Violent Behavior, 13*(4), 328–335.

Andrews, B. in Lilienfeld, S. (1996). Development and preliminary validation of a self-report measure of psychopathic personality traits in noncriminal populations. *Journal of Personality Assessment, 66*, 488–524.

Andrews, D. in Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati, OH: Anderson Pub.

Barker, G., Herba, C., Jones, A., Laurens, K. in 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.

Barry, C., Bodin, S., Cornell, A., Dane, H. in Frick, P. (2003). Callous-unemotional traits and conduct problems in the prediction of conduct problem severity, aggression and self-repost delinquency. *Journal of Abnormal Child Psychology, 31*(4), 457–470.

Batalla, I., Cardoner, N., Contreras - Rodriguez, O., Deus, J., Harrison, B., Hernandez-Ribas, R. idr. (2015). Functional connectivity bias in the prefrontal cortex of psychopaths. *Biological Psychiatry, 78*(9), 647–655.

Baxter, L., Heiserman, J., Johnson, S., Pipe, J., Prigatano, G. in Wilder, L. (2002). Neural correlates of self-reflection. *Brain, 125*(8), 1808–1814.

Bechara, A., Damasio, A., Damasio, H., Hauser, M., Tranel, D. in Young, L. (2010). Damage to ventromedial prefrontal cortex impairs judgment of harmful intent. *Neuron, 65,* 845–851.

Benning, S., Hall, J. in Patrick, C. (2004). Criterion-related validity of the tree-factor model of psychopathy: Personality, behavior, and adaptive functioning. *Assessment, 11*(1), 4–16.

Berman, S., Hayman, A., Meyers, C. in Scheibel, R. (1992). Case report: acquired antisocial personality disorder associated with unilateral left orbital frontal lobe damage. *Journal of Psychiatry and Neuroscience, 17*(3), 121–125.

Bernstein, D., Chakhssi, F., Kersten, T. in de Ruiter, C. (2014). Treating the untreatable: a single case study of a psychopathic inpatient treated with schema therapy. Psychotherapy, *51*(3), 447–461.

Biddle, K., Eslinger, P., Poger, J., Robinson - Long, M., Thompson, K., Wang, J. idr. (2009). Cerebral plasticity and recovery of function after childhood prefrontal cortex damage. Developmental Neurorehabilitation, *12*(5), 298–312.

Birbaumer, N., Erb, M., Flor, H., Groff, W., Hermann, C., Lotze, M. idr. (2002). Brain circuits involved in emotional learning in antisocial behavior and social phobia in humans. *Neuroscience Letters, 328*(3), 233–236.

Birbaumer, N., Erb, M., Flor, H., Grodd, W., Hermann, C., Lotze, M. idr. (2005). Deficient fear conditioning in psychopathy: A functional magnetic resonance imaging study. *Archives of General Psychiatry, 62*(7), 799–805.

Birbaumer, N., Caria, A., Gaber, T., Kuebler, A., Rota, G., Sitaram, R. idr. (2007). fMRI brain-computer interface: a tool for neuroscientific research and treatment. *Computational Intelligence and Neuroscience*, 2007, 1–10.

Bihrle, S., Colletti, P., Hellige, J., Ishikawa, S., Lacasse, L., Lee, M. idr. (2003). Corpus callosum abnormalities in psychopathic antisocial individuals. *Archives of General Psychiatry, 60*(11), 1134–1142.

Bihrle, S., Colletti, P., LaCasse, L., Lencz, T., Raine, A. in Yang, Y. (2005). Volume reduction in prefrontal gray matter in unsuccessful criminal psychopaths. *Biological Psychiatry, 57*, 1103–1108.

Birket - Smith, M., Davis, R., Millon, T. in Simonsen, E. (ur.). (1998). *Psychopathy: Antisocial, criminal, and violent behavior*. New York: Guilford Press.

Blair, K., Blair, R., Finger, E., Marsh, A., Ng, P., Pine, D., idr. (2011). Disrupted reinforcement signaling in orbital frontal cortex and caudate in youths with conduct disorder/oppositional defiant disorder and high psychopathic traits. *American Journal of Psychiatry*, 168, 152–162.

Blair, R. in Cipolotti, L. (2000). Impaired social response reversal: a case of »acquired sociopathy«. *Brain, 123*, 1122–1141.

Blair, R., Colledge, E. in Mitchell, D. (2001). Somatic markers and response reveral: is there orbitofrontal cortex dysfunction in boys with psychopathic tendencies? *Journal of Abnormal Child Psychology, 29*, 499–511.

Blair, R. (2004). The roles of orbital frontal cortex in the modulation of antisocial behavior. *Brain and Cognition, 55*, 198–208.

Blair, R., Moffitt, T., Plomin, R. in Viding, E. (2005). Evidence for substantial genetic risk for psychopathy in 7-year-olds. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*(6), 592–597.

Blair, R., Budhani. S. in Richell, R. (2006). Impaired reversal but intact acquisition: probabilistic response reversal deficits in adult individuals with psychopathy. *Journal of Abnormal Psychology, 115*, 552–558.

Blair, R. (2007). Aggression, psychopathy and free will from a cognitive neuroscience prospective. *Behavioral Science and Law, 25*, 321–331.

Blair, R., Finger, E., Kosson, D., March, A., Mitchell, D., Reid, M. idr. (2008) Reduced amygdala response to fearful expressions in children and adolescent with callous-unemotional traits and disruptive behavior disorder. *American Journal of Psychiatry, 165*(6), 712–720.

Bramham, J., Hornak, J., Morris, R., O'Doherty, J., Polkey, C. in Rolls, E. (2003). Changes in emotions after circumscribed surgical lesions of the orbitofrontal and cingulate cortices. *Brain, 126*(7), 1691–1712.

Bramham, J., David, A., Lawrence, E., Polkey, C., Radbourne, C. in Shaw, P. (2004). The impact of early and late damage to the human amygdala on »theory of mind« reasoning. *Brain, 127*(7), 1535–1548.

Brink, J., Foster, B., Hare, R., Kiehl, K., Liddle, P., Mendrek, A. idr. (2001). Limbic abnormalities in affective processing by criminal psychopaths as revealed by functioning magnetic resonance imaging. *Biological Psychiatry, 50*(9), 677–684.

Buzina, N. (2012). Psychopathy – historical controversies and new diagnostic approach. *Psychiatria Danubina, 24*(2), 134–142.

Calamia, M., Grafman, J., Koenigs, M., Raymont, V. in Tranel, D. (2008). Distinct regions of prefrontal cortex mediate resistance and vulnerability to depression. *Journal of Neuroscience, 28*(47), 12341–12348.

Caldwell, M., McCormick, D., Umstead, D. in Wolfe, J. (2012). Treatment-related changes in psychopathy features and behavior in adolescent offenders. *Criminal Justice and Behavior, 39*(2), 144–155.

Calhoun, V., Cope, L., Ermer, E., Kiehl, K. in Nyalakanti, P. (2012). Aberrant paralimbic gray matter in criminal psychopathy. *Journal of Abnormal Psychology, 121*(3), 649–658.

Campbell, R., Ogloff, J. in Shepherd, S. (2016). Disentangling psychopathy from antisocial personality disorder: An Australian analysis. *Journal of Forensic Psychology Practice, 16*(3), 198–215.

Capsi, A., Harrington, H., Milne, B. in Moffitt, T. (2002). Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Development and Psychopathology, 14*(1), 179–207.

Capsi, A., Loeber, R., Lynam, D., Moffitt, T. in Stouthamer - Loeber, M. (2007). Longitudinal evidence that psychopathy scores in early adolescence predict adult psychopathy. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 155–165.

Catani, M., Craig, M., Daly, E., Deeley, Q., Kanaan, R., Latham, R. idr. (2009). Altered connections on the road to psychopathy. *Molecular Psychiatry*, *14*(10), 946–953.

Catchpole,R., Gretton, H. in Hare, R. (2004). Psychopathy and offending from adolescence to adulthood: A 10-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*, 636–645.

Christian, R., Frazer, D., Frick, P., Hill, N. in Tyler, L. (1997). Psychopathy and conduct problems in children: II. Implications for subtyping children with conduct problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent PSychiatry*, *36*(2), 233–241.

Ciaramelli, E., Ladavas, E. in di Pellegrino, G. (2007). The regulation of cognitive control following rostral anterior cingulate cortex lesion in humans. *Journal of Cognitive Neuroscience*, *19*(2), 275–286.

Cleckly, H. (1976). *The Mask of Sanity: An attempt to clarify some issues about the so-called psychopathic personality*. Vermont: Echo Point Books and Media.

Cloninger, R. (1978). The antisocial personality. *Hospital Practice*, *13*(8), 97–106.

Coid, J., Wong, S. in Yang, M. (2010). The efficacy of violence predictions: a meta-analytic comparison of nine risk assessment instrumentals. *Psychological Bulletin*, *136*(5), 740–767.

Colletti, P., Narr, K., Raine, A., Toga, A. in Yang, Y. (2009). Abnormal temporal and prefrontal gray matter thinning in psychopaths. *Molecular Psychiatry*, *14*(6), 561–562.

Colletti, P., Narr, K., Raine, A., Toga, A. in Yang, Y. (2010). Morphological alterations in the prefrontal cortex and the amygdala in unsuccessful psychopaths. *Journal of Abnormal Psychology*, *119*, 546–554.

Cooke, D., Michie, C., Hart, S. in Hare, R. (1999). Evaluating the Screening Version of the Hare Psychopathy Checklist – Revised (PCL: SV): An item response theory analysis. *Psychological Assessment*, *11*, 3–13.

Cooke, D. in Michie, C. (2001). Refining the construct of psychopathy: Towards a hierarchical model. *Psychological Assessment*, *13*(2), 171–188.

Cook, D., Kosson, D. in Michie, C. (2001). Psychopathy and ethnicity: Structural, item, and test generalizability of the Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R) in Caucasian and African American participants. *Psychological Assessment*, *13*(4), 531–542.

Cormier, C., Harris, G. in Rice, M. (1992). An evaluation of a maximum security therapeutic community for psychopaths and other mentally disordered offenders. *Law and Human Behavior, 16,* 399–412.

Corrado, R., McCormick, A., Odgers, C. in Vincent, G. (2008). The PCL:YV and recidivism in male and female juveniles: A follow-up intro young adulthood. *International Journal of Law and Psychiatry, 31*(3), 287–296.

Cuthbert, B., Lang, P. in Patrick, C. (1994). Emotion in the criminal psychopath: fear image processing. *Journal of Abnormal Psychology, 103,* 523–534.

Damasio, A. (1994). *Descartes' error: Emotions, reason, and the human brain*. New York: Putnam.

Dandreaux, D. in Frick, P. (2008). Developmental pathways to conduct problems: A further test of the childhood and adolescent-onset distinction. *Journal of Abnormal Child Psychology, 37*(3), 375–385.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. (2013). Washington, D. C.: American Psychiatric Association.

Dolan, M. in Fullam, R. (2009). Psychopathy and functional magnetic resonance imaging blood oxygenation level-dependent responses to emotional faces in violent patients with schizophrenia. *Biological Psychiatry, 66,* 570–577.

D'Silva, K., Duggan, C. in McCarthy, L. (2004). Does treatment really make psychopaths worse? A review of evidence. *Journal of Personality Disorders, 18,* 163–177.

Elfenbein, H., Glenn, A., Goldsmith, D., Jairam, M., Lilienfeld, S., Pagnoni, G. idr. (2009). Neural correlates of social cooperation and non-cooperation as a function of psychopathy. *Biological Psychiatry, 67*(6), 1260–1271.

Endicott, J., Robins, E. in Spitzer, L. (1975). Clinical criteria for psychiatric diagnosis and DSM-III. *American Journal of Psychiatry, 131*(11), 1187–1192.

Erskine, R. (2015). *Relational patterens, therapeutic presence: Concepts and practice of integrative psychotherapy*. London: Karnac Books.

Ezzyat, Y., Olson, I. in Plotzker, A. (2007). The enigmatic temporal pole: A reve of findings on social and emotional processing. *Brain, 130*(7), 1718–1731.

Feeney, T. in Ylvisaker, M. (2003). Context-sensitive behavioral supports for young children with TBI: short-term effects and long-term outcome. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, *18*(1), 33–51.

Fitzpatrick, C., Kiehl, K. in Levenson, M. (1995). Assessing psychopathic attributes in a noninstitutionalized population. *Journal of Personality and Social Psychology*, *68*, 151–158.

Forster, B., Hare, R., Keihl, K., Liddle, P., Mendrek, A. in Smith, A. (2004). Temporal lobe abnormalities in semantic processing by criminal psychopaths as revealed by functional magnetic resonance imaging. *Psychiatry Research*, *130*, 297–312.

Forth, A., Hakstin, A., Hare, R. in Hart, S. (1990). The revised psychopathy checklist: Reliability and factor structure. *A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *2*(3), 338–341.

Forth, A., Hare, R. in Kosson, D. (2003). *The Psychopathy Checklist: Youth Version*. Toronto: Multi-Health Systems.

Forth, A., Hare, R., Kosson, D. in Neumann, C. (2006). Factor structure of the Hare Psychopathy Checklist: Youth Version in incarcerated adolescents. *Psychological Assessment*, *18*, 142–154.

Fowel, D., Krueger, R. in Patrick, C. (2009). Triarchic conceptualization of psychopathy: Developmental origins of disinhibition, boldness, and meanness. *Development and Psychopathology*, *21*, 913–938.

Fowler, K. in Lilienfeld, S. (2013). Alternatives to the Psychopathy Checklist – Revised. V K. Kiehl in W. Sinnott-Armstrong (ur.), *Handbook on psychopathy and law* (str. 34–60). Oxford: Oxford University Press.

Frick, P. in Hare, R. (2001). *Antisocial process screening device: APSD*. Toronto: Milti-Health System.

Frick, P. in Salekin, R. (2005). Psychopathy in children and adolescent: The need for a developmental perspective. *Journal of Abnormal Psychology*, *33*(4), 403–409.

Frick, P. (2006). Developmental pathways to conduct disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *15*(2), 311–331.

Frick, P. in White, S. (2008). Research review: The importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *46*(4), 359–375.

Glenn, A., Raine, A., Yang, Y. in Yaralian, P. (2010). Increased volume of striatum in psychopathic individuals. *Biological Psychiatry, 67*(1), 52–58.

Gordon, A., Gu, D., Lewis, K., Olver, M. in Wong, S. (2012). The effectiveness of violent reduction treatment for psychopathic offenders: empirical evidence and a treatment model. *International Journal of Forensic Mental Health, 11*, 336–349.

Grisso, T., Mulvey, P. in Skeem, J. (2003). Applicability of traditional and revised models of psychopathy to the Psychopathy Checklist: Screening Vesrion. *Psychological Assessment, 15*(1), 41–55.

Hakstian, R., Hare, R. in Harpur, T. (1989). Two-factor conceptualization of psychopathy: Construct validity and assessment implication. *A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*(1), 6–17.

Hare, R. in Hart, S. (1989). Discriminant validity of the psychopathy checklist in a forensic psychiatric population. *A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*(3), 211–218.

Hare, R. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist – Revised*. Toronto, Canada: Multi-Health System.

Hare, R. (1993). *Without conscience: The disturbing world of the psychopaths among us*. New York: The Guilford Press.

Hare, R. in Harpur, T. (1994). The assessment of psychopathy as a function of age. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 604–609.

Hare, R. (1996). Psychopathy: A clinical construct whose time has come. *Criminal Justice and Behavior, 23*(1), 25–54.

Hare, R. (1998). The Hare PCL-R: Some issues concerning its use and misuse. *Legal and Criminological Psychology, 3*, 99–119.

Hare, R. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist – Revised (2nd ed.)*. Toronto, Canada: Multi-Health System

Hare R. in Neumann, C. (2005). Structural Models of Psychopathy. *Current Psychiatry Reports Curr Psychiatry Rep, 7*(1), 57–64.

Hare, R., Paulhus, D. in Williams, K. (2007). Capturing the four-factor structure of psychopathy in college students via self-report. *Journal of Personality Assessment*, *88*, 205–219.

Hare, R. in Neumann, C. (2008). Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annual Review of Clinical Psychology*, *4*, 217–246.

Hare, R. in Neumann, C. (2010). Psychopathy: Assessment and forensic implications. V L. Malatesti in J. McMillan (ur.). *Responsibility and Psychopathy: Interfacing Law, Psychiatry and Philosophy* (str. 93–123). New York: Oxford University Press.

Harenski, C, Kiehl, K., in Shane, M. (2010). Aberrant neural processing of moral violations in criminal psychopaths. *Journal of Abnormal Psychology*, *119*(4), 863–874.

Harris, G., Lalumire, M. in Rice, M. (2001). Psychopathy and developmental instability. *Evolution and Human Behaviour*, *22*, 75–92.

Herpertz, S. in Sass, H. (2000). Emotional deficiency and psychopathy. *Behavioral Sciences and the Law*, *18*, 567–580.

Hill, C., Neumann, C. in Rogers, R. (2004). Confirmatory factor analysis of the psychopathy checklist: Screening version in offenders with Axis I disorders. *Psychological Assessment*, *16*, 90–95.

Hoffman, B. in Kiehl, K. (2011). The criminal psychopath: History, neuroscience, treatment and economics. *Jurimetrics*, *51*, 355–397.

Jackson, R., Neumann, C. in Vitacco, M. (2005). Testing a four-factor model of psychopathy and its association with ethnicity, gender, intelligence, and violence. *Journal of Counsulting and Clinical Psychology*, *73*(3), 466–476.

Kiehl, K. (2006). A cognitive neuroscience perspective on psychopathy: Evidence for paralimbic system dysfunction. *Psychiatry Research*, *142*, 107–128.

Kiehl, K. (2014). *The psychopath whisperer: the science of those without conscience*. New York: Brodway Books.

Koenigs, M. in Tranel, D. (2007). Irrational economic decision-making after ventromedial prefrontal damage: evidence from the Ultimatum Game. Journal of Neuroscience, *27*, 951–956.

Kosson, D., Newman, J. in Smith, S. (1990). Evaluating the construct validity of psychopathy in Black and White male inmates: Three preliminary studies. *Journal of Abnormal Psychology, 99*(3), 250–259.

Kosson, D. in Walsh, Z. (2008). Psychopathy and violence: The importance of factor level interactions. *Psychological Assessment, 20*, 114–120.

Kotler, J. in McMahon, R. (2010). Assessment of child and adolescent psychopathy. V R. Salekin in D. Lynam (ur.), *Handbook of child and adolescent psychopathy* (str. 79–112). New York: Guilford Press.

Lomber, S. in Payne, B. (2001). Reconstructing functional systems after lesions of cerebral cortex. *Nature Reviews Neuroscience*, *2*(12), 911–919.

Manchak, S., Polaschek, D. in Skeem, J. (2009). Appropriate treatment works, but how? Rehabilitating general, psychopathic and high risk offenders. V K. Douglas, S. Lilienfeld in J. Skeem (ur.), *Psychological science in the courtroom: Controversies and consensus* (str. 358–384). Washington, DC: American Psychological Association.

McGuire, J. (2008). A review of effective interventions for reducing aggression and violence. *Philosophical Transections of the Royal Society B: Biological Science*, *363*(1503), 2577–2597.

Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralska modifikacija (MKB-10-AM) (2008). Ljubljana: Inštitut za varajovanje zdravlja Republike Slovenije.

Musek, J. in Pečjak, J. (1997). *Psihologija*. Ljubljana: Educy.

Olver, M. in Wong, S. (2011). Predictors of sec offender treatment dropout: psychopathy, sex offender risk and responsivity implications. *Psychology, Crime and Law*, *17*(5), 457–471.

Olver, M., Stockdale, K. in Wormith, J. (2011). A meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*, 6–21.

Patrick, C. in Zenpolich, K. (1998). Emotion and aggression in the psychopathic personality. *Aggression and Violent Behavior, 3*(4), 303–338.

Patrick, C. (2007). Getting to the heart of psychopathy. V H. Hervé in J. Yule (ur.), *The psychopath: theory, research, and practice* (str. 207–252). ZDA: Lawrence Erlbaum Associates.

Pham, T. in Saloppe, X. (2010). PCL-R psychopathy and its relation to DSM axis I and II disorders in a sample of male forensic patients in a Belgian Security Hospital. *International Journal of Forensic Mental Health, 9*, 205–214.

Pinel, P. (1806). *Treatise of insanity*. London, United Kingdom: Messers Cadell & Davies.

Polaschek, D. (2011). High-intensity rehabilitation for violent offenders in New Zealand: reconviction outcomes for high- and medium-risk prisoners. *Journal of Interpersonal Violence, 26*, 664–682.

Porter, S. in Woodworth, M. (2002). In cold blood: characteristics of criminal homicides as a function of psychopathy. *Journal of Abnormal Psychology, 111*(3), 436–445.

Porter, S. in Woodworth, M. (2006). Psychopathy and aggression. V C. Patrick (ur.), *Handbook of psychopathy* (str. 481–494). New York: Guilford Press.

Salekin, R. (2002). Psychopathy and therapeutic pessimism: clinical lore or clinical reality? *Clinical Psychology Review, 22*, 79–112.

Salekin, R., Silva, D. in Rijo, D. (2012). Child and adolescent psychopathy: A state-of-the-art reflection on the construct and etiological theories. *Journal of Criminal Justice, 40*, 269–277.

Viding, E. (2004). Annotation: Understanding the development of psychopathy. *Journal of Child Psyc*