

Universidade da Maia

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



A relação entre Psicopatia primária e secundária e medos
biologicamente preparados e não preparados

Iara Joelma Rodrigues Costa, nº 43509

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica Forense – Intervenção
com Agressores e Vítimas

Com a orientação do Professor Doutor Tiago Ferreira e coorientação
da Professora Doutora Filipa Ferreira

Outubro de 2024



Agradecimentos

Primeiramente, quero agradecer aos meus pais, por serem o melhor exemplo na minha vida e pelo esforço e dedicação para que eu sempre alcançasse os meus sonhos, porque sem eles nada disto seria possível.

Aos meus avós, pelas palavras reconfortantes e carinho incondicional.

Aos meus irmãos, pelo apoio e paciência.

À minha família, obrigada por tudo.

Aos meus amigos, por estarem sempre presentes nos bons e maus momentos.

Aos meus orientadores, Professor Doutor Tiago Ferreira e à Professora Doutora Filipa Ferreira, pela partilha de conhecimentos, pela disponibilidade, pelas orientações proporcionadas e pelo auxílio ao longo deste percurso final.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente, tornaram a conclusão desta etapa possível, o meu muito obrigada.

Resumo

A psicopatia é caracterizada por um conjunto de traços de personalidade associados à impulsividade, agressividade, manipulação, ausência de empatia, ausência de culpa e remorsos e insensibilidade e está fortemente ligada a comportamentos antissociais. Alguns estudos sugerem que indivíduos que apresentam traços de psicopatia evidenciam uma resposta emocional atenuada relativamente ao medo. Apesar dos avanços na compreensão da psicopatia, a relação entre esta e os medos biologicamente preparados e não preparados ainda não é totalmente conhecida. O presente estudo explora a temática da relação entre a psicopatia primária e secundária e os medos biologicamente preparados e não preparados. Foram admitidos 523 participantes (71% do sexo feminino), entre os 18 e 70 anos ($X=35.33$; $SD=12.39$) aos quais foram administrados o The Levenson Self-Report Psychopathy Scale (LSRP) e o Fear Survey Schedule-III (FFS-3). Conclui-se que a severidade das características de psicopatia primária parece associada a uma menor experiência de medos preparados ($r_{sp} = -0.109$; $p=0.013$) e não preparados ($r_{sp} = -0.088$; $p=0.043$). Por outro lado, indivíduos que apresentam um maior nível de psicopatia secundária, apresentam um maior nível de medo experienciado ($r_{sp} = 0.199$; $r_{sp} = 0.227$). Os resultados obtidos sugerem que a psicopatia primária e a psicopatia secundária apresentam uma resposta emocional distinta relativamente ao medo, o que nos mostra a complexidade deste construto e o quão necessário é continuar a incidir sobre o tema, de modo a obter uma melhor compreensão sobre o mesmo.

Palavras-chave: psicopatia, psicopatia primária, psicopatia secundária, medos biologicamente preparados e não preparados

Abstract

Psychopathy is characterized by a set of personality traits associated with impulsivity, aggressiveness, manipulation, lack of empathy, lack of guilt and remorse and insensitivity and is strongly linked to antisocial behavior. Some studies suggest that individuals who present traits of psychopathy show an attenuated emotional response to fear. Despite advances in understanding psychopathy, the relationship between it and biologically prepared and unprepared fears is not yet fully known. The present study explores the relationship between primary and secondary psychopathy and biologically prepared and unprepared fears. 523 participants were admitted (71% female), between 18 and 70 years old ($X=35.33$; $SD=12.39$) who were administered The Levenson Self-Report Psychopathy Scale (LSRP) and the Fear Research Schedule-III (FFS-3). It is concluded that the severity of primary psychopathy characteristics seems associated with a lower experience of prepared ($r_{sp} = -0.109$; $p=0.013$) and unprepared fears ($r_{sp} = -0.088$; $p=0.043$). On the other hand, individuals who have a higher level of secondary psychopathy have a higher level of fear experienced ($r_{sp} = 0.199$; $r_{sp} = 0.227$). The results obtained suggest that primary psychopathy and secondary psychopathy present a distinct emotional response to fear, which shows us the complexity of this construction and how necessary it is to continue focusing on the topic, to obtain a better understanding of it.

Keywords: psychopathy, primary psychopathy, secondary psychopathy, biologically prepared and unprepared fears

Índice

Relação entre Psicopatia Primária e Secundária com Medos Biologicamente Preparados e Não Preparados	- 8 -
Conceito de Psicopatia	- 10 -
Subtipos de psicopatia	- 14 -
Modelos explicativos da Psicopatia	- 16 -
Relação entre psicopatia e medos biologicamente preparados e não preparados	- 17 -
Objetivos e Hipóteses	- 22 -
Método	- 23 -
Participantes	- 23 -
Instrumentos	- 25 -
Procedimentos	- 25 -
Análise de dados	- 26 -
Resultados	- 26 -
Discussão	- 29 -
Referências	- 33 -

Índice de tabelas e figuras

Figura 1 – Tipologia diferencial de Perturbações de Personalidade: Perturbação de personalidade – Perturbação de Personalidade Antissocial – psicopatia – comportamentos desviantes segundo Herpetz e Sass (2000).....	- 12 -
Tabela 1 – Dados Sociodemográficos.....	- 24 -
Tabela 2 – Correlações entre psicopatia primária e secundária e medos biologicamente preparados e não preparados.....	- 27 -

Lista de Siglas

NE – Negatividade Emocional

LRSP – Levenson Self-Report Psychopathy Scale

PCL-R – Psychopathy Checklist – Revised

DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

DSM-5-TR – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text
Revision

Relação entre Psicopatia Primária e Secundária com Medos Biologicamente Preparados e Não Preparados

A psicopatia é caracterizada por um conjunto de traços marcados por egocentrismo, impulsividade, agressividade e irresponsabilidade (Herpertz et al., 2000). Consequentemente, sujeitos com elevados traços de psicopatia tendem a manifestar comportamentos antissociais e desviantes e a envolver-se, frequentemente, em situações violentas e criminosas (Hart et al., 1996).

A psicopatia apresenta dois subtipos: a psicopatia primária e a psicopatia secundária (Cleckley, 1988). A psicopatia primária, associada a bases genéticas, caracteriza-se por uma ausência de remorsos e culpa, por falta de empatia e por uma incapacidade de estabelecer relações afetivas com os outros, onde se destacam características como a manipulação, o egocentrismo e charme superficial. Relativamente à psicopatia secundária, associada a causas ambientais, esta caracteriza-se por um elevado nível de impulsividade, agressividade e reatividade emocional e de fracas competências sociais, com elevado nível de neuroticismo e uma maior predisposição para experienciar emoções negativas, como a tristeza, a ansiedade e o medo. Esta está também fortemente relacionada com a prática de comportamentos antissociais (Del Gaizo, 2008).

Verificada uma diferença na resposta emocional entre os dois subtipos, observa-se que o medo desempenha um papel distinto em ambos (Lykken, 1995). O medo caracteriza-se por uma emoção básica inata em resposta a uma situação de perigo ou ameaça, real ou imaginária. Deste modo, os medos biologicamente preparados são todos aqueles considerados inatos e adaptativos, moldados pela evolução do ser humano (Ohman et al., 2001). Já os medos biologicamente não preparados, são resultado de das experiências pessoais de cada indivíduo e aprendidos ao longo da vida, moldados por fatores ambientais e sociais (Mineka et al., 2002).

Alguns estudos têm sugerido que indivíduos com elevados traços de psicopatia terão respostas de medo diminuídas, por demonstrarem uma incapacidade em reconhecer e identificar emoções, principalmente o medo e a tristeza, nos outros e em si mesmos (Gori et al., 2014; Lander et al., 2012). No entanto, estas são emoções primárias, consideradas inatas e biologicamente preparadas (Izard, 1992). Assim, um padrão severo de comportamento antissocial e a dificuldade em reconhecer o *distress* no próximo, particularmente o medo e a tristeza (Hicks et al., 2006), são características que põem em causa se indivíduos com traços de psicopatia conseguem experienciar medo de todo ou da mesma forma que um indivíduo que não apresente comportamentos associados à psicopatia (Gillespie et al., 2015).

Neste estudo procurou-se compreender de que modo estas duas variáveis se associam entre si. Especificamente, averiguou-se a hipótese de existir uma correlação entre psicopatia primária e secundária e medos biologicamente preparados e não preparados, de modo a contribuir para o conhecimento das causas e do desenvolvimento da psicopatia e para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção adequadas.

Conceito de Psicopatia

A psicopatia define-se por uma constelação de características afetivas, interpessoais e comportamentais, que para muitos autores, assenta num défice emocional. É também frequentemente associada a comportamentos antissociais e à delinquência (Blagov et al., 2011).

Etimologicamente, o conceito psicopatia surge de duas palavras gregas: *psyche* (mente) e *pathos* (doença), com o significado de “doença da mente” ou “sofrimento da alma” (Jalava et al., 2015). Desde a origem do termo aos dias de hoje, o conceito de psicopatia é alvo de uma panóplia de conceptualizações, debatidas e confrontadas, gerando controvérsias entre a comunidade científica (Cooke et al., 2012).

É no século XIX, com os estudos de Pinel (1809), o Pai da Psiquiatria, que surge pela primeira vez uma tentativa do conceito de psicopatia, através da expressão *manie sans délire* (mania sem delírio) para descrever indivíduos que apresentavam comportamentos atípicos e violentos, mas não apresentavam qualquer défice a nível intelectual (Horley, 2014). Este descreveu os respetivos indivíduos como impulsivos, emocionalmente instáveis e com um comportamento socialmente reprovável. No entanto, apesar destes comportamentos censuráveis, os mesmos não expressavam qualquer tipo de remorsos e culpa e inclusive demonstravam ter consciência dos seus atos (Annesley, 1963).

Cleckley, psiquiatra americano, foi um dos autores que mais contribuiu para a definição do conceito de psicopatia que conhecemos atualmente. Com a sua obra intitulada de “*The Mask of Sanity*” (1941), Cleckley descreveu vários estudos de caso que observou ao longo da sua carreira profissional (Lilienfeld et al., 2018). Este observou que muitos dos seus pacientes apresentavam várias características em comum, identificando um perfil frequente em cada um dos sujeitos. Deste modo forneceu uma

descrição de dezasseis critérios clínicos base da psicopatia, sendo estes: 1) charme superficial e inteligência, 2) ausência de alucinações e de pensamentos irracionais, 3) ausência de nervosismo ou de manifestações neuróticas, 4) não ser digno de confiança, 5) ser mentiroso e insincero, 6) falta de remorso ou vergonha, 7) comportamento antissocial sem motivo aparente, 8) raciocínio pobre e incapacidade de aprender com a experiência, 9) egocentrismo patológico e incapacidade para amar, 10) pobreza nas relações afetivas, 11) perda específica de “insight”, 12) falta de reciprocidade nas relações interpessoais, 13) comportamento fantasioso pouco recomendável com ou sem influência de bebidas alcoólicas, 14) ameaças de suicídio raramente levadas a cabo, 15) vida sexual impessoal, trivial e pobremente integrada e 16) incapacidade para seguir um plano de vida (Crego et al., 2016).

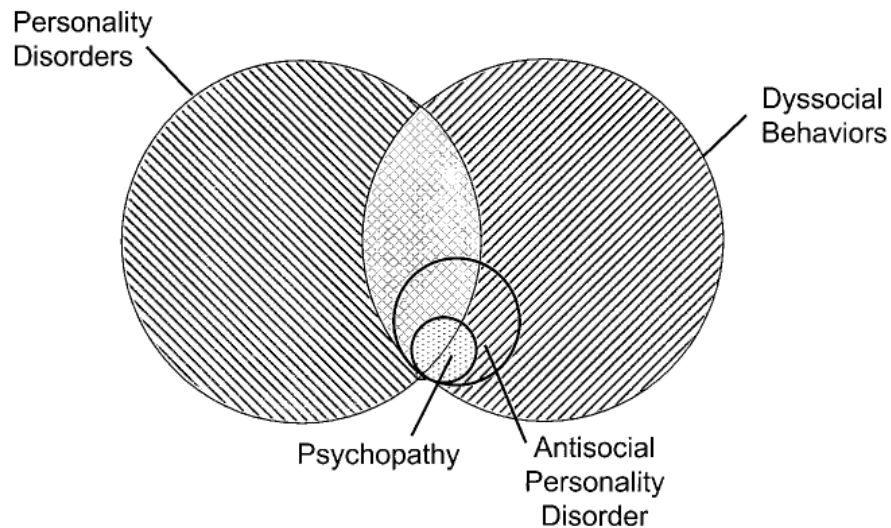
Segundo Cleckley (1941), um indivíduo que apresenta estes traços, torna-se num indivíduo que possui uma máscara de normalidade, mas que por trás esconde uma personalidade extremamente calosa, desprovida de emoção, nervosismo ou ansiedade (*callous-unimotional* = insensibilidade emocional) (Crego et al., 2016).

Apesar desta obra ter sido um marco importante na compreensão deste construto e pioneira em investigações posteriores, é importante reconhecer que esta apresenta algumas limitações, como: falta de rigor científico, uma visão unidimensional do construto e uma fraca delimitação das suas características e do diagnóstico diferencial. Contudo, foi fundamental para tornar o construto mais operacional, sendo um ponto de partida para uma visão mais abrangente e complexa, tornando-se numa das mais completas descrições da patologia (Lilienfeld et al., 2018).

Herpetz e Sass (2000), através do seguinte diagrama, ilustram de que forma a psicopatia se enquadra em relação à Perturbações da Personalidade, aos comportamentos antissociais e à Perturbação Antissocial da Personalidade (Herpetz e Sass, 2000):

Figura 1.

Tipologia diferencial de perturbações de personalidade: Perturbação de personalidade – Perturbação de Personalidade Antissocial – Psicopatia – Comportamentos desviantes segundo Herpetz e Sass (2000)



Até à época, a psicopatia esteve sempre relacionada a comportamentos reprováveis e atos criminosos, associada a indivíduos com uma propensão inata para o crime. Contudo, para Hare (2003) é importante reconhecer que psicopatia não é sinónimo de criminalidade.

Sabe-se que indivíduos que apresentam traços psicopáticos têm tendência para violar as normas sociais. No entanto, muitos deles integram-se na sociedade e levam uma vida dita como normal, não se envolvendo em atos censuráveis. Apesar de sujeitos com traços de psicopatia partilharem características semelhantes com outros ofensores, aquilo que os vai distinguir é a ausência de um sentimento de culpa, despreocupação para com outros através da criação de laços superficiais e deslealdade (Hare et al., 2008).

Ao longo do tempo, foram diversos os autores que se debruçaram sobre este tema

e a conceptualização da psicopatia foi reformulada e sofreu alterações. O conceito de psicopatia que conhecemos hoje decorre da evolução da ciência, de diversas perspectivas teóricas e da fundamentação baseada em critérios clínicos.

Atualmente, a psicopatia pode ser caracterizada por défices de personalidade e comportamento, determinada por algumas características interpessoais, como ausência de empatia e remorso, manipulação e impulsividade e características afetivas como egocentrismo, superficialidade emocional e afetiva, raciocínio pobre e um comportamento parasitário e antissocial (Hoppenbrouwers et al., 2016).

A prevalência de psicopatia na população em geral é de aproximadamente de 1% (Hare, 2003). O desenvolvimento desta perturbação pode ter como causas fatores genéticos, fatores ambientais ou uma interação entre ambos. Este quadro pode trazer diversas consequências como problemas escolares e profissionais, dificuldades a nível social e pessoal, défices na saúde física e mental e um maior risco de criminalidade (De Brito et al., 2021) e está muitas vezes associado a outros quadros clínicos.

Apesar das semelhanças com outros quadros clínicos, é necessário que haja uma disfunção emocional severa, como ausência de culpa e empatia. Esta também se distingue por altos níveis de violência reativa e instrumental, isto é, um tipo de violência causada pela frustração sentida pelo indivíduo e dirigida a um alvo em específico (Blair, 2001).

No *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), não está incluído especificamente o conceito de psicopatia, o que demonstra a acentuada controvérsia existente na literatura sobre o tema, gerando uma difícil validação clínica do constructo. Por ainda não ser reconhecido, a categoria que mais se assemelha a este constructo é a Perturbação da Personalidade Antissocial (PPAS). Esta perturbação incide maioritariamente no comportamento antissocial, sendo que as características afetivas e interpessoais são desprezadas (Strickland et al., 2013)

Atualmente, nesta edição do DSM-5-TR (APA, 2013), podemos encontrar especificadores típicos da psicopatia, centrados também em traços de personalidade do indivíduo e não apenas no seu comportamento, o que permite uma maior flexibilidade sobre a sua conceptualização e uma visão mais abrangente (Anderson et al., 2014). São apresentadas características como o antagonismo, desinibição, manipulação, mentir compulsivo, insensibilidade, hostilidade, irresponsabilidade, impulsividade e tendência para comportamentos de risco. No entanto, esta classificação continua a ser insuficiente, não atendendo à especificidade da patologia.

Na maior parte dos casos de indivíduos com psicopatia, estes cumprem o critério para Perturbação de Personalidade Antissocial, mas verificou-se que apenas uma percentagem reduzida de indivíduos com Perturbação de Personalidade Antissocial apresentava psicopatia (Hart, 1997). Deste modo, a Psicopatia pode ser considerada um subtipo de quadro clínico mais severo da Perturbação de Personalidade Antissocial (Dolan, 2007).

Subtipos de psicopatia

A psicopatia é composta por múltiplas dimensões de personalidade distintas, como a falta de empatia e remorso, impulsividade, manipulação, superficialidade emocional, agressividade, violação das normas e irresponsabilidade, mas correlacionadas, que vão permitir a existência de manifestações distintas de psicopatia (Hicks & Drislane, 2018).

Em estudos efetuados com recurso à Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R) (Hare, 2003), foi possível identificar dois fatores correlacionados. O Fator 1, relacionado com características interpessoais e afetivas (manipulação, ausência de empatia e sentimento de grandiosidade) e o Fator 2, onde se enquadram as características comportamentais (irresponsabilidade, impulsividade e não ter um plano de vida) (Hare et

al., 1990).

Deste modo, verificou-se a existência de dois subtipos de psicopatia, sendo esta a psicopatia primária e a psicopatia secundária.

Um perfil primário (Fator 1) de psicopatia remete para um baixo nível de ansiedade experienciado, para a presença de um charme superficial e boas capacidades a nível social. Já um perfil secundário (Fator 2) de psicopatia remete para um elevado nível de ansiedade experienciado, impulsividade extrema e fracas competências sociais (Cleckley, 1988).

A psicopatia primária e psicopatia secundária, diferenciam-se ao nível do neuroticismo, sendo que este se caracteriza por um traço de personalidade relacionado com a disposição de experienciar emoções negativas (Widiger, 2009).

Deste modo, grupos que apresentam baixos níveis de neuroticismo são rotulados como “psicopatas primários” e grupos que experienciam altos níveis de ansiedade e depressão como “psicopatas secundários” (Blackburn, 2009).

Segundo os estudos de Fowles (1980) e Lykken (1995), estes sugeriram que a psicopatia primária surge através de uma hiperresponsividade de um sistema de “fight-flight” apresentando fortes níveis de inibição comportamental, enquanto a psicopatia secundária está relacionada com a ativação do comportamento, o que vai aumentar a probabilidade de uma resposta impulsiva.

Assim, indivíduos com psicopatia primária vão apresentar uma maior capacidade de autorregulação emocional, capazes de fazer um planeamento prévio das suas ações, inibindo comportamentos, tendo tipicamente como base fatores genéticos. Por outro lado, indivíduos com psicopatia secundária estão fortemente associados à prática de comportamentos desviantes, sendo que esta desenvolve-se a partir de causas ambientais, que vão levar a problemas como impulsividade, agressividade, neuroticismo e reatividade

emocional (Del Gaizo, 2008).

Lykken (1995) também considerou que a psicopatia primária retrata uma baixa predisposição para sentir medo, em contrapartida com a psicopatia secundária. É nesta relação entre psicopatia primária e secundária e medos biologicamente preparados e não preparados que se baseia este estudo, onde é realçada a relevância desta temática para a área da psicologia.

Modelos explicativos da Psicopatia

De modo a compreender melhor este conceito são apresentados diferentes modelos explicativos da psicopatia.

Fundamentado nas descrições de Cleckley (1941) e expresso atualmente em inventários destinados à avaliação da psicopatia, como por exemplo a escala de avaliação para a psicopatia *Psychopathy Checklist Revised* – PCL-R (Hare, 2003), o Modelo de dois fatores da psicopatia é apresentado como um modelo que divide este construto em dois fatores. O primeiro (Fator 1) está relacionado com traços afetivos e interpessoais como a loquacidade, egocentrismo, mentira, manipulação e falta de remorso e empatia, bem como a baixos níveis de ansiedade. O segundo (Fator 2) está associado a traços como a irresponsabilidade, impulsividade, falta de controlo comportamental e a um estilo de vida antissocial.

O modelo Triárquico de Patrick, Fowles e Krueger (2009), a partir da revisão sistemática da literatura, propõe três componentes na conceptualização da psicopatia, similares às descritas anteriormente, mas com o acréscimo de características relativas a um baixo nível de ansiedade experienciado. As três componentes são a desinibição (*desinhibition*) que se caracteriza pela incapacidade de controlar impulsos e está relacionada com comportamentos impulsivos e antissociais; a ousadia (*boldness*) que se refere à falta de consideração para com os outros, relacionada com o domínio interpessoal

e a crueldade (*meanness*) que está relacionada com a reatividade emocional negativa, onde se destacam características como a falta de remorsos e frieza (Patrick et al., 2009).

O Modelo de baixo medo foi proposto por Lykken (1995) e baseia-se na ausência de medo como o precursor desenvolvimental central da psicopatia. Este modelo, associado a uma base biológica, defende que indivíduos que revelam comportamentos associados à psicopatia não experienciam medo em situações que provocariam ansiedade a indivíduos sem quaisquer traços. Este défice no sistema de medo ou de ansiedade, vão afetar a sua socialização através da disrupção do processo de associação de punições ao comportamento antissocial. Contudo, este apresenta inúmeras limitações e simplifica de modo excessivo a complexidade da psicopatia, baseando-se apenas em fatores biológicos, pondo de parte fatores sociais, cognitivos e emocionais, originando assim dados conflitantes e controversos em diversos estudos ao longo do tempo.

Relação entre psicopatia e medos biologicamente preparados e não preparados

Sendo a regulação de emoções importante num indivíduo que apresente esta perturbação, podemos afirmar que a componente emocional é crucial para compreendermos mais sobre este conceito que é a Psicopatia.

Todas estas definições de psicopatia dão ênfase a um reduzido sentimento ansioso e a um baixo nível de medo experienciado. Espera-se que indivíduos com estas características e com uma personalidade dita como “destemida”, apresentem baixos níveis de ansiedade e uma maior capacidade de reagir a estímulos ameaçadores. Deste modo, a psicopatia está muitas vezes associada a uma incapacidade de sentir medo. No entanto, verificou-se que indivíduos com psicopatia secundária são capazes de o experienciar, ao contrário do que acontece na psicopatia primária (Hofmann et al., 2021).

Visto que a psicopatia está muitas vezes associada à incapacidade de sentir ansiedade, e a ansiedade está relacionada com o medo, a presente investigação tem como

objetivo fazer uma ponte com investigações que procuraram compreender este mesmo tema.

Sabe-se que a ousadia está relacionada com o facto de sentir medo de algo, sendo que esta se manifesta por uma disposição genética do indivíduo através de uma insensibilidade e uma ausência de medo perante estímulos ameaçadores (Fowles et al., 2006). Deste modo, o expectável é que indivíduos com traços psicopáticos não experienciem medo. Segundo a literatura acerca do tema, observou-se uma certa discrepância entre diferentes estudos anteriores acerca do tema em questão.

Desde o início do estudo deste construto (séc. XIX) e através das descrições clínicas acerca deste, verificou-se que este sempre esteve associado a uma resposta deficitária a estímulos fóbicos. Ao longo do tempo, e através dos estudos de Cleckley (1941/88), em que este considera que indivíduos com traços de psicopatia não conseguem experienciar emoções como medo e ansiedade, observou-se que esta conclusão era consistente com o facto de que indivíduos com psicopatia estão mais propensos a reincidir, existindo uma indiferença para com a punição, sendo que esta não é motivação suficiente para cessar os seus comportamentos antissociais (Corrado et al., 2004).

Na psicopatia primária evidenciou-se uma insensibilidade emocional, o que vai de acordo com os estudos anteriores. Contudo, na psicopatia secundária, evidenciou-se um certo nível de ansiedade experienciada, o que nos indica que estes são capazes de sentir medo (Newman et al., 2005; Kimonis et al., 2012). Não se descarta a hipótese que estes apresentam uma incapacidade de sentir medo, mas observa-se que estes experienciam o medo a um nível mais baixo que um indivíduo que não apresente quaisquer traços de psicopatia, principalmente na psicopatia secundária (Marsh, 2013).

A literatura científica sugere que indivíduos com traços de psicopatia primária, devido ao défice a nível emocional presente, podem apresentar uma menor capacidade de

experienciar medo. Por sua vez, indivíduos com traços de psicopatia secundária, associada a comportamentos antissociais e ao contexto ambiental, podem apresentar uma maior sensibilidade ao medo (Sethi et al., 2018).

Psicopatia e Emoções

Através da literatura é possível verificar que indivíduos que apresentam traços psicopáticos processam as emoções de uma forma distinta de indivíduos que não apresentam quaisquer traços (Del Gaizo et al., 2008). Essa alteração no processamento emocional, é por muitos autores, considerado o cerne da psicopatia (Herpetz et al., 2000). Sendo este um construto caracterizado por uma insensibilidade emocional, é também observado que estes demonstram dificuldades no reconhecimento, particularmente de três estados emocionais negativos, nomeadamente: medo, culpa e/ou ansiedade (Hare, 1970; Mealey, 1995).

Segundo Hicks e Patrick (2006), estes três estados emocionais negativos combinados tornam-se assim naquilo que denominaram de Emocionalidade Negativa (Negative Emotionality – NE). Na psicopatia primária, verifica-se uma ausência destes três estados emocionais, apresentando assim um baixo nível de NE. Já na psicopatia secundária, caracterizada por níveis elevados de ansiedade e depressão, a NE está presente num nível mais elevado (Del Gaizo et al., 2008).

O neuroticismo, associado à experiência de emoções negativas e caracterizado pela instabilidade emocional, desempenha um papel distinto em cada subtipo de psicopatia. O facto de indivíduos com traços de psicopatia primária apresentarem um menor nível de neuroticismo e demonstrarem um défice emocional acentuado, pode contribuir para que estes apresentem uma frieza emocional e uma ausência de culpa e conseqüentemente uma maior capacidade de se manterem calmos perante situações ameaçadoras. Por outro lado, indivíduos com traços de psicopatia secundária, apresentam um historial marcado por

uma instabilidade e dificuldade de regulação emocional, o que pode levar a uma resposta comportamental impulsiva, experienciando assim emoções negativas como a tristeza, a ansiedade e o medo a um nível elevado, o que enfatiza um maior nível de neuroticismo presente (Widiger, 2009).

Psicopatia, Medo e Ansiedade

Recentemente procurou-se compreender melhor esta patologia, particularmente a compreensão da relação entre esta e a capacidade de sentir e experienciar medo. Devido ao facto de existirem diferentes subtipos de psicopatia, com perfis emocionais distintos, é possível verificar que certos indivíduos apresentam níveis mais elevados de medo que outros.

Para entender as relações e efeitos diferentes que o medo e a ansiedade podem ter sobre a psicopatia, é importante distinguir estes conceitos. Embora sejam construtos psicológicos distintos, estes dois conceitos estão interligados.

De acordo com Lykken (1995), o medo é uma condição que está presente em todos os mamíferos e define-se por um estado que causa excitação e um comportamento de fuga, ligado a estímulos anteriormente associados a situações angustiantes. Segundo o mesmo autor, nós como indivíduos aprendemos a evitar comportamentos antissociais e prejudiciais e a inibir impulsos por meio de castigos, considerando que indivíduos que apresentam características psicopáticas não sentem medo de eventualmente virem a ser castigados, ou caso o medo esteja presente, é experienciado a um baixo nível, salientando a Teoria do Baixo Medo proposta pelo mesmo.

O medo pode ser caracterizado por uma emoção que surge perante um estímulo ameaçador, que vai resultar numa resposta de luta, fuga ou evitamento (Hofmann et al., 2021). Este é uma emoção básica e adaptativa que desempenha um papel fundamental para a nossa sobrevivência.

Por outro lado, a ansiedade é caracterizada por uma reação natural do corpo que se vai manifestar através de sentimentos de tensão e preocupação e, por vezes, medo.

Segundo Barlow (1996), a ansiedade é um estado emocional caracterizado por sentimentos de apreensão, tensão e inquietação e está associada a componentes cognitivas, fisiológicas e comportamentais (Barlow et al., 1996).

Quando a ansiedade deixa de ser um mero desconforto e manifestada de forma intensa, ao ponto de afetar a qualidade de vida de um indivíduo, torna-se numa perturbação psicológica. Desencadeada por diversos estímulos, quer sejam internos ou externos, caracteriza-se por uma emoção antecipatória de uma ameaça futura (Deale et al., 2007).

Psicopatia e Fobias

Quando o medo se torna desadaptativo e irracional, este tem um impacto negativo e interfere no dia a dia de um indivíduo. Um medo excessivo e persistente, desproporcional ao grau de perigo caracteriza-se pelo termo fobia. As fobias, que estão relacionados com o medo, tornam-se assim num dos tipos mais comuns de perturbações de ansiedade (Milosevic et al., 2015).

Deste modo, o medo caracteriza-se por uma emoção básica e adaptativa que nos prepara para a ação, sendo uma resposta natural perante estímulos ameaçadores. Por sua vez, as fobias vão representar uma intensificação patológica do medo, tornando-se assim num medo desproporcional e irracional (Mark et al., 2013).

Podemos categorizar o medo em medos biologicamente preparados e não preparados. Os medos biologicamente preparados são considerados medos inatos, que evolutivamente contribuíram para a sobrevivência da espécie humana, existindo assim uma predisposição para o desenvolvimento de medo a certos estímulos ameaçadores. Ohman e Mineka (2001), defendem que os medos biologicamente preparados são

processados de forma mais rápida e automática que outro tipo de medos, isto devido ao facto de existir uma adaptação evolutiva que leva ao desenvolvimento de fobias relacionadas com estes mesmos estímulos. Como exemplos, temos o medo de alturas, o medo de animais perigosos e medo de lugares fechados (Ohman et al., 2001).

Por outro lado, os medos não preparados são aqueles que são aprendidos ao longo do tempo, com origem em experiências pessoais negativas vividas. Estão associados a estímulos neutros que se tornam ameaçadores por estarem associados ao evento traumático. Há assim uma resposta mais lenta e vão variar de indivíduo para indivíduo uma vez que dependem da influência individual de cada um (Mineka et al., 2002). Como medos não preparados podemos considerar o medo de falar em público, o medo de injeções e o medo de conduzir.

A relação entre a psicopatia e medos biologicamente preparados e não preparados torna-se assim complexa, sendo que esta não é ainda totalmente compreendida, levantando a questão de que se indivíduos com traços de psicopatia apresentam um défice a nível emocional serão estes capazes de experienciar uma emoção básica e inata como o medo? A presente investigação tem como objetivo compreender a relação entre a psicopatia primária e secundária e os medos biologicamente preparados e não preparados. A Psicopatia tem sido amplamente estudada em população forenses, no entanto, estudos com populações não forenses são ainda escassos.

Objetivos e Hipóteses

Os objetivos desta investigação passam por compreender a relação entre a psicopatia primária e secundária e os medos biologicamente preparados e não preparados, verificar se existem diferenças em ambos os tipos de psicopatia e como estes se relacionam com os tipos de medo.

Segundo a literatura, existem evidências de que indivíduos que apresentam traços

psicopáticos primários tendem a apresentar uma resposta reduzida ao medo, ao contrário de indivíduos que apresentam psicopatia secundária. Contudo, há autores que defendem que essa experiência de medo depende de diversos fatores e varia consoante os estímulos que estão envolvidos, sendo que estes experienciam o medo de forma diferente.

A literatura sugere que indivíduos com psicopatia primária podem apresentar défices emocionais e uma menor capacidade de experienciar medo, o que se pode manifestar numa resposta atenuada a estímulos aversivos inatos. Já a psicopatia secundária, está mais associada a comportamentos antissociais aprendidos e a experiências traumáticas, o que pode levar a uma maior sensibilidade a medos. Como hipóteses de estudo temos:

H0: Não há diferença significativa na resposta a medos biologicamente preparados entre indivíduos com psicopatia primária e indivíduos com psicopatia secundária.

H1: Indivíduos com psicopatia primária apresentam uma resposta atenuada ou ausente a medos biologicamente preparados e não preparados.

H2: Indivíduos com psicopatia secundária apresentam uma resposta de medo mais acentuada relativamente a medos biologicamente preparados e não preparados.

Método

Participantes

A amostra deste estudo é constituída por 523 participantes, sendo 369 do sexo feminino (71%) e 154 do sexo masculino (29%), com idades compreendidas entre os 18 e 70 anos, apresentado uma média de idades de 35 anos, tendo como único critério de inclusão, indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos. A maioria dos participantes reside em Portugal (98,4%), havendo também contribuição de outros países como Brasil, Espanha, Argentina, Alemanha e Irlanda.

Tabela 1*Caraterísticas sociodemográficas*

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	369	70.54
Masculino	154	29.44
Estado Civil		
Solteiro	270	51.62
Casado/a ou união de facto	209	39.9
Divorciado/a ou separado/a	43	8.22
Viúvo/a	1	0.19
Escolaridade		
1º Ciclo do Ensino Básico (4º ano)	3	0.57
2º Ciclo do Ensino Básico (6º ano)	4	0.76
3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano)	29	5.54
Ensino Secundário (12º ano)	175	33.46
Licenciatura	169	32.31
Mestrado	94	17.97
Doutoramento	5	0.95
Pós-Graduação/Especialização Avançada	28	5.35
Curso de Especialização Tecnológica/ Curso Técnico Superior Profissional	16	3.05
Situação Laboral		
Estudante	61	11.66
Trabalhador/a	355	67.87
Trabalhador/a – Estudante	56	10.70
Desempregado/a	38	7.26

Aposentado/a

13 2.48

Instrumentos***The Levenson Self-Report Psychopathy Scale (LSRP)***

Foram utilizados instrumentos como o The Levenson Self-Report Psychopathy Scale (LSRP), cujo autores originais são Leveson, Kiehl e Fitzpatrick (1995) e adaptado para versão portuguesa por Barbosa, Gonçalves, Almeida, Ferreira-Santos e Marques-Teixeira (2014), que tem como objetivo avaliar a presença de traços de psicopatia num indivíduo. Este consiste num questionário, com 26 itens, avaliados de 1 a 4, sendo que 1 é “discordo totalmente” e 4 “concordo totalmente”. A subescala que avalia a psicopatia primária incide em 16 traços que remetem para conceitos como: egoísmo, frieza e manipulação. Por outro lado, a subescala da psicopatia secundária abrange 10 traços que vão avaliar conceitos como: impulsividade, irresponsabilidade e défices no controlo comportamental. O alfa de Cronbach do LSRP da versão original é de 0,81, o que nos indica uma boa consistência interna e que os itens estão correlacionados entre si. Na versão portuguesa o alfa varia de 0,63 e 0,85.

Fear Survey Schedule-III (FFS-3)

Também foi utilizado o Fear Survey Schedule-III (FFS-3), de Arrindel (1980) e adaptado para versão portuguesa por Dias e colegas (2013), sendo esta constituída por 52 itens, numa escala de 1 a 5, relacionados com situações que podem provocar medo e ansiedade, sendo que 1 representa “nenhum medo” e 5 “muito medo”. Na versão original a confiabilidade apresentada foi de 0,95 para a escala total e na versão portuguesa foi de 0,94, o que nos indica uma boa consistência interna.

Procedimentos

Primeiramente, com vista à realização deste estudo, foi solicitada a aprovação do

Conselho de Ética e Deontologia da Universidade da Maia. Após aprovação, recorreu-se à realização de um questionário, em formato online, com versão em português e inglês, divulgado nas redes sociais e com participação voluntária. A recolha de dados foi realizada em formato eletrónico (Google Forms). Os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados criada em Excel e de seguida exportados para o software estatístico JASP, onde foram efetuados os procedimentos estatísticos.

Análise de dados

Para a análise dos resultados recorreu-se à exploração das correlações entre as variáveis, utilizando o software estatístico JASP (JASP Team. (2021). *JASP (Version 0.16.3) [Computer software]*. <https://jasp-stats.org>). Os dados foram importados para o JASP e a normalidade univariada foi testada através do teste de Shapiro-Wilk. Tendo sido identificados desvios de normalidade, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman para explorar as associações entre as variáveis em estudo. Foram analisadas as correlações entre a psicopatía primária e os medos biologicamente preparados e não preparados e depois entre a psicopatía secundária e as mesmas variáveis.

Resultados

Os resultados mostraram um coeficiente de correlação de 0.013 ($p < 0.01$) para a psicopatía primária e os medos biologicamente preparados, o que nos indica de que se trata de uma correlação negativa fraca. Relativamente à psicopatía primária e os medos não preparados foi apresentado um coeficiente de correlação de 0.043 ($p < 0.01$) o que nos indica uma correlação negativa fraca, que nos sugere que à medida que os traços de psicopatía primária aumentam, a resposta a esses mesmos medos pode ser ligeiramente atenuada. No que diz respeito à psicopatía secundária, os resultados demonstraram a presença de uma correlação positiva, embora ainda de forma fraca, o que sugere que indivíduos com psicopatía secundária podem apresentar uma resposta mais elevada a

certos medos.

Tabela 2

Correlações entre psicopatía primária e secundária e os medos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Psi. Primária	---										
2. Psi. secundária	0.212***	---									
3. Psi. total	0.842***	0.676***	---								
4. Medos total	-0.104*	0.224***	0.055	---							
5. Medos Sociais	-0.075	0.291***	0.106*	0.829***	---						
6. Agorafobia	-0.087*	0.215***	0.070	0.766***	0.561***	---					
7. Morte, ferimentos, doenças	-0.023	0.099*	0.049	0.702***	0.431***	0.451***	---				
8. Animais Inofensivos	-0.092*	0.073	-0.025	0.730***	0.436***	0.478***	0.503***	---			
9. Cenas agressivas e sexuais	-0.116*	0.105*	-0.017	0.778***	0.588***	0.543***	0.492***	0.580***	---		
10. Medos Bio. Preparados	-0.109*	0.199***	0.038	0.966***	0.738***	0.766***	0.754***	0.709***	0.807***	---	
11. Medos Não preparados	-0.088*	0.227***	0.067	0.968***	0.845***	0.727***	0.620***	0.722***	0.705***	0.876***	---

N= 523; *p< .05; **p<.01; ***p< .001

Na tabela 2 estão representadas as correlações entre a psicopatía primária e secundária e medos biologicamente preparados e não preparados.

Ao fazer a interpretação da tabela podemos observar que a maioria das correlações entre a psicopatía primária e os medos é negativa, isto é, à medida que a psicopatía primária aumenta, a intensidade dos medos tende a diminuir. No entanto, podemos verificar que a intensidade da correlação varia entre os diferentes tipos de medos.

Verifica-se uma correlação significativa entre psicopatía primária e os medos

biologicamente preparados, tratando-se de uma correlação negativa fraca ($r_{sp} = -0.109$). Esta correlação negativa fraca significa que há uma tendência geral para indivíduos que apresentam traços de psicopatia primária experienciarem medos biológicos a um nível menor, em situações que normalmente iriam causar medo em indivíduos que não apresentem quaisquer traços. Aqui enquadrámos medos como o medo de alturas, medo do escuro, medo de sons altos, medo de animais ou categorias como medo de mortes, ferimentos e doenças e medos sociais, que estão presentes na tabela.

O mesmo se verificou entre psicopatia primária e medos biologicamente não preparados, sendo esta também uma correlação significativa negativa fraca ($r_{sp} = -0.088$). Contudo, este resultado encontra-se no limiar, o que sugere que a correlação está próxima de ser significativa a nível estatístico, mas que pode ter influência de outros fatores não controlados no estudo. Indica também uma tendência para uma resposta atenuada ao medo em indivíduos com traços de psicopatia primária, embora esta correlação demonstre que pode ser influenciada por diversos fatores. Por medos biologicamente não preparados referimo-nos a medos como medo de falar em público, medos relacionados a traumas ou categorias que estão presentes na tabela como agorafobia, medo de animais inofensivos e medo de cenas agressivas e de cariz sexual.

Relativamente à psicopatia secundária verificamos que esta, tanto para os medos biologicamente preparados ($r_{sp} = 0.199$) como para os medos biologicamente não preparados ($r_{sp} = 0.227$) apresenta uma correlação significativa positiva e fraca, o que nos indica que quanto maior o nível de psicopatia secundária maior o nível de medo experienciado e vice-versa.

Conseguimos verificar que, de um modo geral, a psicopatia primária está negativamente correlacionada com os medos. Por outro lado, a psicopatia secundária já apresenta uma correlação positiva, indo ambas as variáveis na mesma direção.

Discussão

Através dos resultados obtidos, confirmamos a Hipótese 1 e a Hipótese 2. Relativamente à psicopatia primária observamos que existe uma correlação negativa significativa, embora fraca, com os medos biologicamente preparados, o que significa que quanto maior o nível de psicopatia primária menor será o nível do medo, especificamente medos biológicos, experienciado. Essa observação vai de encontro à literatura, que nos diz que indivíduos com traços de psicopatia primária apresentam um perfil caracterizado por um baixo nível de ansiedade.

Verifica-se assim uma menor predisposição destes em sentir medo. Isto pode ser explicado, essencialmente, pelo baixo neuroticismo, sendo que indivíduos com traços de psicopatia primária vão apresentar uma forte capacidade de inibição comportamental e uma maior estabilidade emocional (Widiger, 2009). Devido à sua capacidade de autorregulação emocional, estes são capazes de prever as consequências dos seus atos e por isso têm a capacidade de inibir comportamentos considerados disruptivos (Cleckley, 1988).

Em relação à psicopatia primária e os medos não preparados verificamos de igual modo uma correlação negativa fraca, contudo, esta poderá ser influenciada por fatores externos que não estão em estudo e ser considerada estatisticamente insignificante por ser tão fraca. No entanto, sugere também que indivíduos com psicopatia primária tendem a experienciar um menor nível de medo, neste caso, de medos não preparados.

No que diz respeito à psicopatia secundária e de acordo com a revisão da literatura, em que esta nos diz que indivíduos com traços de psicopatia secundária experienciam altos níveis de ansiedade e depressão (Blackburn, 2009), apresentando assim um maior nível de neuroticismo, verificamos que existe uma correlação positiva entre psicopatia secundária e medos biologicamente preparados e não preparados.

Em relação à correlação entre a psicopatia secundária e os medos biologicamente preparados e não preparados verifica-se uma correlação positiva considerada fraca em ambos os medos, o que significa que quanto maior o nível de psicopatia secundária maior o nível de medo experienciado. Essa observação corrobora com a revisão da literatura, visto que a psicopatia secundária está mais ligada a fatores ambientais (como por exemplo, um trauma na infância) e a mais impulsividade, ansiedade e reatividade emocional. Ao contrário da psicopatia primária, o nível de neuroticismo aumenta nos casos de psicopatia secundária, havendo uma maior disposição em experienciar emoções negativas (Widiger, 2009). Esta está também associada a uma maior ativação do comportamento, o que impulsiona uma resposta mais impulsiva e conseqüentemente uma maior dificuldade a regular emoções (Fowles, 1980; Lykken, 1995).

Ao concluirmos, verificamos que esta investigação expandiu e apoiou a evidências já existentes, indo de acordo com aquilo que nos diz a revisão de literatura.

Sendo a psicopatia um construto que se tem formado ao longo do tempo, através de diversas opiniões clínicas e pesquisas científicas, é fundamental continuar a investigar sobre o tema, não só para compreender a fundo este conceito, bem como intervir em populações com esta patologia, contribuindo para a sua qualidade de vida. É importante continuar a investigar em populações forenses, sendo esta crucial para a justiça e segurança pública, em termos legais, acarretando um forte peso na responsabilidade penal e nas sentenças aplicadas de indivíduos com psicopatia que praticaram algum tipo de crime. Por isso, é essencial o seu estudo neste tipo de população não só para a prevenção da criminalidade, como na proteção das vítimas. Em relação a populações não forenses que apresentam de igual modo traços de psicopatia, é também de extrema relevância incidir sobre as mesmas de modo a garantir o seu bem-estar e qualidade de vida, bem como da sociedade generalizada.

O objetivo desta investigação, centrou-se em compreender que correlação existe entre psicopatia primária e psicopatia secundária com medos biologicamente preparados e não preparados. Verificados os resultados obtidos, observamos as premissas de que na psicopatia primária há uma menor predisposição em sentir medo e que por outro lado, na psicopatia secundária já há uma maior predisposição. Isto pode ser explicado, essencialmente, pelo a diferença do neuroticismo presente nos dois tipos de psicopatia, em que na psicopatia primária verifica-se um menor nível de neuroticismo e na psicopatia secundária um maior nível. Para além disso, a revisão da literatura diz-nos que sujeitos com traços de psicopatia apresentam uma anormalidade no processamento de emoções e até mesmo em estudos anteriores, muitos autores defendiam que indivíduos com psicopatia eram incapazes de sentir qualquer tipo de emoção. Com a evolução da ciência, verificou-se que não existe uma total incapacidade, mas sim um défice emocional, e por isso estes são capazes de experienciar emoções, no entanto, de forma diferente e a um menor nível de que um individuo que não apresente quaisquer traços.

Deste modo, verificamos que existe sim uma correlação entre psicopatia primária e secundária e medos biologicamente preparados e não preparados, em que na psicopatia primária é nos demonstrada uma correlação negativa fraca, ou seja, quanto maior o nível de psicopatia primária, menor o nível de medo experienciado e por isso correlacionam-se inversamente. Na psicopatia secundária verificou-se uma correlação positiva fraca, ou seja, quanto maior o nível de psicopatia secundária, maior será o nível de medo experienciado e vice-versa, indo ambas na mesma direção.

Tratando-se de um estudo realizado numa população não forense, é necessário expandir esses tipos de estudos a uma amostra mais diversificada. Sendo que os resultados obtidos dizem respeito apenas a esta amostra, as conclusões retiradas não podem ser generalizadas. Deste modo, seria fundamental, para uma investigação futura, a utilização

de uma amostra abrangente a população não forenses e forenses com um nível significativo de psicopatia. É também importante realçar que a psicopatia se trata de um construto complexo, marcada por diversas manifestações, face à sua natureza multifacetada, apresentando uma heterogeneidade e multidimensionalidade em torno do seu saber, e por isso pode ser influenciada por diversos fatores, o que dificulta a sua delimitação e definição única e consensual.

Neste sentido, é esperado que haja uma melhoria a nível investigativo e metodológico, de investigações futuras, levando-nos a uma direção mais profunda e extensiva da compreensão da psicopatia e da sua relação, neste caso, com os medos biologicamente preparados e não preparados.

Referências

- Anderson, J.L., Sellbom, M., Wygant, D. B., Salekin, R. T., & Krueger, R. F. (2014). Examining the associations between DSM-5 Section III antisocial personality disorder traits and psychopathy in community and university samples. *Journal of Personality Disorders*, 28(5), 675–697.
https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_134
- Annesley PT. (1963). Psychopathic personality. *Medico-Legal Journal*, 31(3), 137-142.
<https://doi.org/10.1177/002581726303100304>
- Baird, S. (2002). The links between primary and secondary psychopathy and social adaptation. *Colgate University Journal of the Sciences*, 34, 61-82.
- Barlow, D. H., Chorpita, B. F., & Turovsky, J. (1996). Fear, panic, anxiety, and disorders of emotion. In D. A. Hope (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation, 1995: Perspectives on anxiety, panic, and fear* (pp. 251–328). University of Nebraska Press.
- Birbaumer, N., Veit, R., Lotze, M., Erb, M., Hermann, C., Grodd, W., & Flor, H. (2005). Deficient fear conditioning in psychopathy: A functional magnetic resonance imaging study. *Archives of General Psychiatry*, 62(7), 799–805.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.7.799>
- Blackburn, R. (2009). Subtypes of psychopath. In *Personality, personality disorder and violence* (pp. 113-132).
- Blagov, P. S., Patrick, C. J., Lilienfeld, S. O., Powers, A. D., Phifer, J. E., Venables, N., Hudak, M., Herres, D. J., Lieb, K., Leigh, S. C. G., & Cooper, G. (2011).

Personality constellations in incarcerated psychopathic men. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(4), 293–315.

<https://doi.org/10.1037/a0023908>

Blair, R. J. R. (2003). Neurobiological basis of psychopathy. *British Journal of Psychiatry*, 182(1), 5–7. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.1.5>

Blair, R. J. R. (2001). Advances in neuropsychiatry: Neurocognitive models of aggression, the antisocial personality disorders, and psychopathy. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 71(6), 727–731.

<https://doi.org/10.1136/jnnp.71.6.727>

Blair, R. J. R. (2018). Traits of empathy and anger: Implications for psychopathy and other disorders associated with aggression. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1744), 20170155.

<https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0155>

Blair, R. J. R., Peschardt, K. S., Budhani, S., Mitchell, D. G. V., & Pine, D. S. (2006). The development of psychopathy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3–4), 262–275. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01596.x>

Burns, S., Roberts, L. D., Egan, S., & Kane, R. (2015). Evaluating emotion processing and trait anxiety as predictors of non-criminal psychopathy. *Personality and Individual Differences*, 81, 148–154.

<https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.08.044>

Cooke, D. J., Hart, S. D., Logan, C., & Michie, C. (2012). Explicating the Construct of Psychopathy: Development and validation of a conceptual Model, the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality

(CAPP). *International Journal of Forensic Mental Health*, 11(4), 242–252.

<https://doi.org/10.1080/14999013.2012.746759>

Corrado, R.R., Vincent, G. M., Hart, S. D., & Cohen, I. M. (2004). Predictive validity of the Psychopathy Checklist: Youth Version for General and violent recidivism, *Behavioral Sciences & the Law*, 22(1), 5–22. <https://doi.org/10.1002/bsl.574>

Crego, C., & Widiger, T. A. (2016). Cleckley’s psychopaths: Revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(1), 75–87. <https://doi.org/10.1037/abn0000130>

De Brito, S.A., Forth, A.E., Baskin-Sommers, A.R. et al. (2021). Psychopathy. *Nature Reviews Disease Primers*, 7, 49. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00282-1>

Deale, A. (2007). Psychopathology and treatment of severe health anxiety. *Psychiatry*, 6(6), 240–246. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2007.03.005>

Del Gaizo, A. L., & Falkenbach, D. M. (2008). Primary and secondary psychopathic-traits and their relationship to perception and experience of emotion. *Personality and Individual Differences*, 45(3), 206–212. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.03.019>

Fowles, D. C., & Dindo, L. (2006). A dual deficit model of psychopathy. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 14–34). Guilford Press.

Gillespie SM., Mitchell IJ., Satherley R-M., Beech AR., Rotshtein P. (2015) Relations of distinct psychopathic personality traits with anxiety and fear: Findings from offenders and non-Offenders. *PLoS ONE*, 10(11), e0143120. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143120>

Gori, A., Craparo, G., Sareri, G. I., Caretti, V., Giannini, M., & Meringolo, P. (2014).

Antisocial and psychopathic personalities in a sample of addicted subjects: Differences in psychological resources, symptoms, alexithymia and impulsivity. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 1580 – 1586.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.05.023>

Hale, L.R., Goldstein, D. S., Abramowitz, C. S., Calamari, J. E., & Kosson, D. S. (2004). Psychopathy is related to negative affectivity but not to anxiety sensitivity. *Behaviour Research and Therapy*, 42(6),697–710.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00192-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00192-X)

Hamm, A.O. (2019). Fear, anxiety, and their disorders from the perspective of psychophysiology. *Psychophysiology*, 57(2).
<https://doi.org/10.1111/psyp.13474>

Hare, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist - Revised*.

Hare, R. D. (1991). *Psychopathy Checklist—Revised* [Database record]. APA PsycTests.
<https://doi.org/10.1037/t01167-000>

Hare, R. D. (2004). *Hare Psychopathy Checklist - Revised*. Hare.

Hare, R. D., & Neumann, C. S. (2008). Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4(1), 217–246.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091452>

Hare, R. D., & Thorvaldson, S. A. (1970). Psychopathy and response to electrical stimulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 76(3, Pt.1), 370–374. <https://doi.org/10.1037/h0030276>

Hare, R. D., Harpur, T. J., Hakstian, A. R., Forth, A. E., Hart, S. D., & Newman, J. P.

- (1990). The revised Psychopathy Checklist: Reliability and factor structure. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(3), 338–341. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.2.3.338>
- Hart, S. D., & Hare, R. D. (1997). Psychopathy: Assessment and association with criminal conduct. In D. M. Stoff, J. Breiling, & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 22–35). John Wiley & Sons Inc.
- Hart, S.D. and Hare, R.D. (1996). Psychopathy and antisocial personality disorder: *Current Opinion in Psychiatry*, 9(2), 129–132.
- Herpertz, S.C. and Sass, H. (2000). Emotional deficiency and psychopathy. *Behavioral Sciences & the Law*, 18(5), 567–580. [https://doi.org/10.1002/1099-0798\(200010\)18:5<567::AID-BSL410>3.0.CO;2-8](https://doi.org/10.1002/1099-0798(200010)18:5<567::AID-BSL410>3.0.CO;2-8)
- Hicks, B. M., & Drislane, L. E. (2018). Variants (“subtypes”) of psychopathy. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (2nd ed., pp. 297–333). Guilford Press.
- Hicks, B. M., & Patrick, C. J. (2006). Psychopathy and negative emotionality: Analyses of suppressor effects reveal distinct relations with emotional distress, fearfulness, and anger-hostility. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(2), 276–287. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.2.276>
- Hofmann, M. J., Schneider, S., & Mokros, A. (2021). Fearless but anxious? A systematic review on the utility of fear and anxiety levels to classify subtypes of psychopathy. *Behavioral Sciences & the Law*. <https://doi.org/10.1002/bsl.2544>
- Hoppenbrouwers, S. S., Bulten, B. H., & Brazil, I. A. (2016). Parsing fear: A reassessment of the evidence for fear deficits in psychopathy. *Psychological Bulletin*, 142(6),

573–600. <https://doi.org/10.1037/bul0000040>

Horley, J. (2014). The emergence and development of psychopathy. *History of the Human Sciences*, 27(5), 91-110. <https://doi.org/10.1177/0952695114541864>

Hughes, M. A., Dolan, M. C., & Stout, J. C. (2015). Decision-making in psychopathy. *Psychiatry, Psychology and Law*, 23(4), 521–537. <https://doi.org/10.1080/13218719.2015.1081228>

Izard, C. E. (1992). Basic emotions, relations among emotions, and emotion-cognition relations. *Psychological Review*, 99(3), 561–565. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.99.3.561>

Jalava, J., Griffiths, S., & Maraun, M. (2015). *The myth of the born criminal: Psychopathy, neurobiology, and the creation of the modern degenerate*. University of Toronto Press.

Kimonis, E.R., Frick, P. J., Cauffman, E., Goldweber, A., & Skeem, J. (2012). Primary and secondary variants of juvenile psychopathy differ in emotional processing. *Development and Psychopathology*, 24(3), 1091–1103. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000557>

Lander, G. C., Lutz-Zois, C. J., Rye, M. S., & Goodnight, J. A. (2012). The differential association between alexithymia and primary versus secondary psychopathy. *Personality and Individual Differences*, 52, 45–50. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2011.08.027>

Leal, P.C., Goes, T. C., da Silva, L. C. F., & Teixeira-Silva, F. (2017). Trait vs. state anxiety in different threatening situations. *Trends in Psychiatry and*

Psychotherapy, 39(3), 147–157. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0044>

Levenson, M. R., Kiehl, K. A., & Fitzpatrick, C. M. (1995). Assessing psychopathic attributes in a noninstitutionalized population. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(1), 151–158. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.1.151>

Lilienfeld, S. O., Watts, A. L., Smith, S. F., Patrick, C. J., & Hare, R. D. (2018). Hervey Cleckley (1903–1984): Contributions to the study of psychopathy. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9(6), 510–520. <https://doi.org/10.1037/per0000306>

Lykken, D. T. (1957). A study of anxiety in the sociopathic personality. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 55, 610.

Lykken, D. T. (1963). A study of anxiety in the sociopathic personality. In H. C. Quay (Ed.), *Research in psychopathology: Selected readings* (pp. 195–205). D Van Nostrand. <https://doi.org/10.1037/11397-012>

Lykken, D. T. (1995). *The antisocial personalities*. Erlbaum

Malterer, M.B., Glass, S.J. and Newman, J.P. (2008). Psychopathy and trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 44(3), 735–745. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.10.007>

Marsh, A. A. (2013). What can we learn about emotion by studying psychopathy? *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, Article 181. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00181>

Mealey, L. (1995). Primary Sociopathy (psychopathy) is a type, secondary is not, *Behavioral and Brain Sciences*, 18(3), 579–599.

<https://doi.org/10.1017/S0140525X00040024>

Miller, J.D. and Lynam, D.R. (2015). Psychopathy and personality: Advances and debates. *Journal of Personality*, 83(6), 585–592.

<https://doi.org/10.1111/jopy.12145>

Milosevic, I., & McCabe, R. E. (Eds.). (2015). *Phobias: The psychology of irrational fear*. Bloomsbury Publishing USA.

Mineka, S., & Ohman, A. (2002). Fear, anxiety, and phobias. *Annual Review of Psychology*, 53, 509-539.

<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100801.145006>

Newman, J. P., MacCoon, D. G., Vaughn, L. J., & Sadeh, N. (2005). Validating a distinction between primary and secondary psychopathy with measures of Gray's BIS and BAS Constructs. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(2), 319–323. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.2.319>

Öhman, A., & Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear and fear learning. *Psychological Review*, 108(3), 483–522.

<https://doi.org/10.1037/0033-295X.108.3.483>

Patrick CJ, Fowles DC, Krueger RF. Triarchic conceptualization of psychopathy: Developmental origins of disinhibition, boldness, and meanness. *Development and Psychopathology*, 21(3), 913-938.

<https://doi.org/10.1017/S0954579409000492>

Preszler, J., Marcus, D. K., Edens, J. F., & McDermott, B. E. (2018). Network analysis of psychopathy in forensic patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(2),

171–182. <https://doi.org/10.1037/abn0000325>

Schmitt, W. A., & Newman, J. P. (1999). Are all psychopathic individuals low-anxious? *Journal of Abnormal Psychology*, *108*(2), 353–358. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.108.2.353>

Sethi, A., McCrory, E., Puetz, V., Hoffmann, F., Knodt, A. R., Radtke, S. R., Brigidi, B. D., Hariri, A. R., & Viding, E. (2018). Primary and secondary variants of psychopathy in a volunteer sample are associated with different neurocognitive mechanisms. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, *3*(12), 1013–1021. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2018.04.002>

Smith, S. F., & Lilienfeld, S. O. (2015). The response modulation hypothesis of psychopathy: A meta-analytic and narrative analysis. *Psychological Bulletin*, *141*(6), 1145–1177. <https://doi.org/10.1037/bul0000024>

Strickland, C. M., Drislane, L. E., Lucy, M., Krueger, R. F., & Patrick, C. J. (2013). Characterizing psychopathy using DSM-5 personality traits. *Assessment*, *20*(3), 327–338. <https://doi.org/10.1177/1073191113486691>

Viding, E., & McCrory E.J. (2018). Understanding the development of psychopathy: Progress and challenges. *Psychological Medicine*, *48*(4), 566–577. <https://doi.org/10.1017/S0033291717001616>

Viding, E., Sebastian, C. L., Dadds, M. R., Lockwood, P. L., Cecil, C. A. M., De Brito, S. A., & McCrory, E. J. (2012). Amygdala response to preattentive masked fear in children with conduct problems: The role of callous-unemotional Traits. *American Journal of Psychiatry*, *169*(10), 1109–1116. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12020191>

Visser, B. A., Ashton, M. C., & Pozzebon, J. A. (2012). Is low anxiety part of the psychopathy construct? *Journal of Personality*, *80*(3), 725–747.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2011.00745.x>

Widiger, T. A. (2009). Neuroticism. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 129–146). The Guilford Press.

Yildirim, B. O., & Derksen, J. J. L. (2015). Clarifying the heterogeneity in psychopathic samples: Towards a new continuum of primary and secondary psychopathy. *Aggression and Violent Behavior*, *24*, 9–41.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.05.001>