

En undersøkelse av psykopater og deres senere utvikling

Av ODD STEFFEN DALGARD og KJELL NOREIK

Fra Gaustad sykehus, sjef mannsavd.: Professor dr. med *Ørnulv
Ødegård*, sjef kvinneavd.: overlege *Johan Bremer*.

Ved Gaustad sykehus er det i de siste 10 år gjennomført systematiske etterundersøkelser av alle førstegangsinnlagte pasienter etter en observasjonstid på minst 5 år. Resultatet av disse undersøkelser foreligger i en rekke publikasjoner.

Den foreliggende undersøkelse omhandler de pasienter som under det første opphold i Gaustad sykehus fikk diagnosen psykopati. Siktepunktet er foruten å gi en oversikt over disse pasienters utvikling etter utskrivningen, å gi en beskrivelse av deres bakgrunn, sosiale tilpasning og kliniske karakteristika, blant annet med henblikk på faktorer av prognostisk betydning.

Da psykopatene er en klinisk temmelig uensartet gruppe, er det ønskelig med en oppsplitting i diagnostiske undergrupper. Dette er til en viss grad gjort, men da materialet er forholdsvis lite, har en stort sett begrenset seg til en oppdeling i de to hovedgrupper: *sosiopater* og „*andre psykopater*“, da disse grupper må antas å være temmelig forskjellige både med hensyn til bakgrunn og senere utvikling.

Hver enkelt journal er først kodet av én psykiater, og denne kodingen er deretter gjennomgått og kontrollert av en annen psykiater. I de tilfelle der det har vært uenighet, har en diskutert seg fram til en koding som kunne godtas av begge. Etterundersøkelsen og kodingen av denne er foretatt av én psykiater, som regel en av de to som er nevnt ovenfor. Pasientenes bakgrunn og tilstand ved første opphold i Gaustad sykehus er konsekvent kodet før etterundersøkelsen ble foretatt, for å unngå at inntrykket ved etterundersøkelsen skulle påvirke vurderingen av pasienten slik denne er beskrevet under sykehusoppholdet.

Materiale.

Materialet omfatter 69 pasienter, 35 menn og 34 kvinner, og består av de førstegangsinnlagte pasienter i Gaustad sykehus fra årene 1938—1959 som av sykehuset har fått diagnosen psykopati. Noen av pasientene har tidligere ligget i psykiatrisk klinikkavdeling, men ingen har tidligere vært innlagt i norske psykiatriske sykehus. En enkelt pasient som ikke lot seg oppspore ved etterundersøkelsen, er ikke inkludert.

Materialet må antas å representere et temmelig spesielt utvalg av psykopater, med hovedvekten på sværere psykopatiske tilstander som ikke sjelden ligger på grensen til psykose. Dette henger sammen med at forholdsvis få psykopater uten betydelige plager søker seg frivillig innlagt i psykiatrisk sykehus, og at tvangsinngjeller forutsetter at tilstanden gir mistanke om psykose. 41 % av pasientene i materialet er frivillig innlagt, mens 36 % er innlagt med tutorbegjæring. 23 % er innlagt til judisiell observasjon, da det har vært tvil om vedkommende var psykotisk.

Av dette følger at materialet er mindre egnet som grunnlag for slutninger om „psykopater i sin alminnelighet“.

Diagnoser og andre kliniske karakteristika.

Materialet er inndelt i følgende diagnosegrupper:

Schizoide. Stille, innesluttede, kontaktfattige individer, tildels overømfientlige, tildels ufølsomme.

Cykløide. Individer med tendens til svingninger mellom hevet og senket stemningsleie.

Sensitive. Overfølsomme og ofte selvusikre individer med tendens til å reagere på påkjenninger med angst, depresjon eller selvhenføring.

Hysteriske. Individer med sterk trang til å være i sentrum for oppmerksomheten, med tendens til å lage sensasjon og til teatralisk pregede affektreaksjoner. Disponert for bevissthetsforstyrrelser.

Selvhevdende. Individer med utpreget tendens til å hevde sine egne interesser, også hvis dette skjer på bekostning af andres. Gjerne påståelige med tendens til å reagere negativt på kritikk.

Sosiopater. Karakterisert ved nedsatt impuls kontroll, trang til øyeblikkelig behovstilfredsstillelse, sviktende evne til å planlegge livet på lengre sikt og sviktende evne til dypere følelsesmessig kontakt. Sosiopatene kan være overveiende aggressive eller overveiende passive og holdningsløse.

Gruppen svarer stort sett til det mange forfattere, blandt annet *Langfeldt* (1954), betegner som antisosiale eller asosiale psykopater.¹⁾

¹⁾ Mange forfattere, f. eks. *Mc Cord & Mc Cord* (1956), *Vanggaard* (1963) og *Retterstøl* (1963), foretrekker å bruke betegnelsen psykopati bare der det foreligger en massiv svikt i den sosiale tilpasnings-evne, svarende til den ovenforgitte definisjon av sosiopati, mens de ved andre former for personlighetsavvik er tilbøyelige til å snakke om karakternevroser. Ved denne restriktive bruk av psykopat-betegnelsen blir med andre ord psykopati og sosiopati synonyme begreper.

Den anvendte klassifikasjon pretenderer ikke å være annet enn en grov inndeling av materialet etter de mest fremtredende personlighetstrekk, og impliserer ingen spesiell teori om de etiologiske forhold.

Den *diagnostiske fordeling* i materialet fremgår av *tabell 1*:

Tabell 1.

Diagnose. Prosent, absolutte tall i parentes.

	Menn	Kvinner	Sum	
Sosio-pater	43	35	39 (27)	
Andre psykopater	Schizoide	14	18	16 (11)
	Cykloide	3	3	3 (2)
	Sensitive	14	20	17 (12)
	Hysteriske	3	9	6 (4)
	Selvhevdende	23	15	19 (13)
Sum	100 (35)	100 (34)	100 (69)	

Sosio-patene utgjør den største gruppen hos både menn og kvinner. Som nevnt innledningsvis, vil en i det følgende stort sett begrense den diagnostiske oppsplitting av materialet til bare to grupper: Sosio-pater og „andre psykopater“.

Aldersfordelingen ved inleggelsen fremgår av *tabell 2*:

Tabell 2.

Alder ved inleggelsen. Prosent, absolutte tall i parentes.

	Sosio-pater	Andre psykopater	Sum
Under 30 år	59	29	41 (28)
30—50 år	33	57	48 (33)
Over 50 år	7	14	12 (8)
Sum	99 (27)	100 (42)	101 (69)

Det er svært få pasienter over 50 år i materialet. Sosio-patene er gjennomgående noe yngre enn de andre psykopater, i det flertallet i gruppene er henholdsvis under 30 år gamle og 30—50 år gamle.

Materialet er inndelt etter *intelligens* på grunnlag av det kliniske inntrykk pasienten ga under sykehusoppholdet, i en del tilfelle supplert med intelligenstesting. En har også klassifisert materialet med hensyn til *organisk hjerneskade* og funn ved

EEG. Dessuten er materialet inndelt etter *psykosomatisk* sykdom før innleggelsen. Fordelingen av disse karakteristika fremgår av *tabell 3*:

Tabell 3.

Intelligens, hjerneskode, funn ved EEG og psykosomatisk sykdom. Prosent, absolutte tall i parentes.

		Sosio-pater	Andre psykopater	Sum
Intelligens	Normal	44	81	67 (46)
	Sinker og debile	56	19	33 (23)
	Sum	100 (27)	100 (42)	100 (69)
Hjerneskode	Ingen	59	83	74 (51)
	Usikker	30	14	20 (14)
	Sikker	11	2	6 (4)
	Sum	100 (27)	99 (42)	100 (69)
EEG	Normalt	7	12	10 (7)
	Patologisk	33	7	17 (12)
	Ikke tatt	59	81	72 (50)
	Sum	99 (27)	100 (42)	99 (69)
Psykosomatisk sykdom	Ikke tilstede	74	52	61 (42)
	Tilstede	26	48	39 (27)
	Sum	100 (27)	100 (42)	100 (69)

Det er en tydelig forskjell mellom sosiopatene og de andre med hensyn til *intelligens*, i det flertallet av sosiopatene synes å være mer eller mindre intellektuelt tilbakestående, mens de fleste av de andre psykopater synes å være normalt intellektuelt utviklet. Her må en imidlertid ta visse forbehold på grunn av usikkerhet i intelligensvurderingen i en del av tilfellene.

Vurderingen av eventuell *organisk hjerneskode* er basert på de anamnesticke data og det kliniske bilde, i en del tilfelle supplert med EEG og andre spesialundersøkelser. I forholdsviss mange tilfelle er det funnet holdepunkter for hjerneskode, uten at en har kunnet avgjøre spørsmålet med sikkerhet. Disse pasienter er blitt klassifisert som „mulig hjerneskode“.

Tendensen går i retning av størst hyppighet av organisk hjerneskode hos sosiopatene.

Selv om materialet er meget ufullstendig kartlagt med hensyn til EEG får en inntrykk av at sosiopatene har den største hyppighet av patologisk EEG. De patologiske EEG er imidlertid av noe

varierende type, og i enkelte tilfelle kan det være vanskelig å trekke særlige slutninger på grunnlag av kurven.

Psykosomatisk sykdom (som i materialet hovedsakelig omfatter *ulcus ventriculi* og *ulcus duodeni*, asthma bronchiale, uspesifikk dyspepsi, hypertensjon samt hodepine og rygg smerter av uklar opprinnelse) er noe mindre hyppig hos sosiopatene enn hos de andre.

Det er i det foregående påvist visse forskjeller mellom sosiopatene og de andre psykopater, i det sosiopatene gjennomgående er yngre ved innleggelsen, ligger lavere intelligensmessig, i større utstrekning har symptomer på organisk hjerneskade og i mindre utstrekning har psykosomatiske plager.

At sosiopatene er yngre enn de andre ved innleggelsen lar seg enklest forklare utfra utvalgmekanismen ved innleggelse av psykopater i psykiatrisk sykehus. I den utstrekning psykopatene virker betydelig forstyrrende på sine omgivelser, noe som er mest uttalt hos sosiopatene, er det rimelig at de nærmeste eller det offentlige (f. eks. rettsvesenet) på et forholdsvis tidlig tidspunkt i utviklingen vil få pasienten innlagt til observasjon og eventuell behandling. Der det psykiatriske avvik i første rekke fører til plager for pasienten selv, er det rimelig å tro at det ofte vil gå forholdsvis lenger tid før en går til et så drastisk skritt som innleggelse i psykiatrisk sykehus. På den andre siden er det også mulig at „dekompensasjonen“ hos de „lidende“ psykopater faktisk manifesterer seg på et noe senere tidspunkt enn hos sosiopatene.

At sosiopatene i materialet i stor utstrekning er intellektuelt tilbakestående står i et visst motsetningsforhold til den vanlige definisjonen av sosiopati, der en forutsetter at den sviktende tilpasningsevne ikke skyldes åndssvakhet. På den andre siden er det rimelig at sosiopati og tilpasningssvikt som følge av mangel-full intellektuell utvikling i praksis ofte vil flyte over i hverandre, slik at diagnosen blir en vurderingssak. Graden av intelligensdeficit blir her gjerne avgjørende. (Det er få av sosiopatene i materialet som ligger under sinkenivået med hensyn til intelligens).

Det ikke ubetydelige innslag av organisk hjerneskade hos sosiopatene er i overensstemmelse med mange andre forfatters funn i et tilsvarende klientell (blandt annet omtalt av *Mc Cord & Mc Cord* (1956)). En del forfattere, bl. a. *Kinberg* (1946) og *Gerle* (1947), mener at disse og andre forhold viser at psykopati-begrepet i seg selv er uheldig, da det omfatter et konglomerat av ulike tilstander med blant annet forskjellig etiologi. Som nevnt innledningsvis, er imidlertid psykopati i den foreliggende undersøkelse brukt som en rent symptomatologisk, deskriptiv diagnose, som ikke forutsetter noen enhetlig etiologi.

I den utstrekning en regner med en sammenheng mellom psykosomatiske sykdommer og intrapsyriske konflikter kan den relativt lave hyppighet av disse sykdommer hos sosiopatene tyde på at disse i mindre utstrekning enn de andre psykopater er preget av intrapsyriske konflikter. Dette er i overensstemmelse med en oppfatning som ofte hevdes av dem som mener at sosiopati i motsetning til de andre former for psykopati skiller seg klart fra de nevrotiske tilstander med hensyn til patogenese og personlighetsstruktur.

Bakgrunn.

Materialet er beskrevet med hensyn til *sinnslidelse i den nærmeste familie* (foreldre og søsken) samt *oppvekstmiljø*, hoved-

Tabell 4.

Mentale avvik i nærmeste familie, hjemmets struktur og alkoholisme og/eller kriminalitet i nærmeste familie. Prosentar, absolutte tall i parentes.

		Sosiopater	Andre psykopater	Sum
Mentale avvik i nærmeste familie	Ingen	40	44	42 (25)
	Psykose	10	23	19 (11)
	Andre avvik	50	33	39 (23)
Sum		100 (20)	100 (39)	100 (59)
Alkoholmisbruk og/eller kriminalitet i nærmeste familie	Ikke tilstede	72	77	75 (48)
	Tilstede	28	23	25 (16)
	Sum	100 (25)	100 (39)	100 (64)
Hjemmets struktur	Ikke "broken home"	41	85	68 (46)
	"Broken home"	59	15	32 (22)
	Sum	100 (27)	100 (41)	100 (68)
Oppvekst	Hos begge foreldre	41	85	68 (46)
	Hos mor eller far og steforeldre	11	2	6 (4)
	Hos bare mor	22	2	10 (7)
	På barnehjem eller hos fosterforeldre	26	10	16 (11)
	Sum	100 (27)	100 (41)	100 (68)

sakelig bestemt på grunnlag av pasientens egne opplysninger. Resultatet framgår av tabell 4.

Summene varierer noe ved de forskjellige grupperingene, da en ikke i alle tilfelle har fullstendige opplysninger om pasientene.

Det er liten forskjell mellom sosiopatene og de andre med hensyn til *sinnslidelser i familien*, i det flertallet i begge grupper har en eller annen form for mentalt avvik i nærmeste familie. Tendensen går imidlertid i retning av relativt flere med „andre mentale avvik“ (hovedsakelig psykopati og oligofreni) hos sosiopatene og relativt flere med psykose hos de andre psykopatene. Tallene er imidlertid små og vurderingen av familiemedlemmenes mentale tilstand er ofte usikker.

Alkoholisme og/eller kriminalitet i nærmeste familie (hos foreldre eller søsken) forekommer i en fjerdedel av tilfellene, og er like hyppig hos sosiopatene og de andre psykopater. (I begge grupper forekommer alkoholisme i familien omtrent dobbelt så hyppig som kriminalitet i familien).

Hjemmets struktur. Med „broken home“ menes foruten skilsmissehjem og hjem der en eller begge foreldre er døde, tilfelle der pasienten er født utenfor ekteskap.

Det er en tydelig forskjell med hensyn til hyppighet av „broken homes“ hos sosiopatene og de andre, i det de første i meget stor utstrekning kommer fra slike hjem. Alle tre typer av „broken homes“ er sterkest representert hos sosiopatene.

I samsvar med dette er sosiopatene i forholdsvis stor utstrekning vokst opp på barnehjem eller i fosterhjem, hos mor alene eller i hjem med stedfar eller stedmor. I ingen tilfelle er pasientene vokst opp hos far alene.

Det er i det foregående påvist større hyppighet av „broken homes“ hos sosiopatene enn hos de andre psykopater, men ingen sikker forskjell med hensyn til mentale avvik eller alkoholisme og kriminalitet i nærmeste familie.

At sosiopatene i motsetning til de andre psykopater i meget stor utstrekning kommer fra „broken homes“, støtter det syn at utviklingen av sosiopati ofte henger sammen med manglende muligheter for internalisering av sosiale normer gjennom identifisering med foreldrene i en trygg familiegruppe (bl. a. *Mc Cord & Mc Cord* (1956) og *Noyes & Colb* (1963)).²⁾

²⁾ Den manglende utvikling av et „over-jeg“ hos sosiopatene som denne teori impliserer, brukes tildels som argument for å trekke et klart diagnostisk skille mellom sosiopatene og de andre psykopater (som en da ofte betegner som „karakternevrotikere“), i det de siste snarere synes å ha et patologisk sterkt utviklet „over-jeg“, i likhet med nevrotikerne.

Sosial tilpasning før innleggelsen.

Som kriterier på sosial tilpasning før innleggelsen er brukt *sosial klasse, arbeidsevne, sivilstand, forhold til alkohol og forhold til kriminalitet*. Fordelingen etter de ulike kriterier på sosial tilpasning fremgår av *tabell 5*. Tabellen omfatter også tilbøyeligheten til aggressiv adferd og suicidalforsøk.

Bestemmelsen av *sosial klasse* har tatt sitt utgangspunkt i hvordan pasienten som voksen har etablert seg med hensyn til bolig, arbeid og økonomi. Utgangspunktet er oftest tatt i den situasjon pasienten var i umiddelbart før de spesielle vanskeligheter som førte til innleggelsen inntraff. Av tabellen framgår at sosiopatene gjennomgående tilhørte den laveste sosialklasse i befolkningen. Vel en tredjedel av de andre psykopatene tilhørte de midlere eller høyere sosialklasser. Hvilke sosialklasser psykopatene opprinnelig har utgått fra, gir undersøkelsen ikke svar på.

Arbeidsevnen før innleggelsen har vært varierende, men ingen av pasientene har vært i noen form for privatpleie. Også når det gjelder arbeidsevnen før innleggelsen, skiller sosiopatene seg ut, idet de gjennomgående har vist en dårligere arbeidsevne enn de andre psykopater.

Sosiopatene skiller seg ikke vesentlig ut fra de andre psykopater med hensyn til *sivilstand* ved innleggelsen. Flertallet i begge grupper er ugifte. (Særlig de schizoide psykopater er i stor utstrekning ugifte — av disse er 9 av 11 ugifte). Under vurderingen av dette må en ta hensyn til at sosiopatene gjennomgående er noe yngre enn de andre, og at de av den grunn har hatt mindre anledning til å gifte seg. Tallene i *tabell 5* kan for såvidt tyde på at tendensen til å gifte seg er noe større hos sosiopatene enn hos de andre psykopater, noe som imidlertid ikke bekreftes av etterundersøkelsen.

Når det gjelder *forhold til alkohol* før innleggelsen, skiller igjen sosiopatene seg ut som den dårligst stille gruppe, og nesten halvparten av sosiopatene ligger under for betydelig alkoholmisbruk. Det kan diskuteres om sosiopatenes tendens til alkoholmisbruk er betinget av deres avvikende personlighet, eller om personlighetsavviket i noen grad er betinget av alkoholmisbruket. Ut fra det foreliggende materiale kan en vanskelig besvare dette spørsmål, dog er det implisitt i diagnosen sosiopati at en under sykehusoppholdet oppfattet personlighetsavviket som det primære.

Hyppiheten av *straffede* representerer minimumstall, da en her stort sett bare bygger på pasientenes egne opplysninger uten kontroll i strafferegisteret. Sosiopatene er i større utstrekning straffet enn de andre psykopater, noe som særlig gjelder vin-

Tabell 5.

Sosial tilpasning før innleggelsen. Prosentar, absolutte tall i parentes.

		Sosiopater	Andre psykopater	Sum
Sosialklasse	Over middels	0	5	3 (2)
	Middels	7	33	23 (16)
	Under middels	93	62	74 (51)
	Sum	100 (27)	100 (42)	100 (69)
Arbeidsevne	God	7	28	20 (14)
	Ustabil	41	48	45 (31)
	Lav	52	24	35 (24)
	Sum	100 (27)	100 (42)	100 (69)
Sivilstand	Ugift	59	57	58 (40)
	Gift	22	31	28 (19)
	Tidligere gift	19	12	14 (10)
	Sum	100 (27)	100 (42)	100 (69)
Forhold til alkohol	Intet eller leilig- hetsvis misbruk	56	83	72 (50)
	Betydelig misbruk	44	17	28 (19)
	Sum	100 (27)	100 (42)	100 (69)
	Forhold til kriminalitet	Ikke straffet	33	71
Vinnings- forbrytelser		37	2	16 (11)
Voldsforbrytelser		11	5	7 (5)
Sedelighets- forbrytelser		0	7	4 (3)
Andre forbrytelser		19	15	16 (11)
Sum		100 (27)	100 (42)	100 (69)
Aggresjon	Ingen aggresjon	67	79	74 (51)
	Aggresjon	33	21	26 (18)
	Sum	100 (27)	100 (42)	100 (69)
Suicidalforsøk	Intet forsøk	67	76	72 (50)
	Forsøk	33	24	28 (19)
	Sum	100 (27)	100 (42)	100 (69)

ningsforbrytelser. At såvidt mange i materialet er straffet, må ses på bakgrunn av at nesten en fjerdedel av pasientene er innlagt til judisiell observasjon på grunn av straffbare handlinger.

Med *aggresjon* er ment voldshandlinger som har gått ut over andre mennesker eller hærverk. Relativt flere av sosiopatene enn av de andre psykopater hadde etter denne definisjon vært aggressive.

Som *suicidalforsøk* er medregnet både de lettere demonstrative tilfeller og de svære, mer livstruende suicidalforsøk. Flere av sosiopatene hadde gjort slike forsøk før innleggelsen, enn av de øvrige psykopater.

Ved en samlet vurdering av den sosiale tilpasning før innleggelsen finner vi at sosiopatene på flere måter skiller seg ut fra de øvrige psykopater. De tilhører hyppigere den laveste sosiale klasse, har gjennomgående lavere arbeidsevne og er oftere alkoholmisbrukere og kriminelle enn de øvrige psykopater. I en viss utstrekning er sosiopatene også mer aggressive og begår hyppigere suicidalforsøk enn de andre psykopater.

At sosiopatene på denne måte skiller seg ut fra de andre psykopater ved en dårligere sosial tilpasning er i overensstemmelse med det en kunne vente på bakgrunn av definisjonen av sosiopati. Oversikten over den sosiale tilpasning representerer for såvidt lite mere enn en illustrasjon av forhold som har spilt inn ved den diagnostiske differensiering mellom de to hovedgruppene av psykopati.

Behandling under første opphold i Gaustad sykehus.

Psykopatene ble i sykehuset behandlet i stor utstrekning på like fot med de psykotiske pasienter, og de fikk arbeidsterapi og beskjeftigelsesterapi som disse.

39 av pasientene har ikke fått noen spesiell somatisk behandling (ECT, psykofarmaka, levkotomi) og er heller ikke blitt individualpsykoterapeutisk behandlet. En tredjedel av sosiopatene og halvparten av de øvrige psykopater har fått somatisk behandling eller psykoterapi. Den store hyppighet av depressive og eksitative symptomer har hos 21 pasienter ført til ECT behandling. Bare 13 av pasientene har under sitt første opphold fått psykofarmaka. Det må her erindres at en rekke pasienter hadde sitt aktuelle sykehusopphold i predrug-perioden. Levkotomi er utført hos 4 pasienter hvorav 1 sosiopat. Bare 5 pasienter har under sykehusoppholdet eller umiddelbart før dette fått individuell psykoterapi. 3 av disse var schizoide psykopater.

Tilpasning under første opphold i Gaustad sykehus.

Pasientenes tilpasning i sykehuset er vurderet etter hvordan de har funnet seg til rette etter regimet i avdelingene.

Tabell 6.

Sykehusstilpasning. Prosent, absolutte tall i parentes.

		Sosiopater	Andre psykopater	Sum
Tilpasning i sykehuset	God	70	71	71 (49)
	Dårlig	30	29	29 (20)
	Sum	100 (27)	100 (42)	100 (69)
Rømmninger	Ingen rømmning	85	86	85 (59)
	Rømmning	15	14	15 (10)
	Sum	100 (27)	100 (42)	100 (69)

Det framkommer ingen tydelig forskjell mellom sosiopatene og de øvrige psykopater, i det nær en tredjedel av begge grupper viste dårlig tilpasning. Ved fordeling på de 2 kjønn viste det seg at dårlig sykehusstilpasning ble hyppigere funnet hos de kvinnelige psykopater (14 av 34) enn hos mennene (6 av 35). Dette har antakelig sammenheng med at utvalget av kvinner har vært særlig vanskelig.

Rømmninger fra sykehuset er registrert hos 10 pasienter. Det er ingen forskjell mellom sosiopatene og de øvrige psykopater i så måte. Flere kvinner enn menn har rømt, noe som er illustrerende for hvordan kvinnes tilpasning i sykehuset har vært dårligere enn mennenes.

Etterundersøkelsen.

Som følge av at observasjonstiden er satt til minst 5 år, faller 9 pasienter som var fulgt i mindre enn 5 år utenfor den videre bearbeidelse av materialet. 5 av disse 9 pasienter døde i løpet av de første 5 år etter innleggelsen, 3 ved suicid. Av de som begikk suicid var 2 oppfattet som sosiopater og en som selvhevdende psykopat. 3 pasienter hadde reist utenlands, dog kunne én av disse følges i nær 5 år. Pasienten hadde kort før hun emigrerte et opphold i en psykiatrisk klinikkavdeling og var ved utskrivningen derfra uendret. En pasient som ble oppsøkt i hjemmet av slo kategorisk samtale, men via andre kilder har vi fått opplyst at pasienten stadig har hatt kontakt med psykiater og virket uendret.

Av de 60 pasienter som er blitt fulgt i over 5 år er halvparten blitt undersøkt i hjemmet eller ved senere opphold i Gaustad sykehus. I 26 tilfeller har vi fått opplysningene om pasientens tilstand fra andre sykehus eller fra offentlige leger. Om 2 pasienter er opplysningene innhentet fra pårørende eller andre kjente, og 2 pasienter har svart på spørreskjemaer.

Regnet fra innleggelsen i sykehuset ble etterundersøkelsen foretatt over 10 år senere hos 27 pasienter, hos 15 pasienter over 15 år etter innleggelsen.

Bortsett fra den ene pasient som helt avslo samtale, har pasientene gjennomgående vært vennlige og imøtekommende når de har fått besøk.

Gjeninnleggelse og samlet varighet av sykehusopphold.

I løpet av observasjonsperioden har 41 % vært gjeninnlagt i psykiatriske sykehus, de fleste i Gaustad sykehus. Under disse senere sykehusopphold har pasientene stort sett fått samme type behandling som ved det første opphold i Gaustad sykehus, bortsett fra at behandling med psykofarmaka etterhvert har gjort seg sterkere gjeldende.

Den samlede varighet av sykehusopphold under observasjonsperioden er mindre enn 1 måned for 13 % av pasientene, 1—6 måneder for 43 %, 6—12 måneder for 13 % og over 12 måneder for 31 % av pasientene. Sosiopatene har gjennomgående vært noe kortere tid i sykehus enn de andre psykopater, idet 19 % av sosiopatene har vært innlagt i mindre enn 1 måned, mens 22 % av dem har vært under sykehusbehandling i over 12 måneder.

Generell vurdering av tilstanden ved etterundersøkelsen.

Pasientene er inndelt i tre hovedgrupper etter tilstanden ved etterundersøkelsen. Til gruppen „*bedret*“ er regnet de pasienter som er funnet bedre sosialt tilpasset og eventuelt med mindre subjektive plager. Til gruppen „*uendret*“ er regnet de pasienter hvis tilstand var omtrent som ved innleggelsen i sykehuset. Gruppen „*forverret*“ består av 3 undergrupper. Til den første undergruppe er regnet de pasienter hvis psykopatiske tilstand virker forværret og som var dårligere tilpasset enn før innleggelsen i sykehuset. Til den annen undergruppe er regnet de som hadde begått suicid mer enn 5 år etter innleggelsen. Til den tredje undergruppe er regnet de som var psykotiske ved etterundersøkelsen. Fordelingen etter de ulike utgangskategoriene fremgår av *tabell 7*.

Tilstanden ved etterundersøkelsen var gjennomgående mindre tilfredsstillende, i det bare noe over en fjerdedel av det samlede materiale var oppfattet som bedret. Sosiopatene var dårligst stil-

Tabell 7.

Generell vurdering av tilstanden ved etterundersøkelsen. Prosent, absolutte tall i parentes.

		Sosiopater	Andre psykopater	Sum
Bedret		17	35	28 (17)
Uendret		58	35	43 (26)
Forverret	Psykopati	21	11	15 (9)
	Suicid	0	6	3 (2)
	Psykose	4	14	10 (6)
	Sum	100 (24)	101 (36)	99 (60)

let med bedring i bare 17 % av tilfellene, flertallet av dem var uendret. Forverring av den psykopatiske tilstand, men uten utvikling av psykose, var hyppigst hos sosiopatene, mens forverring i form av psykoseutvikling var hyppigst hos de andre psykopater. Av de 6 tilfelle av psykose under observasjonsperioden var 3 oppfattet som schizofrenier (2 av disse pasienter var opprinnelig diagnostisert som schizoide psykopater) mens 3 var oppfattet som reaktive psykoser.

Sosial tilpasning ved etterundersøkelsen.

Ved den generelle vurdering av tilstanden ved etterundersøkelsen er det i stor utstrekning tatt hensyn til den sosiale tilpasning. Den følgende oversikt over den sosiale tilpasning ved etterundersøkelsen supplerer forsåvidt det som allerede har fremgått av den generelle vurdering i foregående avsnitt.

Desverre mangler fullstendige opplysninger i ganske mange tilfelle, slik at tallene tildels blir relativt små.

Med hensyn til *sosial klasse* skiller sosiopatene seg klart ut, i det det store flertall av disse ved etterundersøkelsen er registrert som hørende til det laveste sosiale skikt. De andre psykopater derimot, er i omtrent halvparten av tilfellene registrert som hørende til de midlere sosiale skikt.

Også når det gjelder *arbeidsevnen* ved etterundersøkelsen skiller sosiopatene seg ut som den dårligst stilte gruppe med bare et lite mindretall i stabilt arbeide. Også de andre psykopater viser i stor utstrekning sviktende arbeidsevne, men en tredjedel av disse er likevel i stabilt arbeide.

Med hensyn til *sivilstand* ved etterundersøkelsen er det forholdsvis små forskjeller mellom sosiopatene og de andre psykopater, selv om sosiopatene også når det gjelder forhold til ekteskap er noe dårligere stillet enn de andre.

Tabell 8.

Sosial tilpasning ved etterundersøkelsen. Prosent, absolutte tall i parentes.

		Sosio-pater	Andre psykopater	Sum
Sosialklasse	Over middels	0	4	3 (1)
	Middels	15	48	36 (13)
	Under middels	77	35	50 (18)
	Privatpleie	8	13	11 (4)
	Sum	100 (13)	100 (23)	100 (36)
Arbeidsevne	God	8	35	25 (9)
	Ustabil	23	26	25 (9)
	Lav	54	22	33 (12)
	Ikke i vanlig arbeid	15	17	17 (6)
	Sum	100 (13)	100 (23)	100 (36)
Sivilstand	Ugift	36	42	40 (16)
	Gift	14	23	20 (8)
	Tidligere gift	50	35	40 (16)
	Sum	100 (14)	100 (26)	100 (40)
Forhold til kriminalitet	Ikke straffet	54	92	62 (23)
	Straffet	46	8	16 (6)
	Sum	100 (13)	100 (24)	100 (39)

I omtrent halvparten av tilfellene er sosiopatene *straffet* i løpet av observasjonsperioden, mens nesten ingen av de andre psykopatene er straffet i denne tiden. Av de sosiopater som var straffet før den første innleggelsen i sykehuset har over halvparten residivert i løpet av observasjonsperioden.

Sammenfattende kan en altså si at sosiopatene ved etterundersøkelsen gjennomgående viste en dårligere sosial tilpasning enn de andre psykopater. Bildet av den sosiale tilpasning er omtrent det samme som ved den første sykehusinnleggelse, og viser at sosiopatene nå som før gjennomgående har svære sosiale tilpasningsvansker.

Sosial tilpasning før innleggelsen og prognose.

En har i det foregående vist at sosiopatene har en dårligere prognose enn de andre psykopater. Da vi vet at sosiopatene er karakterisert ved en dårlig sosial tilpasning før (og etter) inn-

leggelsen, er det nærliggende å tro at også andre psykopater med dårlig sosial tilpasning før innleggelsen har en dårlig prognose, og at de øvrige har en relativt god prognose. Tabell 9 viser den prognostiske betydning av *arbeidsevne* og *forhold til alkohol* før innleggelsen, samt den prognostiske betydning av en inndeling som både bygger på *diagnose* og *sosial tilpasning* før innleggelsen. Den sosiale tilpasning er da vurdert etter arbeidsevne og forhold til alkohol.

Tabell 9.

Sosial tilpasning før innleggelsen og generell vurdering av tilstanden ved etterundersøkelsen. Prosent, absolutte tall i parentes.

		Bedret	Uendret	Forverret	Sum
Arbeidsevne	Lav	14	59	27	100 (22)
	Forholdsvis god	37	34	29	100 (38)
	Sum	28 (17)	43 (26)	28 (17)	99 (60)
Forhold til alkohol	Betydelig misbruk	12	47	41	100 (17)
	Intet eller leilighetsvis misbruk	35	42	23	100 (43)
	Sum	28 (17)	43 (26)	28 (17)	99 (60)
Diagnose og sosial tilpasning	Sosiopater	17	58	25	100 (24)
	Andre — dårlig sosial tilpasning	23	46	31	100 (13)
	Andre — god sosial tilpasning	43	26	30	99 (23)
	Sum	28 (17)	43 (26)	28 (17)	99 (60)

Både dårlig arbeidsevne og betydelig alkoholmisbruk er forbundet med dårlig prognose.

Inndelingen etter diagnose og sosial tilpasning, der „dårlig sosial tilpasning“ betyr dårlig arbeidsevne og/eller betydelig alkoholmisbruk, og „god sosial tilpasning“ betyr forholdsvis god arbeidstilpasning og intet eller leilighetsvis alkoholmisbruk, gir følgende resultat: „Andre psykopater“ med dårlig sosial tilpasning har nesten like dårlig prognose som sosiopatene, mens „andre psykopater“ med god sosial tilpasning skiller seg ut som en

prognostisk forholdsvis gunstig stillet gruppe, med bedring i 43 % av tilfellene.

Den sosiale tilpasning før innleggelsen, vurdert etter arbeidstilpasning og forhold til alkohol, viser seg altså å være et viktig prognostisk holdepunkt. Om de sosialt dårlig tilpassede er blitt klassifisert som sosiopater eller ikke, synes å være av underordnet prognostisk betydning.

Samlet varighet av sykehusopphold og prognose.

Forholdet mellom den samlede varighet av sykehusopphold og tilstanden ved etterundersøkelsen framgår av følgende tabell:

Tabell 10.

Samlet varighet av sykehusopphold og generell vurdering av tilstanden ved etterundersøkelsen. Prosent, absolutte tall i parentes.

	Bedret	Uendret	Forverret	Sum
Mindre enn 12 måneder	36	41	23	100 (39)
Mer enn 12 måneder	14	48	38	100 (21)
Sum	28	43	28	99 (60)

Prognosen er dårligst for dem som har vært lengst i sykehus. Ved videre oppsplitting viser det seg at prognosen er aller best for dem som har vært mindre enn 1 måned i sykehus, idet 43 % av disse er bedret mens ingen er forverret.

Dette er neppe uttrykk for at sykehusoppholdet har hatt en uheldig virkning på pasientenes tilstand, og henger nok i første rekke sammen med at tilstanden hos pasientene med dårligst langtidsforløp har nødvendiggjort den lengste sykehusbehandling.

Ved oppsplitting etter diagnose viser det seg at det for sosiopatens vedkommende går like dårlig enten de har vært kort eller lang tid i sykehus. For de andre psykopater derimot er tendensen til bedring avgjort minst hos dem som har vært mer enn 12 måneder i sykehus. Dette skyldes for en stor del at det i denne gruppen er relativt mange som har utviklet schizofreni eller andre psykoser.

Vurdering av behandlingen.

Undersøkelsen gir ikke grunnlag for en vurdering av de enkelte behandlingsmetoders effekt, da gruppene er for små og fordi forskjellige typer psykopater til en viss grad har fått forskjellig behandling. Visse generelle refleksjoner over sykehusoppholdets

totale behandlingseffekt kan en imidlertid gjøre seg på grunnlag av de foreliggende data.

Det er teoretisk mulig at sosiopatene og de andre psykopater med dårlig sosial tilpasning før innleggelsen ville ha klart seg ennå dårligere hvis de ikke hadde vært innlagt i sykehuset. Likevel er det tydelig at sykehusbehandlingen ikke kan ha vært til særlig stor hjelp for disse psykopater, da det er bare ca. 20 % av dem som er registrert som bedret. Hos psykopater med god sosial tilpasning før innleggelsen, der 43 % er registrert som bedret, er mulighetene for at behandlingen har virket gunstig noe større, men dette er rent teoretisk.³⁾

At psykopater med dårlig sosial tilpasning synes å ha små muligheter for å bli hjulpet i sin sosiale tilpasning ved behandling av den type som de har fått i det aktuelle tilfelle, er av en viss interesse i relasjon til behandling av kriminelle psykopater. En rekke undersøkelser viser nemlig at kriminelle psykopater med markert svikt i den sosiale tilpasning (stort sett svarende til sosiopatene i den foreliggende undersøkelse) er lite påvirkelige av straff, i det de i meget stor utstrekning fortsetter sin kriminelle aktivitet til tross for fengselsopphold (bl. a. *Gibbens, Pond & Stafford-Clark* (1955 og 1959) og *Dalgard & Welhaven* (1965)). Ved en nylig avsluttet undersøkelse av lovovertredere som har vært underkastet judisiell observasjon, har *Dalgard* funnet at sosiopater og andre mentalt avvikende lovovertredere med dårlig sosial tilpasning før observasjonen har høy tilbakefallsprosent (67 %), mens de øvrige mentalt avvikende lovovertredere har lav tilbakefallsprosent (13 %). På grunnlag av disse negative erfaringer med hensyn til fengselsbehandling av kriminelle psykopater med markert svikt i den sosiale tilpasning er det rimelig at en som et positivt alternativ til fengselsstraff i disse tilfelle er tilbøyelig til å tenke seg behandling i psykiatrisk sykehus.

Selv om den foreliggende undersøkelse tar sitt utgangspunkt i psykopater mer generelt, hvorav bare en del er kriminelle, synes likevel de dårlige behandlingsresultater for psykopater med markert svikt i den sosiale tilpasning å gi lite grunnlag for optimisme med hensyn til den kriminalitetsforebyggende effekt av en tilsvarende behandling av kriminelle psykopater. Kriminelt residiv synes nemlig å være nær forbundet med fortsatt sviktende arbeidsevne og alkoholmisbruk (*Dalgard & Welhaven* (1965)),

³⁾ De pasienter som har vært innlagt til *judisiell observasjon* skulle strengt tatt vært holdt utenfor det tallmessige grunnlag for vurderingen av behandlingens effektivitet, da hensikten med disse innleggelse har vært behandling. Når disse pasienter holdes utenfor, skjer det imidlertid ingen endring med hensyn til hyppigheten av bedring hos psykopater med og uten dårlig sosial tilpasning.

og nettop på disse symptomer synes sykehusbehandlingen å ha vært lite effektiv.

At psykopater med svære sosiale tilpasningsvansker synes å være blitt lite hjulpet ved sykehusoppholdet henger muligens sammen med at sykehusets behandlingsopplegg stort sett er beregnet på hovedsakelig psykotiske pasienter, der den sosiale problematikk vanligvis er mindre fremtredende. Psykopatene har vært i et forsvinnende mindretall i forhold til de andre pasienter, spredd omkring på forskjellige avdelinger, og det har ikke vært gjort systematiske behandlingstiltak spesielt beregnet på dette klientell. Ikke minst har sykehusets muligheter for å drive et sosialt orientert ettervern vært sterkt begrenset i det aktuelle tidsrom.

Det er mulig at en organisering av spesielle psykopatavdelinger innen de psykiatriske sykehus, som blandt annet anbefalt av *Nordman* (1964), vil gi større muligheter for effektiv behandling av psykopatene. En annen og kanskje bedre løsning er opprettelsen av egne psykopatsykehus, der det legges særlig vekt på arbeidsvirksomhet, spesiell miljøterapi og et sosialt orientert ettervern. I alle fall synes det mindre tilfredsstillende å behandle psykopater med svære sosiale tilpasningsproblemer etter de samme retningslinjer som vanlige psykiatriske pasienter.

Sammendrag.

Et materiale omfattende 69 psykopater er beskrevet med hensyn til visse kliniske karakteristika, bakgrunn og sosial tilpasning før første innleggelse i Gaustad sykehus. Materialet er etterundersøkt med en observasjonstid på minst 5 år etter innleggelsen, og er beskrevet med hensyn til den senere utvikling. Sosiopatene skiller seg fra de andre psykopater ved større hyppighet av intelligensdeficit og organisk hjerneskade og de kommer oftere fra „broken homes“. Sosiopatene er dårligere sosialt tilpasset enn de andre både før og etter innleggelsen i sykehuset, og har gjennomgående en dårligere prognose. Også de andre psykopater med dårlig sosial tilpasning før innleggelsen har en dårlig prognose, mens de øvrige har en forholdsvis god prognose, Visse forhold vedrørende sykehusbehandlingen og dens effekt er diskutert.

Odd Steffen Dalgard. Kjell Noreik.

Litteratur.

- Astrup, C. & K. Noreik:* Functional psychoses, diagnostic and prognostic models. Thomas, Springfield 1966.
- Dalgard, O. S. & Welhaven, A.:* Unge lovovertredere og deres senere utvikling. Universitetsforlaget, Oslo 1965.
- Dalgard, O. S.:* Abnorme lovovertredere — diagnose og prognose. Under trykning. Universitetsforlaget, Oslo.
- Gerle, B.:* Personlighetsanalys og psykopatikliché. Bonnier, Stockholm 1955.
- Gibbens, T. C. N., Pond, D. A. & Stafford-Clark, D.:* A follow-up study of criminal psychopaths. *Br. J. of Delinq.* 1955, 6, 126.
- Gibbens, T. C. N., Pond, D. A. & Stafford-Clark, D.:* A follow-up study of criminal psychopaths. *J. of Ment. Science* 1959, 105, 108.
- Kinberg, O.:* On the concept of "psychopathy". *Theoria* 1946, 12, 169.
- Langfeldt, G.:* Lærebok i klinisk psykiatri. Aschehoug, Oslo 1954.
- McCord & McCord:* Psychopathy and Delinquency. Grune & Stratton, New York 1956.
- Nordman, L. O.:* Synspunkter på psykopatvård inom mentalsjukvårdens ram. *Social medisinsk Tidsskrift* 1964, 14/6, 256.
- Noyes & Kolb:* Modern clinical psychiatry. W. B. Saunders Company, Philadelphia 1963.
- Retterstøl, N.:* Karakterneurose. *T. Norske Lægeforening* 1964, 84, 1492.
- Vanggaard, Th.:* Om neurosebegrebet. *Nordisk Psykiat. Medl.bl.* 1958, 12, 109.