

**Mental Illness and Violence – The Interaction of Clinical and Social Factors in Forensic Psychiatric Practice.** Review

**Nana Zavrashvili<sup>1</sup>, Otar Toidze<sup>2</sup>**

The University of Georgia, School of Health Sciences, Public Health Department

<sup>1</sup>MD, PhD student; <sup>2</sup>Supervisor, MD, PhD, Professor

**Summary**

The relationship between mental disorder and violence still remains extremely important for both professionals and the general public. Do people with mental disorders have an increased risk of violence? Which additional factors influence aggressive behavior? Is it possible to reduce the risk of violent behavior? The study of these issues is crucial both in terms of public health and for the proper planning and development of mental health services. This paper reviews the international data devoted to the study of association between violence and mental illness and factors that increase the risk of violence in those with mental illness. Most researchers and professionals agree that a combination of various biological and psycho-social factors play a role in violence and aggression, although there are differing opinions regarding the importance of individual factors. According to the authors, research on mental illness and dangerousness has been traditionally typified by methodological problems that might explain the great variety of results obtained in different studies. However, general conclusions including the following: severe mental disorder alone is not a sufficient predictor of future violence; important role plays such factors as historical (past violence, physical abuse, juvenile detention, parental arrest), clinical (substance use, perceived threats), dispositional (age, sex, income) and contextual (recent unemployment, divorce, victimization). According to the authors, people with severe mental disorders are still more likely to engage in violent acts, largely because they are more likely to be affected by other accompanying factors related to violence. There is research evidence that substance use dramatically increases the risk of a violent incident. In patients with schizophrenia, a higher risk of violent behavior was associated with concurrent substance use. Similarly, it has been found that in bipolar disorder, the risk of violent crime is mainly related to the coexistence of substance misuse. Studies investigating the prevalence of violence behavior in psychiatric patients show that the data are quite variable depending on the type of treatment setting. The lowest prevalence was observed in outpatient facilities and the highest in acute ward and in invol-

ფსიქიკური აშლილობა და ძალადობა-კლინიკური და სოციალური ფაქტორების ურთიერთქმედება სასამართლო ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში. მიმოხილვა

**ნანა ზავრადაშვილი<sup>1</sup>, ოთარ თოიძე<sup>2</sup>**

საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანდაცვის მეცნიერებების სკოლა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი.

<sup>1</sup>დოქტორანტი; <sup>2</sup>ხელმძღვანელი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

**რეზიუმე**

ფსიქიკურ აშლილობასა და ძალადობას შორის კავშირი კვლავ აქტუალურ თემად რჩება როგორც პროფესიონალებს შორის ასევე ფართო საზოგადოებაში. აქვთ თუ არა ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანებს ძალადობის მომატებული რისკი? რომელი დამატებითი ფაქტორები ახდენს გავლენას აგრესიულ ქცევაზე? შესაძლებელია თუ არა ძალადობრივი ქცევის რისკის შემცირება? ამ საკითხების შესწავლა მნიშვნელოვანია, როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კუთხით, ასევე ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების სწორი დაგეგმვისა და განვითარებისთვის. მიმოხილვაში წარმოდგენილია საერთაშორისო კვლევების მონაცემები, რომლებიც ეთმობა ძალადობასა და ფსიქიკურ აშლილობას შორის კავშირის დადგენასა და იმ ფაქტორების შესწავლას, რომლებიც ზრდის ძალადობის რისკს ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანებში. მკვლევართა და პროფესიონალთა უმეტესობა თანხმდება, რომ ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა მხრიდან აგრესია განპირობებულია სხვადასხვა ბიოლოგიური თუ ფსიქო-სოციალურ ფაქტორთა ურთიერთქმედებით, თუმცა განსხვავებულია მოსაზრება ცალკეულ ფაქტორთა მნიშვნელობის შესახებ. ავტორთა აზრით, კვლევების განსხვავებული დიზაინი და საშიშროების კონცეპტუალიზაციის პრობლემები ქმნის მეთოდოლოგიურ სირთულეებს, რაც ნაწილობრივ ხსნის განსხვავებას არსებულ ლიტერატურაში. მიუხედავად ამ განსხვავებისა, შესაძლებელია ზოგადი დასკვნების გამოყოფა: მხოლოდ ფსიქიკური აშლილობა არ არის ძალადობის საკმარისი პრედიქტორი. ძალადობრივ ქცევასთან მნიშვნელოვან კავშირშია ისეთი ფაქტორები, როგორცაა ისტორიული (წარსული ძალადობა, ფიზიკური შეურაცხყოფა, არასრულწლოვან ასაკში დაკავება, მშობლების დაპატიმრება), კლინიკური (წამალმომხმარება, აღქმული საფრთხეები), დისპოზიციური (ასაკი, სქესი, შემოსავალი)

untarily settings. Psychotic symptoms (hallucinations, delusions, persecutory thoughts) increase the risk of both serious and minor crimes, while negative symptoms (social avoidance, anhedonia, lack of motivation and energy) reduce the risk of serious but not minor crimes. Untreated psychotic symptoms are a significant risk factor for violent behavior, especially those that frighten the patient and cause loss of control. Studies also show that people with severe mental disorders constitute a high-risk vulnerable group, because they can easily become victims of violence. Symptoms associated with severe mental disorders, such as impaired reality testing, disorganized thought process, impulsivity and poor planning and problem solving ability, can prevent a person from recognizing risks and protecting oneself.

Based on the literature data, it can be said that the dynamic interaction of social and contextual factors with clinical variables plays an important role as a determinants of violence. However, studies of the causal factors of violence have focused largely on patient diagnosis or clinical variables, with little attention to the potentially important other accompanying factors. When mental health services fail to meet the needs of persons with mental disorder, there is a risk that these people will commit a crime or fall victims of violence. Objective scientific studies on violence and mental illness will help to better understand the interests of both patients and society and develop appropriate strategies.

## Overview

There is a widespread public perception that people with mental disorders are dangerous and liable to violent crimes. This belief is further reinforced by the tendency of the media to sensationalize crimes committed by persons with mental illness. This society perception contributes to the stigma faced by people with mental disorders, which in turn contributes to non-disclosure of the mental illness and decreased treatment seeking [1]. Unfortunately, the scientific literature on the relationship between violence and mental disorder is heterogeneous and confusing, which contributes to the mythologizing of this issue and also leads to discrimination against these people. Most researchers and professionals agree that a combination of various biological and psycho-social factors plays a role in violence and aggression, although there are differing opinions regarding the importance of individual factors [2]. This paper reviews the international data devoted to the study of association between violence and mental illness and factors that increase the risk of violence in those with mental illness.

და კონტექსტუალური (ბოლოდროინდელი განქორწინება, უმუშევრობა, დევნა). ავტორთა აზრით, ადამიანები მძიმე ფსიქიკური აშლილობით მაინც უფრო ხშირად სჩადიან ძალადობრივ ქმედებებს, რადგან უფრო ხშირად განიცდიან ძალადობასთან დაკავშირებული სხვა თანმხლები ფაქტორების ზემოქმედებას. არსებობს კვლევითი მტკიცებულებები, რომ ნივთიერების ავად მოხმარება მკვეთრად ზრდის ძალადობის ინციდენტის რისკს. შიზოფრენიის მქონე პაციენტებში თანმხლები წამალდამოკიდებულებით ძალადობრივი ქცევის უფრო მაღალი რისკი გამოვლინდა. ანალოგიურად, აღმოჩნდა, რომ ბიპოლარული აშლილობის დროს, ძალადობრივი დანაშაულის რისკი ძირითადად უკავშირდება წამალდამოკიდებულების თანარსებობას. ფსიქიატრიულ პაციენტებში ძალადობის გავრცელების შესწავლამ აჩვენა, რომ მონაცემები საკმაოდ ცვალებადია სამკურნალო დაწესებულებების ტიპის მიხედვით. გავრცელების ყველაზე დაბალი დონე გამოვლინდა ამბულატორიულ დაწესებულებებში და ყველაზე მაღალი - მწვავე განყოფილებებში და იძულებით მოთავსებულ პაციენტებში. ფსიქოზური სიმპტომები (ჰალუცინაცია, ბოდვა, დევნის აზრები) ზრდის როგორც სერიოზული ასევე მცირე დანაშაულის რისკს, მაშინ როცა ნეგატიური სიმპტომები (სოციალური განრიდება, ანჰედონია, მოტივაციის და ენერჯის ნაკლებობა), ამცირებს სერიოზული, მაგრამ არა მცირე დანაშაულის რისკს. არანამკურნალები ფსიქოზური სიმპტომები წარმოადგენს ძალადობრივი ქცევის მნიშვნელოვან რისკ ფაქტორს, განსაკუთრებით ის სიმპტომები, რომელიც აფრთხობს პაციენტს და იწვევს კონტროლის დაკარგვას. კვლევები ასევე მიუთითებს, რომ მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირები ხშირად თვითონ ხდებიან ძალადობის მსხვერპლი. მძიმე ფსიქიკურ აშლილობასთან დაკავშირებულმა სიმპტომებმა, როგორცაა რეალობის აღქმის დარღვევა, აზროვნების პროცესის მოშლა, იმპულსურობა და დაგეგმვისა და პრობლემის გადაჭრის სისუსტე, შეიძლება ხელი შეუშალოს პიროვნებას ამოიცნოს რისკები და დაიცვას თავი, რის გამოც შესაძლოა ფიზიკური შეურაცხყოფისაგან დაუცველი აღმოჩნდეს. ლიტერატურის მონაცემებზე დაყრდნობით, შეიძლება ითქვას, რომ კლინიკური ცვლადების სოციალური და კონტექსტუალური ფაქტორების დინამიური ურთიერთქმედება, როგორც ძალადობის განმსაზღვრელი, მნიშვნელოვან როლს თამაშობს. თუმცა, ეს საკითხები არ

**Methodological issues**

Research on mental illness and dangerousness traditionally has been typified by methodological problems in the definition and measurement of violence behavior, both in people with mental health problems and in the control group. There are many ways to conceptualize the definition of violence, but to date there is no consensus on which one is the most appropriate. According to the World Health Organization (WHO), violence is “The intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation”[3]. Although this definition is expansive and all-encompassing, it defines violence in terms of its outcomes on health and well-being rather than its characteristics as a construct that is socially or culturally determined[4].

Studies show that the prevalence of violence varies significantly depending on the source [5]. Some studies rely on “self-report,” or participants’ recall of violence. These studies can reduce the rate of violence for a variety of reasons. Other studies use arrest rates [6, 7], which have also been criticized by various researchers. One argument is that the arrest of persons with mental disorders is disproportionate and often unrelated to the actual danger, leading to an overestimation of their potential criminal behavior [8]. Another methodological problem is that a large proportion of crimes committed both by patients with mental disorders and members of society have not been identified.

**Prevalence of violence among persons with mental illness**

Over the past three decades, the link between mental disorder and violence has been the subject of scientific research, and significant progress has been made in identifying risk factors of violence [9-14]. Some studies clearly support a direct link between mental disorder and violence [15-17]. Whereas, other studies emphasize the fact that alcohol and drug abuse contribute to increased risk of violence among people with mental disorders [10, 18, 19]. As a result, there is considerable disagreement among mental health professionals how to best interpret the relationship between violence behavior and mental illness [20, 21].

The MacArthur Violence Risk Assessment Study is one of the first to use three sources of information to address methodological problems. Researchers conduct several interviews with patients and patient-nominated collateral informant; in addition off-

იწვევს საკმარის ინტერესს და ძალადობის მიზეზების ძიებისას აქცენტი კვლავ პაციენტის დიაგნოზზე ან კლინიკურ ცვლადებზე კეთდება. როდესაც ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისები ვერ უზრუნველყოფს პაციენტთა საჭიროებების დაკმაყოფილებას, არსებობს რისკი, რომ ეს ადამიანები დანაშაულს ჩაიდინენ ან თვითონ აღმოჩნდებიან ძალადობის მსხვერპლი. ობიექტური მეცნიერული კვლევები ფსიქიკური აშლილობისა და ძალადობის შესახებ ხელს შეუწყობს როგორც პაციენტების ასევე საზოგადოების ინტერესების უკეთ გაცნობიერებას და შესაბამისი სტრატეგიის შემუშავებას.

**მიმოხილვა**

საზოგადოებაში ფართოდ არის გავრცელებული აზრი, რომ ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანები საშიშნი არიან და მიდრეკილნი განსაკუთრებით სასტიკი დანაშაულისკენ. ამ აზრს კიდევ უფრო განამტკიცებს მედია საშუალებებით ფსიქიკურად დაავადებულთა მიერ ჩადენილი დანაშაულის გაშუქების ტენდენცია. საზოგადოების ეს წინაგანწყობა აძლიერებს სტიგმას, რომელსაც აწყდებიან ფსიქიკური აშლილობის დიაგნოზის მქონე პირები, რაც თავის მხრივ, იწვევს ფსიქიკური დაავადების დაფარვას და მკურნალობის შესაძლებლობის შემცირებას [1]. ძალადობასა და ფსიქიკურ აშლილობას შორის კავშირის შესახებ ლიტერატურის მონაცემები არაერთგვაროვანი და წინააღმდეგობრივია, რაც ხელს უწყობს ამ თემის მითოლოგიზაციას და ასევე იწვევს ამ ადამიანთა დისკრიმინაციას. მკვლევართა და პროფესიონალებს უმეტესობა თანხმდება, რომ აგრესია ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირების მხრიდან განპირობებულია სხვადასხვა ბიოლოგიური თუ ფსიქო-სოციალურ ფაქტორთა ურთიერთქმედებით, თუმცა განსხვავებულია მოსაზრება ცალკეულ ფაქტორთა მნიშვნელობის შესახებ [2]. ქვემოთ მიმოვიხილავთ იმ საერთაშორისო კვლევებსა და მონაცემებს, რომლებიც ეთმობა ძალადობასა და ფსიქიკურ აშლილობას შორის კავშირის დადგენას და იმ ფაქტორების შესწავლას, რომლებიც ზრდის ძალადობის რისკს ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანებში.

**მეთოდოლოგიური პრობლემები**

ძალადობასა და ფსიქიკურ აშლილობას შორის კავშირზე არსებულ სამეცნიერო ლიტერატურაში პრობლემას წარმოადგენს ძალადობის განმარტებისა და გაზომვის მეთოდოლოგიური სირთულეები, როგორც ფსიქიკური პრობლემების

cial records (arrest and hospitalization) are reviewed. According to the study, 31% of patients with mental disorders and substance abuse ('double diagnosis') commit at least one violent act per year compared with 18% of patients with mental disorder alone [22].

Researchers at the University of Oxford studied Swedish data on hospital admissions and criminal convictions (every person in Sweden has a unique personal identification number that allowed them to study how many people with mental disorder have been convicted of a crime and compare it to general population controls). A group of researchers in two different studies found modest but statistically significant that persons diagnosed with schizophrenia and bipolar disorder were more prone to various manifestations of violence compared to the general population. This difference increases dramatically in individuals with a double diagnosis (concurrent substance abuse). Data from violent crimes in 1973-2006 were distributed as follows: 5.1% in the general population controls, 8.5% in people with schizophrenia (without substance misuse) and 27.6% in those diagnosed with schizophrenia and substance abuse. According to a second study, data from violent crimes in 1973-2004 were distributed thuswise: 3.4% in the selected control group, 4.9% in people with bipolar disorder, and 21.3% in people with bipolar disorder and substance abuse. According to the researchers, violence by people with mental disorders, as well as aggression in the general population, is influenced by many other accompanying factors, the interaction of which is complex [23, 24].

Meta-analysis that included data from 20 studies and 18,423 people, performed by Fazel and colleagues in 2009, studied scientific data from 1970 to 2009 on interpersonal violence and the risk of crime committed by people with schizophrenia and other psychoses compared to the general population. This meta-analysis show, that risk of violence was raised in individuals (of both genders) with psychosis and substance-abuse comorbidity (OR = 8.9) compared with general population controls. In all studies, the risk of violence in individuals with substance abuse (without psychosis) is similar to the risk in individuals with psychosis and substance abuse. Compared to the general population, the risk of homicide is increased in individuals with psychosis (chance ratio is 19.5), regardless of substance abuse status [25].

A study of the prevalence of violence behavior in psychiatric patients has shown that the data are quite variable depending on the type of treatment setting. The lowest prevalence was observed in outpatient facilities (2.3-13%) and the highest in acute ward (10-36%) and in involuntarily settings (20-44%) [26].

მქონე ადამიანებში ასევე საკონტროლო ჯგუფში. ძალადობის განმარტების კონცეპტუალიზაციის მრავალი გზა არსებობს, თუმცა დღემდე ერთიანი აზრი არ ჩამოყალიბებულა, რომელია ყველაზე შესაფერისი. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) განმარტებით ძალადობა არის „ფიზიკური ძალის ან ძალაუფლების განზრახ გამოყენება რეალური ან მუქარის სახით მიმართული საკუთარი თავის, სხვა პირის, პირთა ჯგუფის ან საზოგადოების წინააღმდეგ, რომლის შედეგს წარმოადგენს (ან დიდი ალბათობით შეიძლება იყოს) სხეულის დაზიანებები, სიკვდილი, ფსიქოლოგიური ტრავმა, განვითარების დარღვევა ან სხვადასხვა სახის ზარალი“ [3]. მართალია ეს განმარტება ფართო და ყოვლისმომცველია, მაგრამ განსაზღვრავს ძალადობას მხოლოდ ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობისთვის მიყენებული ზიანის მიხედვით და არ მოიცავს ისეთ მახასიათებლებს, რომლებიც კულტურითა და საზოგადოებითაა განპირობებული [4].

კვლევები აჩვენებს, რომ ძალადობის გავრცელება მნიშვნელოვნად განსხვავდება სხვადასხვა წყაროს გამოყენების მიხედვით [5]. ზოგიერთი კვლევა ეყრდნობა „თვითანგარიშს“, ან მონაწილეთა მოგონებებს ჩადენილი ძალადობის შესახებ. ამ კვლევებში შეიძლება მოხდეს ძალადობის მაჩვენებლების სხვადასხვა მიზეზით შემცირება. სხვა კვლევები იყენებს პატიმრობის მაჩვენებლებს [6, 7], რაც ასევე კრიტიკულად ფასდება სხვადასხვა მკვლევრის მიერ. ერთ-ერთი არგუმენტია, რომ ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა დაპატიმრება დისპროპორციულია და ხშირად არ არის დაკავშირებული რეალურ საშიშროებასთან, რაც იწვევს მათი პოტენციური დანაშაულებრივი ქცევის გადაჭარბებულ შეფასებას [8]. კიდევ ერთი მეთოდოლოგიური პრობლემაა, რომ საზოგადოებაში ჩადენილ დანაშაულთა დიდი ნაწილი, როგორც ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების ასევე საზოგადოების წევრების მხრიდან, არ არის გამოვლენილი.

**ძალადობის გავრცელება ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებში**

უკანსკნელი 30 წელია კავშირი ფსიქიკურ აშლილობასა და ძალადობას შორის მეცნიერული კვლევების საგანია და მნიშვნელოვანი პროგრესია მიღწეული ძალადობასთან დაკავშირებული რისკ ფაქტორების დადგენაში [9-14], თუმცა მონაცემები არაერთგვაროვანია. **ზოგიერთი კვლევა აშკარად მხარს უჭერს ფსიქიკურ აშლილობასა და ძალადობას შორის პირდაპირ კავშირს** [15-17]. მაშინ როცა, სხვა კვლევები

Studies that have examined the origins of aggression in inpatient treatment units reveal that most incidents have significant social/structural prerequisites such as ward atmosphere, clinical management deficiencies, overcrowding, ward restrictions, lack of activities, or poorly structured activity transitions [27-29].

In the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) was interviewed civilian population living in the United States in a 2-wave face-to-face survey to determine, whether and how severe mental disorders such as schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive episodes provoke violent behavior. A total of 43,653 subjects completed the first (2001-2003) and second (2004-2005) waves. In the first wave survey, severe mental disorder and risk factors were analyzed to predict the rate of violent behavior on the second wave of the study. Bivariate analyses showed that the incidence of violence was higher in individuals with severe mental disorders, but significantly higher only in those with comorbid substance use or dependence. The risk of violence was particularly high in individuals with a double diagnosis with past violence experience, about 10 times higher than in individuals with severe mental disorders alone. According to the data, in the group of persons with past experience of violence, there are more individuals with mental disorders (33%) than those without mental disorders (14%). Multivariate analysis has shown that severe mental disorder alone is not a sufficient predictor of future violence. Important role plays such factors as historical (past violence, physical abuse, juvenile detention, parental arrest), clinical (substance abuse, perceived threats), dispositional (age, sex, income) and contextual (recent divorce, unemployment, victimization). Most of these factors were endorsed more often by subjects with severe mental illness. In conclusion, the author points out that people with severe mental disorders are still more likely to engage in violent acts, largely because of other contributory factors associated with violence [27].

Psychiatric diagnoses related to violence are wide-ranging and may include psychotic disorders, affective disorders, substance abuse, personality disorders (cluster B), delirium, dementia, dissociative and post-traumatic stress disorder, and more. Stedman states in his study that the one-year rate of incidents of hospitalization among patients discharged from hospital is 18% for those with major mental disorders and without substance abuse, 31% for persons with comorbid substance misuse and 43% for persons with personality disorder and substance misuse diagnosis. The rate of violence was about the same for those with mental disorders who did not use psychoactive

ხაზს უსვამს არა ფსიქიატრიული დაავადების არსებობას თავისთავად, არამედ ალკოჰოლისა და წამლის ავადმობმარების თანარსებობას [10, 18, 19], როგორც ძალადობის ხელშემწყობი ფაქტორისა. ამის შედეგად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მნიშვნელოვანი უთანხმოებაა ფსიქიკურ დაავადებასა და ძალადობას შორის კავშირის ინტერპრეტაციის შესახებ [20, 21].

მაკარტურის ძალადობის რისკის შეფასების კვლევა იყო ერთერთი პირველი, რომელშიც ძალადობის მაჩვენებლის რისკის შეფასებისთვის მეთოდოლოგიური ხარვეზების აღმოფხვრისათვის გამოყენებული იყო ინფორმაციის მოპოვების სამი წყარო. მკვლევრები პაციენტებთან რამდენიმე ინტერვიუს ატარებდნენ, რომ შეეფასებინათ ძალადობის მიმდინარე „თვითანგარიში.“ მონაწილეთა მოგონებების გადამოწმება ხდებოდა ოჯახის წევრებთან, შემთხვევის მენეჯერებთან ან პაციენტთან დაახლოებულ პირებთან. და ბოლოს, მკვლევრები ასევე აფასებდნენ ჰოსპიტალიზაციისა და დაპატიმრების მაჩვენებლებს. კვლევის მონაცემებით, პაციენტთა 31% ფსიქიკური აშლილობით და ნივთიერებადამოკიდებულებით („ორმაგი დიაგნოზი“) სჩადიოდა სულ ცოტა ერთ ძალადობრივ ქმედებას წელიწადში იმ პაციენტთა 18%-თან შედარებით, ვისაც მხოლოდ ფსიქიკური აშლილობა ჰქონდა [22].

ოქსფორდის უნივერსიტეტის მკვლევრების მიერ გაანალიზებული იყო შვედეთის მონაცემები ჰოსპიტალიზაციისა და სასამართლო განაჩენის შესახებ (შვედეთში ყველა პირს აქვს უნიკალური პირადი საიდენტიფიკაციო ნომერი, რომელიც იძლეოდა იმის საშუალებას, რომ შეედარებინათ ფსიქიკური აშლილობით რამდენი ადამიანი იყო გასამართლებული დანაშაულისთვის და შეედარებინათ შერჩეულ საკონტროლო ჯგუფთან). მკვლევრების ჯგუფმა ორ სხვადასხვა კვლევაში აჩვენა, რომ უმნიშვნელოდ, მაგრამ სტატისტიკურად სარწმუნოდ, პირები შიზოფრენიის და ბიპოლარული აშლილობის დიაგნოზით ზოგად პოპულაციასთან შედარებით უფრო მიდრეკილები არიან ძალადობის სხვადასხვა გამოვლენისაკენ. ეს განსხვავება მკვეთრად იზრდება ორმაგი დიაგნოზის (თანმხლები ნივთიერებადამოკიდებულება) პირებში. მონაცემები 1973-2006 წლებში ძალადობრივი დანაშაულის გამო სულ მცირე ერთი განაჩენისა შემდეგნაირად გადანაწილდა: 5.1% ზოგადი პოპულაციის შერჩეულ ჯგუფში, 8.5% - შიზოფრენიის მქონე პირებში (ნივთიერებადამოკიდებულების

substances as for those who did not have mental disorders and did not use psychoactive substances [10]. In recent meta-analyses, the authors studied whether people with schizophrenia have an increased risk of violence and, if so, which clinical, biological, trait or contextual factors related to violence in this sub-population [30]. An analysis of 204 studies showed that psychoses are associated with a 49-68% increased risk of violent behavior. This meta-analysis also found wide variation in violence assessment related to the nature of the study population, research design (control group character, research time interval), and definition of violence and psychosis (presence of individual symptoms or complete diagnosis).

As is commonly known, the prevalence of schizophrenia is about 1% of the population [31]. A national clinical survey of 1,594 people convicted of homicide found that 5% were diagnosed with schizophrenia [32]. In an epidemiological study, Swanson and colleagues found that the 1-year prevalence of violent behavior in schizophrenia was 8.4%, compared with only 2.1% in those without mental illness [15]. The study, which analyzed forensic and psychiatric data, found an increased risk of violence in people with schizophrenia, although it was emphasized that most crimes involving people with schizophrenia contributed to substance abuse [33].

According to Volavka [34], the risk of violence is greater in bipolar disorder than in schizophrenia. Most of the violence in bipolar disorder occurs during the manic phase. The risk of violence in schizophrenia and bipolar disorder is increased by comorbid substance use disorder. Aggressive behavior was reported in 12.2% of people with diagnosis of bipolar disorder, 8.2% with alcohol abuse, 10.9% with drug abuse, and 1.9% with no mental illness. Psychotic symptoms (hallucinations, delusions, persecutory thoughts) increase the risk of both serious and minor crimes, while negative symptoms (social avoidance, anhedonia, lack of motivation and energy) reduce the risk of serious but not minor crimes. In patients with negative symptoms and minor psychotic symptoms, the violence rate was zero for 6 months period [35].

It should be noted that in addition to the intensity of psychotic symptoms, the content of symptoms is also important. For example, the delusion of persecution, conspiracy or jealousy, as well as the belief that familiar persons are replaced by strangers (Capgras syndrome), are more often associated with violence, especially when it is accompanied by hostility, agitation, distrust or arousal [36].

Approximately 20% of violent patients with psychosis are affected by hallucinations and delirium [37]. The impact of imperative hallucinations increases when

გარეშე) და 27.6%-პირებში შიზოფრენიისა და ნივთიერებადამოკიდებულების დიაგნოზით. მეორე კვლევის მიხედვით, 1973-2004 წლებში მონაცემები ძალადობრივი დანაშაულის გამო სულ მცირე ერთი განაჩენისა შემდეგნაირად გადანაწილდა: 3.4% შერჩეულ საკონტროლო ჯგუფში, 4.9%-ბიპოლარული აშლილობის მქონე პირებში და 21.3% ბიპოლარული აშლილობის და ნივთიერებადამოკიდებულების მქონე პირებში. ეს განსხვავება კიდევ უფრო მცირდებოდა, როცა მკვლევრები ადარებდნენ პირებს შიზოფრენიითა და ბიპოლარული აშლილობით მათ ჯანმრთელ და-ძმას. მკვლევრების აზრით, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა მხრიდან ძალადობა, ისევე როგორც აგრესია ზოგად პოპულაციაში, მომდინარეობს მრავალი თანმხლები ფაქტორის ზეგავლენით, რომელთა ურთიერთქმედება კომპლექსურია. ამ სურათში მჭიდროდაა გადაჯაჭვული ნივთიერებადამოკიდებულება, რომელიც ზოგჯერ ფარავს სხვა, ნაკლებად თვალშისაცემ ფაქტორებს [23, 24].

2009 წლის მეტანალიზურ კვლევაში ფაზელმა შეისწავლა 1970 წლიდან 2009 წლამდე სამეცნიერო მონაცემები შიზოფრენიის და სხვა ფსიქოზის მქონე პირთა მიერ ჩადენილი ინტერპერსონალური ძალადობისა და დანაშაულის რისკის შესახებ ზოგად პოპულაციასთან შედარებით. 20 კვლევის 18,423 შიზოფრენიის და სხვა ფსიქოზის მქონე პირის მონაცემი დამუშავდა. ფსიქოზის მქონე და ფსიქოზის არმქონე კაცების შედარებისას შანსების კოეფიციენტი (OR) მერყეობდა 1-დან 7-მდე, ქალებში 4-დან 29-მდე. ყველა კვლევაში ძალადობის რისკი პირებში ნივთიერებადამოკიდებულებით (ფსიქოზის გარეშე) მსგავსია რისკისა პირებში ფსიქოზით და წამალდამოკიდებულებით და უფრო მაღალია ვიდრე ფსიქოზის მქონე პირებში (მიუხედავად კომორბიდულობისა). ზოგად მოსახლეობასთან შედარებით მკვლელობის რისკი გაზრდილია ფსიქოზით დაავადებულ პირებში (თანმხლები ნივთიერება დამოკიდებულებით ან მის გარეშე) -შანსების კოეფიციენტი 19.5 [25].

ფსიქიატრიულ პაციენტებში ძალადობის გავრცელების შესწავლამ აჩვენა, რომ მონაცემები საკმაოდ ცვალებადია სამკურნალო დაწესებულებების ტიპის მიხედვით. გავრცელების ყველაზე დაბალი დონე გამოვლინდა ამბულატორიულ დაწესებულებებში (2.3-13%), და ყველაზე მაღალი - მწვავე განყოფილებებში (10-36%) და არანებაყოფლობით მოთავსებულ პაციენტებში (20-44%) [26]. კვლევები, რომლებიც სწავლობდნენ აგრესიის წარმომავლობას

the “voice” is familiar and accompanied by delirium [38]. Patients with persecution thoughts may attack first for self-defense. Mentally ill individuals with the persecution beliefs are twice as likely to be aggressive than patients without paranoid delusions [7]. Link and authors suggest that differences in comorbid studies may reflect the non-psychotic state of patients with psychosis at the time of assessment [39]. The authors also think that specific types of paranoid delusions are more likely to cause violence. For example, the belief that someone is going to do harm and outside forces is trying to control their mind. The authors show that an increase in the intensity and number of these types of delusions is associated with an increased risk of violence [40]. However, other studies suggest that this factor is less important if medication and treatment adherence are managed [41].

**Violence and personality disorder**

Numerous studies have shown that personality disorder increases the risk of violence and that adults with conduct disorders have a higher risk of developing schizophrenia. For example, a 10-year long-term Danish study (780 participants aged 15-19) found that violent adolescents were 4.59 times more likely to develop schizophrenia than non-violent adolescents (3.3% versus 0.7%)[42]. These data suggest that in many patients diagnosed with schizophrenia, the violence behavior is related to antisocial tendencies rather than psychosis. Based on data linking violence in schizophrenia to psychotic symptoms and anger on the one hand, and antisocial personality traits on the other, Hodgins [43] identified three subtypes of criminal offenders with diagnosis of schizophrenia. The first type is criminal offenders with early onset. They show a pattern of antisocial behavior which emerges in childhood or early adolescence, and remains stable across the life span. About 40% of offenders with schizophrenia belong to this subtype. The second type includes patients whose aggression began once the illness develops. This subtype may be related to substance use and they are more likely to commit murder (23.9%) than first type (10.4%). The third last type includes older men (30 years and older) without a history of past violence or conduct disorders who are more likely to commit serious violence often towards caregivers. There are far fewer studies on this type than on the previous two types. In a review of the link between violence and personality disorder, the authors note that cluster A and cluster B, such as paranoid, narcissistic, and antisocial personality disorder, are significantly correlated with violence. In addition, there are three important principles in the relationship between violence and

ფსიქიატრიულ განყოფილებებში, აჩვენებს, რომ ინციდენტების უმრავლესობას აქვს მნიშვნელოვანი სოციალურ/სტრუქტურული წინაპირობები, როგორცაა განყოფილების ატმოსფერო, კლინიკური მართვის ხარვეზები, გადატვირთულობა, განყოფილებებში შეზღუდვები, აქტიურობების ნაკლებობა ან ცუდი სტრუქტურირება[27-29]. ნაციონალურ ეპიდემიოლოგიურ კვლევებში ალკოჰოლი და მასთან დაკავშირებული მდგომარეობები (NESARC),ორ ტალღად გამოკითხული იყო ამერიკის მოსახლეობის წარმომადგენლები, რომ დაედგინათ, მძიმე ფსიქიკური აშლილობები(შიზოფრენია, ბიპოლარული აშლილობა და დიდი დეპრესიული ეპიზოდი),რამდენად და როგორ იწვევს ძალადობრივ ქცევას. სულ 43,653 სუბიექტმა დაასრულა პირველი (2001-2003) და მეორე (2004-2005)ტალღა. პირველი ტალღის გამოკითხვისას მძიმე ფსიქიკური აშლილობა და რისკ ფაქტორები გაანალიზდა კვლევის მეორე ტალღაზე ძალადობრივი ქცევის მაჩვენებლის პროგნოზირებისთვის. ორგანზომილებიანმა ანალიზმა აჩვენა, რომ ძალადობის სიხშირე უფრო მაღალი იყო პირებში მძიმე ფსიქიკური აშლილობით, მაგრამ მნიშვნელოვნად მაღალი მხოლოდ თანმხლები წამალმომხმარების/დამოკიდებულების მქონე პირებში. განსაკუთრებით მაღალი იყო ძალადობის რისკი ორმაგი დიაგნოზის მქონე პირებში წარსული ძალადობის გამოცდილებით, დაახლოებით 10-ჯერ უფრო მაღალი მხოლოდ მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებთან შედარებით. მონაცემების მიხედვით, ძალადობის გამოცდილების მქონე პირთა ჯგუფში ფსიქიკური აშლილობის მქონე სუბიექტები მეტია (33%), დაავადების არმქონე პირებთან შედარებით. მრავალგანზომილებიანმა ანალიზმა აჩვენა, რომ მხოლოდ ფსიქიკური აშლილობა არ არის მომავალში ძალადობის საკმარისი პრედიქტორი. მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ისეთი ფაქტორები,როგორცაა ისტორიული (წარსული ძალადობა, ფიზიკური შეურაცხყოფა, არასრულწლოვანთა დაკავება, მშობლების დაპატიმრება), კლინიკური (წამალმომხმარება, აღქმული საფრთხეები), დისპოზიციური (ასაკი, სქესი, შემოსავალი) და კონტექსტუალური (ბოლოდროინდელი განქორწინება, უმუშევრობა, დევნა). ამ ფაქტორთა უმეტესობა დასტურდებოდა მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებში. დასკვნის სახით, ავტორი მიუთითებს, რომ ადამიანები მძიმე ფსიქიკური აშლილობით მაინც უფრო ხშირად სჩადიან ძალადობრივ ქმედებებს,

personality disorder: 1) Personality disorders are rarely egosyntonic; 2) Most patients and violent situations that come to clinical attention involve comorbid conditions; And 3) violence and the risk of violence are often associated with substance abuse [44].

**Violence and substance abuse**

There is research evidence that substance use dramatically increases the risk of a violent incident. Patients with alcohol or drug misuse have more arrests in their lifetime than patients with schizophrenia, personality disorder, or affective disorder [45]. Stedman and colleagues found that patients were 73% more aggressive than those with or without mental illness in the case of mental disorder and comorbidity of substance use. In addition, patients with a primary diagnosis of substance abuse and personality disorder are 240% more likely to engage in violent behavior than patients without concurrent substance use[10]. In a study of psychiatric inpatients, the authors found that for persons with substance dependence it was much more common to attack more than one victim and use a weapon [46]. Substance abuse also plays an important role in domestic violence. Rudolph and the authors note that the strongest predictor of trauma to a victim of domestic violence is the history of the offender’s alcoholism. In addition, up to 45% of women victims of domestic violence consumed alcohol and 50% were drug users. Also, the most predictive factor in violence against the elderly was alcoholism of the caregiver [47]. Research data on the link between substance abuse and mental disorder in forensic psychiatric practice confirm that comorbid substance use in mental disorder should be considered as a serious risk factor for violence and recidivism. Improving the treatment of drug misuse for forensic psychiatric patients is seen as an important means of reducing and managing the risk of violence and relapse [48]. A number of longitudinal studies have examined the association between concrete drug abuse disorder and criminal or violent behavior and found a general association between drug use, crime and violence [49-51]. More than half of people diagnosed with schizophrenia and bipolar disorder have been diagnosed with alcohol and substance dependence [52].

**Predictors of violent behavior**

The relation between mental disorder and violence seems to be more complex than previously thought. The view that mental disorder is a causal factor has changed since researchers re-analyzed the results of the National Epidemiological Survey of Alcohol and Related Conditions (NESARC) and found that violence and mental disorder are related primarily

უმეტესწილად იმის გამო, რომ აღენიშნებათ ძალადობასთან დაკავშირებული სხვა თანმხლები ფაქტორები[27]. ძალადობასთან დაკავშირებული ფსიქიატრიული დიაგნოზები ფართო დიაპაზონისაა და შეიძლება მოიცავდეს ფსიქოზურ დარღვევებს, აფექტურ აშლილობებს, ნივთიერება დამოკიდებულებას, პერსონოლოგიურ აშლილობებს (კლასტერიB), დელირიუმს, დემენციას, დისოციაციურ და პოსტრავმულსტრესულ აშლილობას და სხვა. სტედმანი თავის კვლევაში აღნიშნავს, რომ საავადმყოფოდან გაწერილ პაციენტებს შორის ძალადობის ინციდენტენტების ერთი წლის მაჩვენებელი ძირითადი ფსიქიკური აშლილობებისთვის, წამალდამოკიდებულების გარეშე, 18%-ია, ხოლო წამალდამოკიდებულების თანხლებით 31% და 43% პერსონოლოგიური პიროვნული აშლილობის მქონე პირთათვის თანმხლები ნივთიერების ავადმომხმარებით. ძალადობის მაჩვენებელი ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთათვის, ვინც არ მოიხმარდა ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებს დაახლოებით იგივე იყო რაც მათთვის, ვისაც ფსიქიკური აშლილობა არ ქონდა და არ მოიხმარდა ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებს[10]. ერთ-ერთ ბოლო მეტაანალიზურ კვლევაში ავტორები სწავლობდნენ აქვთ თუ არა შიზოფრენიით დაავადებულ პირებს ძალადობის გაზრდილი რისკი და თუ ასეა, რომელი კლინიკური, ბიოლოგიური, ხასიათობრივი თუ კონტექსტუალური ფაქტორია მნიშვნელოვანი ამ სუბ-პოპულაციაში[30]. 204 კვლევის მეტაანალიზმა აჩვენა, რომ ფსიქოზები ასოცირებულია ძალადობრივი ქცევის 49-68%-ით გაზრდილ შანსებთან. ამ მეტაანალიზმა ასევე აღმოაჩინა ძალადობის შეფასების ფართო ვარიაციები, დაკავშირებული საკვლევი პოპულაციის ბუნებასთან, კვლევის დიზაინთან (საკონტროლო ჯგუფის ხასიათი, კვლევის დროის ინტერვალი) და ძალადობისა და ფსიქოზების დეფინიციასთან (ცალკეული სიმპტომების არსებობა თუ სრული დიაგნოზი). როგორც ცნობილია, შიზოფრენიის პრევალენტურობა მოსახლეობის დაახლოებით 1%-ს შეადგენს [31]. 2006 წელს 1,594 მკვლევარობაში ბრალდებულის კვლევაში გამოავლინა, რომ 5%-ს შიზოფრენიის დიაგნოზი ჰქონდა[32]. ეპიდემიოლოგიურ კვლევაში სვენსონმა და კოლეგებმა დაადგინეს, რომ ძალადობრივი ქცევის 1 წლის პრევალენტურობა შიზოფრენიის დროს 8.4%-ია, მაშინ როცა ფსიქიკური დაავადების არ მქონე პირებში მხოლოდ 2.1%-ია [15]. კვლევაში, სადაც გაანალიზებული იყო



through the accumulation of different risk factors [27]. In this study, like the MacArthur Risk Assessment Study [9], risk factors were divided into 4 domains: dispositional, historical, clinical, and contextual. Dispositional data included age, education, gender, personal annual income, and nationality. Regarding the historical factor, the respondents were asked whether they had ever engaged in (1) serious/severe violence; and (2) substance-related violence. Additional historical questions included whether before the age of 18 years, the subject had witnessed his or her parents physically fighting, was physically abused by their parents, had a history of incarceration in a juvenile detention setting, or had parents who had spent time in jail. Clinical data apart from diagnosis focused on perceived threats in which respondents were asked "Do you detect hidden threats or insults in what people say or do?" Regarding contextual factors, subjects were asked whether in the past year (1) they or a family member had been criminally victimized; (2) any family or friend had died; (3) they were fired from a job; or (4) they were divorced or separated. According to survey data predictors of any violence included younger age, male sex, lower income, history of violence, having witnessed parental fighting, juvenile detention, history of physical abuse by parent, comorbid mental health and substance disorders, perception of hidden threats, victimization in the past year, being divorced or separated in the past year, and being unemployed in the past year. The survey results demonstrate the significant impact of these additional factors on a person's risk of violent behavior and highlight the need for clinicians to discuss historical and current life situations in addition to diagnosis the person [27].

According to one review of the link between mental disorder and violence, most studies have focused on identifying static and dynamic risk factors for violence. Static risk factors include patient characteristics that cannot be altered by clinical intervention, such as demographic data, diagnosis, personality lines, and past history. Although these risk factors are related to the outcome, they are not a direct cause [53]. The risk of future violence increases linearly with the number of acts of past violence [7]. Individuals who have been aggressive in the past because of delusional thoughts are more likely to be aggressive in the future [41]. The past history of impulsivity is also related to future violence. Research data from Asnis and the authors show that 91% of patients who have committed murder also commit suicide during their lifetime [54].

Dynamic risk factors include variables that could potentially be improved by clinical intervention.

სასამართლო და ფსიქიატრიული მონაცემები, შიზოფრენიის მქონე პირებში ძალადობის მომატებული რისკი გამოვლინდა, თუმცა ხაზგასმულია, რომ დანაშაულთა უმეტესობაში, რომლითაც გასამართლდნენ შიზოფრენიით დაავადებული პირები, ნივთიერების ავადმობარებას შეჰქონდა წვლილი [33]. მანია შეიძლება უფრო თანმიმდევრულად მონაწილეობს ძალადობრივ ქმედებაში ვიდრე დეპრესია [34]. ამ კვლევის მონაცემებით, ძალადობის რისკი უფრო მაღალია ბიპოლარული აშლილობის დროს ვიდრე შიზოფრენიის დროს. ბიპოლარული აშლილობის დროს ძალადობის უმეტესობა ვლინდება მანიაკალურ ფაზაში. აგრესიული ქცევა დაფიქსირდა ბიპოლარული აშლილობის მქონე პირთა 12.2%-ში, ალკოჰოლდამოკიდებულთა 8.2%-ში, წამლდამოკიდებულთა 10.9%-ში და ფსიქიკური დაავადების არმქონე პირების 1.9%-ში. ფსიქოზური სიმპტომები (ჰალუცინაცია, ბოდვა, დევნის აზრები) ზრდის როგორც სერიოზული ასევე მცირე დანაშაულის რისკს, მაშინ როცა ნეგატიური სიმპტომები (სოციალური განრიდება, ანჰედონია, მოტივაციის და ენერჯის ნაკლებობა), ამცირებს სერიოზული მაგრამ არა მცირე დანაშაულის რისკს. პაციენტებში გამოხატული ნეგატიური სიმპტომებით და მცირე ფსიქოზური სიმპტომებით, 6 თვიან პერიოდში ძალადობის მაჩვენებელი ნულს უტოლდებოდა [35].

უნდა აღინიშნოს, რომ გარდა ფსიქოზური სიმპტომების რაოდენობისა, სიმპტომების შინაარსი ასევე მნიშვნელოვანია. მაგალითად, დევნის ან ჯაშუშობის ბოდვა, შეთქმულების ან ეჭვიანობის აზრები, ისევე როგორც რწმენა, რომ ნაცნობი ადამიანები უცხო ადამიანებით არიან ჩანაცვლებული (კაპრას სინდრომი), უფრო ხშირად უკავშირდება ძალადობას და განსაკუთრებით მაშინ, როცა ამ ბოდვას თან ახლავს მტრული განწყობა, აჟიტაცია, უნდობლობა ან აგზნება [36].

მომალადე ფსიქოზური პაციენტების დაახლოებით 20% მოქმედებს ჰალუცინაციებისა და ბოდვის ზემოქმედებით [37]. იმპერატიული ჰალუცინაციების გავლენა იზრდება, როცა „ხმა“ ნაცნობია და თან ახლავს ბოდვა [38]. პაციენტები დევნის ბოდვით შეიძლება თვითონ დაესხან თავს პირველები თავდაცვის მიზნით. ფსიქიკურად დაავადებული პირები მუქარის, დევნის ბოდვით ორჯერ უფრო მიდრეკილნი არიან აგრესიისკენ ვიდრე პაციენტები პარანოიდული ბოდვის გარეშე [7]. ლინკი და კოლეგები უშვებენ, რომ განსხვავება კომორბიდულ კვლევებში შეიძლება ასახავს შეფასების მომენტში ფსიქოზური

These variables are closely related or sometimes the same clinical symptoms that lead to hospitalization of the patient in the acute department [53]. The most frequently cited dynamic risk factors are: substance abuse, other dynamic risk factors: persecution, imperative hallucinations, non-adherence to treatment, impulsivity, low level of Global Assessment of Functioning (GAF), Homicide tendency, depression, hopelessness, suicidal tendencies, access to weapons [7]. Untreated psychotic symptoms are a significant risk factor for violent behavior, especially those that frighten the patient and cause loss of control [54]. Studies show that up to 80% of patients do not follow the recommended treatment at some point in their lives. Non-compliance with the treatment may be related to violence and may also be managed through psych education, cognitive-behavioral and supportive therapy, intensive case management as well as focusing on the therapeutic alliance. Poor living conditions and scarce social support are risk factors for violence, but can be corrected if the patient is under supervision, undergoes family therapy, and is involved in positive community activities [55].

**Evidence for available treatment options**

It is now well established that adequate treatment, including the management of comorbid substance-abuse, is associated with a better outcome for individuals with severe mental disorders. This improvement reduces the risk of violence even to the level of risk in the general population. However, there is little evidence that any available antipsychotic medication also has specific “antiaggressive” effect, although clozapine may be preferred over other drugs [56]. Antiepileptic drugs have been shown to be helpful in reducing aggression in people with intellectual disabilities and seizure disorder. But their effectiveness in severe mental disorders is unproven [57]. According to the same authors, the best strategy may be to reduce psychopathological symptoms and functional deficits.

**Violent victimization of the mentally ill**

People with severe mental disorders constitute a high-risk vulnerable group because they can easily become victims of violence. Symptoms associated with severe mental disorders, such as impaired reality testing, disorganized thought process, impulsivity and poor planning and problem solving ability, can prevent a person from recognizing risks and protecting oneself [58]. Past trauma and experiences of violence have been found to be significantly related to the severity of patients’ symptoms and illness course [59]. However, this issue is attracted much less atten-

პაციენტების არაფსიქოზურ მდგომარეობას [39]. ავტორები ასევე ფიქრობენ, რომ პარანოიდული ბოდვის სპეციფიკური ტიპები უფრო მეტად იწვევს ძალადობას. მაგალითად, რწმენა, რომ ვიღაცა აპირებს ზიანის მოყენებას და გარეშე ძალები ცდილობენ მათი გონების კონტროლს. ავტორებმა აჩვენეს, რომ ამ სახის ბოდვების ინტენსივობის და რაოდენობის ზრდა კავშირშია ძალადობის მომატებულ რისკთან [40]. თუმცა სხვა კვლევებში ნათქვამია, რომ ეს ფაქტორი ნაკლებად მნიშვნელოვანია თუ წამლდამოკიდებულება და მკურნალობის რეჟიმის დაცვა მართულია [41].

**ძალადობა და პერსონოლოგიური აშლილობა**

მრავალ კვლევაში დასტურდება, რომ პერსონოლოგიური აშლილობა ზრდის ძალადობის რისკს და მოზარდებს ქცევითი დარღვევებით შიზოფრენიის განვითარების მაღალი რისკი აქვთ. მაგალითად, 10 წლიანმა დანიურმა გახანგრძლივებულმა კვლევამ (15-19 წლის 780 მონაწილე) აჩვენა, რომ დამნაშავე მოზარდებში ძალადობრივი ქცევით 4.59-ჯერ უფრო მეტია შიზოფრენიის განვითარების რისკი 10 წლიან პერიოდში, ვიდრე არა მოძალადე მოზარდ დამნაშავეებში (შეფარდება 3.3% -0.7%-ის წინააღმდეგ)[42]. ეს მონაცემები მიუთითებს, რომ ბევრ პაციენტში შიზოფრენიის დიაგნოზით, ძალადობა განპირობებულია ანტისოციალური ტენდენციებით ვიდრე ფსიქოზით. მონაცემებზე დაყრდნობით, რომელიც შიზოფრენიის დროს ძალადობას ერთი მხრივ უკავშირებს ფსიქოზურ სიმპტომებსა და ბრაზს და მეორე მხრივ ანტისოციალურ პერსონოლოგიურ თვისებებს, ჰოდგინსმა [43] გამოყო შიზოფრენიის დროს ძალადობრივ დამნაშავეთა სამი ქვეტიპი. I ტიპს წარმოადგენს დამნაშავეები ადრეული დასაწყისით. მათ ახასიათებთ ქცევის დარღვევა და ძალადობრივი ქცევა ბავშვობასა და მოზარდობაში. შიზოფრენიით დაავადებულ დამნაშავეთა დაახლოებით 40% ამ ქვეტიპს ეკუთვნის. მეორე ტიპს მიეკუთვნებიან პაციენტები, რომელთა აგრესიულობა დაიწყო ფსიქოზური შეტევის შემდეგ. ეს ქვეტიპი შეიძლება დაკავშირებული იყოს ნივთიერების მოხმარებასთან და მათი მხრიდან უფრო მეტად სავარაუდოა მკვლელობის ჩადენა (23.9%), ვიდრე I ტიპის დროს (10.4%). მესამე, ბოლო ტიპს მიეკუთვნებიან უფროსი ასაკის (30 წელი და მეტი) მამაკაცები, წარსულში ძალადობის ან ქცევის დარღვევის ისტორიის გარეშე, რომლებიც უფრო ხშირად კლავენ მზრუნველებს. ამ ტიპზე ბევრად ნაკლები კვლევაა, ვიდრე წინა ორ ტიპზე.

tion than patient-related violence, although violent victimization of patients occurs more frequently than violent offending by the patient. Young age, comorbid substance use and homelessness have been found to be risk factors for violent victimization [26]. The data of one review found that the prevalence of violence against patients ranged between 7.1% and 56%, although there was a problem comparing studies [60].

### Conclusion

Assessment of specific risk factors of violence in reviewed literature represents a number of limitations: ambiguous definition of violence, use of non-standardized scales to assess aggressive behavior, non-homogeneous study population, lack of control group and prospective design in most studies. These methodological problems might explain the great variety of results obtained in different studies. Attempts to address this heterogeneity are important from a public health perspective, as the link between violence and mental disorder has a significant impact on the development of mental health policy and practice. In addition, most studies mainly explore the association between violence and severe mental disorders, for example, schizophrenia, in terms of relative risk (i.e. the amount of violence risk in people with schizophrenia compared to the general population). However, there is insufficient literature on indices of greater public health significance, such as the Population Attributable Risk % (PAR): the percentage of violence in the population that could be eliminated if schizophrenia was eliminated from the population. [26]. As mentioned above, around 10% of patients with schizophrenia or other psychosis exhibit violent behavior, compared with less than 2% of the general population [27]. While this suggests that mental disorder is associated with a higher risk of violence, it is important to note that the 1-year population attributable risk (PAR) of violence associated with severe mental illness alone is only 4%. This means that even if the elevated risk of violence in people with mental disorder is reduced to the average risk of the general population (those who do not have a mental disorder), 96% of the crime that currently occurs in general population would continue to occur. Although studies have demonstrated a statistical relationship between severe mental disorders (such as schizophrenia) and violence, however, only a small proportion of the social violence can be attributed to people with mental disorders [43]. Thus, studies of violence among individuals with mental disorders should go beyond linking various conditions or types with severity or frequency of violence, and instead focus on in-depth research on contextual and comorbid factors to identify the

მაღადაობასა და პერსონოლოგიურ აშლილობას შორის კავშირის მიმოხილვაში ავტორები აღნიშნავენ, რომ პერსონოლოგიური აშლილობის კლასტერი A და კლასტერი B, როგორცაა პარანაოდული, ნარცისული და ანტისოციალური პერსონოლოგიური აშლილობა, მნიშვნელოვან კორელაციაშია მაღადაობასთან. ამასთანავე არსებობს სამი მნიშვნელოვანი პრინციპი მაღადაობასა და პერსონოლოგიურ აშლილობას შორის კავშირში: 1) პერსონოლოგიური აშლილობები იშვიათად არის ეგოსინტონური; 2) კლინიციის ტიპის თვალთახედვაში მოხვედრილი პაციენტთა და მაღადაობრივი სიტუაციების უმეტესობაში, ჩართულია თანმხლები მდგომარეობები; და 3) მაღადაობა და მაღადაობის რისკი ხშირად დაკავშირებულია ნივთიერების ავადმომხმარებლასთან [44].

### მაღადაობა და ნივთიერების ავადმომხმარება

არსებობს კვლევითი მტკიცებულებები, რომ ნივთიერების მოხმარება მკვეთრად ზრდის მაღადაობის ინციდენტის რისკს. პაციენტებს ალკოჰოლის ან წამლის მოხმარებით ცხოვრების განმავლობაში მეტჯერ აქვთ თავისუფლების აღკვეთა, ვიდრე პაციენტებს შიზოფრენიით, პერსონოლოგიური აშლილობით ან აფექტური აშლილობით [45]. სტედმენმა და კოლეგებმა დაადგინეს, რომ პაციენტები ფსიქიკური აშლილობისა და წამლის მოხმარების კომორბიდულობის შემთხვევაში, 73%-ით უფრო მეტად აგრესიული არიან, ვიდრე არაწამლის მოხმარებელი პირები ფსიქიკური აშლილობით ან მის გარეშე. გარდა ამისა, პაციენტები ნივთიერების მოხმარებისა და პერსონოლოგიური აშლილობის პირველადი დიაგნოზით 240%-ით უფრო მეტად ჩადიან მაღადაობრივ ქმედებას, ვიდრე პაციენტები ფსიქიკური აშლილობით ნივთიერების ავადმომხმარების გარეშე [10]. ფსიქიატრიული სტაციონარული პაციენტების კვლევისას ავტორებმა დაადგინეს, რომ წამლის ავადმომხმარების დროს ბევრად უფრო ხშირია ერთზე მეტ მსხვერპლზე თავდასხმა და იარაღის გამოყენება [46]. ნივთიერების ავადმომხმარება ასევე მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ოჯახურ მაღადაობაში. რუდოლფი და ავტორები აღნიშნავენ, რომ ოჯახური მაღადაობის მსხვერპლის ტრავმის ყველაზე ძლიერ პრედიქტორს წარმოადგენს დამნაშავეს ალკოჰოლიზაციის ისტორია. ამასთანავე, ოჯახობრივი მაღადაობის მსხვერპლ ქალთა 45%-მდე ალკოჰოლს მოიხმარდა და 50% კი წამლის მოხმარებელი იყო. ასევე, ასაკოვან პირთა მიმართ მაღადაობის ყველაზე

complex patterns of interaction. Only with such an approach is it possible to plan appropriate interventions and provide to patients at an appropriate time and place [4].

A national reform of mental healthcare in Georgia has been undergoing for the past fifteen years with the aim of moving to a balanced care model, developing community services and promoting reintegration of people with mental disorders into the community. These goals are formulated in the five-year (2015-2020) Mental Health Action Plan adopted by the Government of Georgia [61]. In accordance with this plan, Georgia recognizes the humane principles of modern mental healthcare approach and undertakes appropriate steps to shift from institutional care towards community based mental health services. This type of community settings will also serve the number of patients who will be discharged from the forensic psychiatric units. This, in turn, requires a better understanding of the risk factors of violent behavior to address complex needs of these people.

Finally, reliable data are needed to properly inform the public about the relation between mental illness and danger, to avoid potentially unwarranted stigmatization associated with mental illness, which is a major obstacle for development and implementation of modern mental health services.

**Key words:** mental illness, violence, forensic psychiatry, risk factors

**References**

1. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol.* 2004;59(7):614–625.
2. Rueve ME, Welton RS. Violence and mental illness. *Psychiatry (Edgmont).* 2008;5(5):34–48.
3. World Health Organization (2015, February 02). World report on violence and health. Retrieved June 20, 2020, from [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/)
4. Varshney M, Mahapatra A, Krishnan V, Gupta R, Deb KS. Violence and mental illness: what is the true story? *J Epidemiol Community Health.* 2016;70(3):223–225.
5. Swanson J, Borum R, Swartz M, Hiday V. Violent behavior preceding hospitalization among persons with severe mental illness. *Law Hum Behav.* 1999;23(2):185–204.
6. Teplin L. The prevalence of mental disorder among male urban jail detainees: Comparison with the Epidemiologic Catchment Area program. *Am J Public Health.* 1990;20:663–669.
7. Buckley PF, Noffsinger SG, Smith DA, Hrouda DR, Knoll JL 4th. Treatment of the psychotic

პროგნოზულ ფაქტორს წარმოადგენდა მომვლელის ალკოჰოლიზაცია[47].

სასამართლო ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში ნივთიერების ავადმომხმარებლასა და ფსიქიკურ აშლილობას შორის კავშირის შესახებ ლიტერატურული მონაცემები ადასტურებს, რომ ნივთიერების მოხმარება ფსიქიკური აშლილობის დროს უნდა განიხილებოდეს, როგორც ძალადობისა და განმეორებითი დანაშაულის სერიოზული რისკ ფაქტორი.

სასამართლო ფსიქიატრიული პაციენტებისთვის წამლდამოკიდებულების მკურნალობის გაუმჯობესება განიხილება, როგორც ძალადობისა და რეციდივიზმის რისკის შემცირებისა და მართვის მნიშვნელოვანი საშუალება [48].

მთელრიგ ხანგრძლივ კვლევებში შესწავლილი იყო კავშირი კონკრეტული წამლდამოხმარებით გამოწვეულ აშლილობასა და კრიმინალურ ან ძალადობრივ ქცევას შორის და აღმოჩენილი იყო ზოგადი ურთიერთკავშირი წამლის ავადმომხმარებლას, დანაშაულსა და ძალადობას შორის[49-51]. შიზოფრენიის და ბიპოლარული აშლილობის დიაგნოზის მქონე ნახევარზე მეტ პირს აღმოაჩნდა დიაგნოსტიკური ალკოჰოლ და წამლდამოკიდებულება [52].

**ძალადობრივი ქცევის წინაპირობები**

კავშირი ფსიქიკურ აშლილობასა და ძალადობას შორის, როგორც ჩანს, უფრო რთულია, ვიდრე თავიდან ფიქრობდნენ. შეხედულება, რომ ფსიქიკური აშლილობა, წარმოადგენს გამომწვევ ფაქტორს შეიცვალა მას შემდეგ, რაც მკვლევრებმა ხელახლა გაანალიზეს ალკოჰოლისა და დაკავშირებული მდგომარეობების ეროვნული ეპიდემიოლოგიური კვლევის(NESARC) შედეგები და დარწმუნდნენ, რომ ძალადობასა და ფსიქიკურ აშლილობას შორის კავშირი პირველ რიგში განპირობებულია სხვადასხვა სახის რისკ ფაქტორების შეკრებით [27]. ამ კვლევაში მარკარტურის ძალადობის რისკის შეფასების კვლევის [9] მსგავსად, რისკფაქტორები დაიყო 4 დომენად: დისპოზიციური, ისტორიული, კლინიკური და კონტექსტუალური.

დისპოზიციური მონაცემები მოიცავდა ასაკს, განათლებას, სქესს, პერსონალურ წლიურ შემოსავალსა და ეროვნებას.

ისტორიულ ფაქტორთან დაკავშირებით, რესპონდენტებს ეკითხებოდნენ წარსულში მომხდარი ნებისმიერი: 1. სერიოზული/ მძიმე დანაშაულის შესახებ; 2. წამლის მოხმარებასთან დაკავშირებული დანაშაულის შესახებ. დამატებითი კითხვები ისტორიასთან დაკავშირებით მოიცავდა ინფორმაციას 18 წლამდე პირი ხომ არ იყო მშობლების

patient who is violent. *PsychiatrClin North Am.* 2003;26(1):231–272.

8. Davis S. An overview: are mentally ill people really more dangerous? *Soc Work.* 1991;36(2):174–180.
9. Link BG, Stueve A. Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls. Monahan J, Steadman HJ. *Violence and Mental Disorder Developments in Risk Assessment.* Chicago: IL University of Chicago Press;1994.
10. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;55(5):393–401.
11. McNeil DE. Empirically based clinical evaluation and management of the potentially violent patient. Kleespies PM. *Emergencies in Mental Health Practice Evaluation and Management.* New York, NY: Guilford Press;1998;95–116.
12. Silver E, Teasdale B. Mental disorder and violence: An examination of stressful life events and impaired social support. *Social Problems.* 2005;52(1):62–78.
13. Fazel S, Grann M. The population impact of severe mental illness on violent crime. *Am J Psychiatry.* 2006;163(8):1397–1403.
14. Lidz CW, Banks S, Simon L, Schubert C, Mulvey EP. Violence and mental illness: a new analytic approach. *Law Hum Behav.* 2007;31(1):23–31.
15. Swanson JW, Holzer CE 3rd, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry.* 1990;41(7):761–770.
16. Swanson JW, Borum RS, Wartz MS, Monahan J. Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behaviour in the community. *CrimBehavMent Health* 1996;6 (4) 309- 329.
17. Mulvey EP, Odgers C, Skeem J, Gardner W, Schubert C, Lidz C. Substance use and community violence: a test of the relation at the daily level. *J Consult Clin Psychol.* 2006;74(4):743–754.
18. Volavka J. The neurobiology of violence: an update. *J Neuropsychiatry ClinNeurosci.* 1999;11(3):307–314.
19. Buchanan A. Risk of violence by psychiatric patients: beyond the “actuarial versus clinical” assessment debate. *Psychiatr Serv.* 2008;59(2):184–190.
20. Van Dorn R, Swanson J, Elbogen E, Swartz M. A comparison of stigmatizing attitudes toward persons with schizophrenia in four stakeholder

ჩხუბისმოწმე ან მშობლების ძალადობის მსხვერპლი;იყო თუ არა მოხვედრილი არასრულწლოვანთა დაწესებულებაში ან ჰყავდა მშობლები, რომლებმაც რაღაც დრო ციხეში გაატარეს.

კლინიკური მონაცემები მოიცავდა გარდა დიაგნოზისა აღქმულ საფრთხეებს. მაგალითად სუბიექტს ეკითხებოდნენ: „ხომ არ აღმოგიჩენიათ ფარული მუქარა ან შეურაცხყოფა იმაში რასაც ხალხი ამბობს ან აკეთებს?“ კონტექსტუალურ ფაქტორებთან დაკავშირებით რესპონდენტებს ეკითხებოდნენ გასულ წელს 1. თვითონ ან ოჯახის წევრები ხომ არ იყვნენ კრიმინალური დანაშაულის მსხვერპლი? 2. ხომ არ გარდაიცვალა მეგობარი ან ოჯახის წევრი? 3. ხომ არ გაათავისუფლეს სამსახურიდან? 4.ხომ არ იყო განქორწინება ან დაშორება? კვლევის მონაცემებით,ნებისმიერი ძალადობის რისკის პრედიქტორებია: ახალგაზრდა ასაკი, მამრობითი სქესი, დაბალი შემოსავალი, ძალადობის წარსული გამოცდილება, მშობლების ჩხუბის შესწრება, მშობლების მხრიდან ფიზიკური ძალადობა, არასრულწლოვან ასაკში დაკავება, ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნივთიერების მოხმარების კომორბიდულობა, ფარული საფრთხეების აღქმა, გასულ წელს მსხვერპლად ყოფნა, განქორწინება ან დაშორება და უმუშევრობა. ანალიზმა გამოავლინა ამ დამატებითი ფაქტორების მნიშვნელოვანი ეფექტი პირის ძალადობრივი ქცევის რისკზე და ხაზი გაუსვა კლინიცისტების მხრიდან პირის დიაგნოზის გარდა ისტორიული და მიმდინარე ცხოვრების სიტუაციების განხილვის საჭიროებაზე [27].

ფსიქიკურ აშლილობასა და ძალადობას შორის კავშირის შესახებ ერთერთი მიმოხილვის მიხედვით,კვლევების უმეტესობა ფოკუსირებულია ძალადობის სტატიკური და დინამიური რისკფაქტორების დადგენაზე. სტატიკურ რისკფაქტორებს მიეკუთვნება პაციენტის მახასიათებლები, რომელთა შეცვლა კლინიკური ინტერვენციით შეუძლებელია, როგორცაა დემოგრაფიული მონაცემები, დიაგნოზი, პერსონოლოგიური ხაზები და წარსული ისტორია. მიუხედავად იმისა, რომ ეს რისკფაქტორები უკავშირდება გამოსავალს, ისინი არ წარმოადგენენ პირდაპირ მიზეზს [53]. მომავალი ძალადობის რისკი იზრდება წრფივად წარსული ძალადობის აქტების რაოდენობის მიხედვით [7].პირები, რომლებიც წარსულში აგრესიულად იქცეოდნენ ბოდვითი აზრების გამო, უფრო მეტად მოსალოდნელია, რომ მომავალშიც აგრესიულად მოიქცვიან [41]. იმპულსურობის წარსული ისტორია ასევე

groups: perceived likelihood of violence and desire for social distance. *Psychiatry*. 2005;68:152–163.

21. Torrey EF, Stanley J, Monahan J, Steadman HJ; MacArthur Study Group. The MacArthur Violence Risk Assessment Study revisited: two views ten years after its initial publication. *Psychiatr Serv*. 2008;59(2):147–152.
22. Monahan J, Steadman HJ, Silver E et al. Risk assessment: the MacArthur Study of Mental Disorder and Violence. Oxford: Oxford University Press, 2001.
23. Fazel S, Långström N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA*. 2009;301(19):2016–2023.
24. Fazel S, Lichtenstein P, Grann M, Goodwin GM, Långström N. Bipolar disorder and violent crime: new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(9):931–938.
25. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2009;6(8):e1000120.
26. Choe JY, Teplin LA, Abram KM. Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: balancing public health outcomes. *Psychiatr Serv* 2008;59:153–64.
27. Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:152–61.
28. Powell G, Caan W, Crowe M. What events precede violent incidents in psychiatric hospitals?. *Br J Psychiatry*. 1994;165(1):107–112.
29. Shepherd M, Lavender T. Putting aggression into context: an investigation into contextual factors influencing the rate of aggressive incidents in a psychiatric hospital. *J Ment Hlth*. 1999;8:159–170.
30. Silverstein SM, Del Pozzo J, Roche M, Boyle D, Miskimen T. Schizophrenia and violence: realities and recommendations. *Crime Psychology Review*. 2015;1(1):21–42.
31. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev*. 2008;30:67–76.
32. Shaw J, Hunt IM, Flynn S, et al. Rates of mental disorder in people convicted of homicide. National clinical survey. *Br J Psychiatry*. 2006;188:143–147.
33. Wallace C, Mullen P, Burgess P, Palmer S, Ruschena D, Browne C. Serious criminal offending

დაკავშირებულია მომავალ ძალადობასთან. ასნის და ავტორების კვლევის მონაცემები აჩვენებს, რომ პაციენტთა 91%, რომლებმაც მკვლელობა ჩაიდინეს, ასევე სჩადიან სუიციდს სიცოცხლის განმავლობაში[54].

დინამიურ რისკფაქტორებს მიეკუთვნება ცვლადები, რომლებიც პოტენციურად შეიძლება გაუმჯობესდეს დესკლინიკური ინტერვენციით. ეს ცვლადები მჭიდროდ უკავშირდება ან ზოგჯერ იგივე კლინიკური სიმპტომებია, რაც იწვევს პაციენტის ჰოსპიტალიზაციას მწვავე განყოფილებაში [53]. ყველაზე ხშირად ციტირებული დინამიური რისკფაქტორებია: ნივთიერების ავადმომარება, სხვა დინამიური რისკფაქტორებია დევნის ბოდება, იმპერატიული ჰალუცინაციები, მკურნალობის რეჟიმის არდაცვა, იმპულსურობა, ფუნქციონირების გლობალური შეფასების (GAF) დაბალი დონე, ჰომიციდური მიდრეკილება, დეპრესია, უიმედობა, სუიციდური მიდრეკილებები, იარაღის ხელმისაწვდომობა [7]. არანამკურნალევი ფსიქოზური სიმპტომები წარმოადგენს ძალადობრივი ქცევის მნიშვნელოვან რისკფაქტორს, განსაკუთრებით ის სიმპტომები, რომელიც აფრთხობს პაციენტს და იწვევს კონტროლის დაკარგვას[54]. კვლევები აჩვენებს, რომ პაციენტების 80%-მდე სიცოცხლის მანძილზე რაღაც მომენტში არ იცავს რეკომენდებულ მკურნალობას. მკურნალობის რეჟიმის დაუცველობა შეიძლება უკავშირდებოდეს ძალადობას და ასევე შეიძლება იმართოს ფსიქოგანათლებით, კოგნიტიური-ბიჰევიორული და მხარდამჭერი თერაპიით, ინტენსიური ქეისმენეჯმენტით ისევე, როგორც თერაპიულ ალიანსზე ფოკუსირებით. ცუდი საცხოვრებელი პირობები და მწირი სოციალური მხარდაჭერა ძალადობის რისკ ფაქტორებია, მაგრამ შეიძლება გამოსწორდეს, თუ პაციენტი სუპერვიზიის ქვეშ არის, უტარდება ოჯახური თერაპია და ჩართულია პოზიტიურ სათემო აქტიურობებში [55].

**მტკიცებულებები არსებული მკურნალობის შესაძლებლობებზე**

ამჟამად დადგენილია, რომ ადეკვატური მკურნალობა, მათ შორის თანმხლები წამალდამოკიდებულების მართვა, უკავშირდება მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა უკეთეს გამოსავალს. ეს გაუმჯობესება ამცირებს ძალადობის რისკს ზოგად პოპულაციაში არსებული რისკის დონემდეც კი. თუმცა არ არის საკმარისი მტკიცებულება, რომ რომელიმე ანტიფსიქოზურ მედიკამენტს აქვს ასევე „ანტიაგრესიული“ თვისება, თუმცა, სხვა

- and mental disorder. Case linkage study. *Br J Psychiatry*. 1998;172:477–484.
34. Volavka J. Violence in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatr Danub*. 2013;25(1):24–33.
  35. Swanson JW, Van Dorn RA, Monahan J, Swartz MS. Violence and leveraged community treatment for persons with mental disorders. *Am J Psychiatry*. 2006;163(8):1404–1411.
  36. Coid JW, Ullrich S, Kallis C, et al. The relationship between delusions and violence: findings from the East London first episode psychosis study. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(5):465–471.
  37. Taylor PJ. Motives for offending among violent and psychotic men. *Br J Psychiatry*. 1985;147:491–498.
  38. Junginger J. Command hallucinations and the prediction of dangerousness. *Psychiatr Serv*. 1995;46(9):911–914.
  39. Link B, Andrews H, Cullen, et al. The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *Am Sociol Rev*. 1992;57:275–292
  40. Link BG, Stueve A, Phelan J. Psychotic symptoms and violent behaviors: probing the components of “threat/control-override” symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998;33(Suppl 1):S55–S60.
  41. Appelbaum PS, Robbins PC, Monahan J. Violence and delusions: data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Am J Psychiatry*. 2000;157(4):566–572.
  42. Gosden NP, Kramp P, Gabrielsen G, Andersen TF, Sestoft D. Violence of young criminals predicts schizophrenia: a 9-year register-based follow up of 15- to 19-year-old criminals. *Schizophr Bull*. 2005;31(3):759–768.
  43. Hodgins S. Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2008;363(1503):2505–2518.
  44. Esbec E, Echeburúa E. Violence and personality disorders: clinical and forensic implications. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010;38(5):249–261.
  45. Holcomb WR, Ahr PR. Arrest rates among young adult psychiatric patients treated in inpatient and outpatient settings. *Hosp Community Psychiatry*. 1988;39(1):52–57.
  46. Blomhoff S, Seim S, Friis S. Can prediction of violence among psychiatric inpatients be improved?. *Hosp Community Psychiatry*. 1990;41:771–775.
  47. Rudolph MN, Hughes DH. Emergency assessments of domestic violence, sexual dangerousness, and elder and child abuse. *Psychiatr Serv*. 2001;52(3):281–306.

მედიკამენტებთან შედარებით კლოზაპინის შეიძლება მიენიჭოს უპირატესობა [56]. ანტიეპილეფსიური საშუალებები, როგორც ჩანს, სასარგებლოა ინტელექტუალური უნარმეზღვრულობის და ეპილეფსიური დაავადების მქონე პირებში აგრესიის შესამცირებლად. მაგრამ ამ მხრივ მათი ეფექტურობა მძიმე ფსიქოზური აშლილობის მქონე პაციენტებში დადასტურებული არ არის [57]. ამავე ავტორთა აზრით, საუკეთესო სტრატეგია შეიძლება იყოს ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომებისა და ფუნქციური დეფიციტის შემცირება.

### **ძალადობა ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა მიმართ**

მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირები მაღალი რისკის მოწყვლად ჯგუფს წარმოადგენენ, რადგან ადვილად შეიძლება გახდნენ ძალადობის მსხვერპლი. მძიმე ფსიქიკურ აშლილობასთან დაკავშირებულმა სიმპტომებმა, როგორცაა რეალობის აღქმის დარღვევა, აზროვნების პროცესის მოშლა, იმპულსურობა და დაგეგმვისა და პრობლემის გადაჭრის სისუსტე, შეიძლება ხელი შეუშალოს პიროვნებას ამოიცნოს რისკები და დაიცვას თავი, რის გამოც შესაძლოა დაუცველი აღმოჩნდეს ფიზიკური შეურაცხყოფის წინაშე [58]. აღმოჩნდა, რომ წარსული ტრავმები და ძალადობის გამოცდილება მნიშვნელოვნად არის დაკავშირებული პაციენტთა სიმპტომების სიმძიმესთან და დაავადების მიმდინარეობასთან [59]. თუმცა ეს საკითხები ბევრად ნაკლებ ინტერესს იწვევს პაციენტთა მხრიდან ძალადობასთან შედარებით, მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტები ბევრად უფრო ხშირად ხვდებიან ძალადობის მსხვერპლი, ვიდრე თვითონ სჩადიან ძალადობრივ აქტებს [26].

ერთერთ მიმოხილვაში აღნიშნულია, რომ პაციენტთა მიმართ ძალადობის გავრცელება 7.1% და 56%-ს შორის მერყეობს, თუმცა არსებობს კვლევების შედარების პრობლემა. ახალგაზრდა ასაკი, თანმხლები წამალდამოკიდებულება ან უსახლკარობა აღმოჩნდა ამ პირთა მიმართ ძალადობის რისკ ფაქტორები [60].

### **დასკვნა**

არსებულ კვლევებში ძალადობის სპეციფიკური რისკის ფაქტორების შეფასება მთელ რიგ შეზღუდვებს შეიცავს: ძალადობის არა მკაფიო განსაზღვრა, აგრესიული ქცევის შეფასებისთვის არასტანდარტიზებული შკალების გამოყენება, არა ერთგვაროვანი საკვლევი პოპულაცია, კვლევათა უმრავლესობაში საკონტროლო

48. Pickard H, Fazel S. Substance abuse as a risk factor for violence in mental illness: some implications for forensic psychiatric practice and clinical ethics. *Curr Opin Psychiatry*. 2013;26(4):349–354.
  49. Pedersen W, Skardhamar T. Cannabis and crime: findings from a longitudinal study. *Addiction*. 2010;105(1):109–118.
  50. Norström T, Pape H. Alcohol, suppressed anger and violence. *Addiction*. 2010;105(9):1580–1586.
  51. Popovici I, Homer JF, Fang H, French MT. Alcohol use and crime: findings from a longitudinal sample of U.S. adolescents and young adults. *Alcohol Clin-Exp Res*. 2012;36(3):532–543.
  52. Kessler RC, Birnbaum H, Demler O, et al. The prevalence and correlates of nonaffective psychosis in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Biol Psychiatry*. 2005;58(8):668–676.
  53. Norko MA, Baranoski MV. The state of contemporary risk assessment research. *Can J Psychiatry*. 2005;50(1):18–26.
  54. Asnis GM, Kaplan ML, Hundorfean G, Saeed W. Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 1997;20(2):405–425.
  55. Bonta J, Law M, Hanson K. The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 1998;123(2):123–142.
  56. Frogley C, Taylor D, Dickens G, Picchioni M. A systematic review of the evidence of clozapine’s anti-aggressive effects. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2012;15(9):1351–1371.
  57. Fazel S, Zetterqvist J, Larsson H, Långström N, Lichtenstein P. Antipsychotics, mood stabilizers, and risk of violent crime. *Lancet*. 2014;384(9949):1206–1214.
  58. Sells DJ, Rowe M, Fisk D, Davidson L. Violent victimization of persons with co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Psychiatr Serv*. 2003;54(9):1253–1257.
  59. Newman JM, Turnbull A, Berman BA, Rodrigues S, Serper MR. Impact of traumatic and violent victimization experiences in individuals with schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2010;198(10):708–714.
  60. Latalova K, Kamaradova D, Prasko J. Violent victimization of adult patients with severe mental illness: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014;10:1925–1939.
  61. Government of Georgia. (2014). Strategic document for mental health development and 2015-2020 action plan (470010000.10.003.018382). <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2667876?publication=0>
- ჯგუფის და პერსპექტიული დიზაინის არარსებობა. ეს შეზღუდვები ნაწლობრივ ხსნის იმ განსხვავებულ დასკვნებს, რომლებიც სხვადასხვა კვლევაშია. ამ არაერთგვაროვნების გადაჭრის მცდელობა მნიშვნელოვანია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პერსპექტივიდან, რადგან ძალადობის დაკავშირება ფსიქიკურ აშლილობასთან მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკისა და პრაქტიკის განვითარებაზე. ამას გარდა, კვლევათა უმეტესობა ძირითადად სწავლობს ძალადობასა და მძიმე ფსიქიკურ აშლილობას შორის კავშირს, მაგალითად, შიზოფრენიას შედარებითი რისკის თვალსაზრისით (ანუ შიზოფრენიის მქონე პირებთან დაკავშირებული ძალადობის ინდექსიზოგად პოპულაციასთან შედარებით). თუმცა არასაკმარისი ლიტერატურაა საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვის უფრო მეტად მნიშვნელოვან მაჩვენებელზე, როგორცაა მოსახლეობის დამახასიათებელი ძალადობის მაჩვენებელი (PAR Population attributable risk): მოსახლეობაში შიზოფრენიასთან დაკავშირებული ძალადობის პროცენტი, რომელიც შეიძლება აღმოიფხვრას, თუ პოპულაციას შიზოფრენიას მოაშორებენ [26]. როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, შიზოფრენიით ან სხვა ფსიქოზით დაავადებულ პაციენტთა დაახლოებით 10%-ს აღნიშნება ძალადობრივი ქცევა, ზოგად პოპულაციასთან შედარებით, სადაც ეს რიცხვი 2%-ზე ნაკლებია [27]. მიუხედავად იმისა, რომ ეს მიუთითებს თითქოს ფსიქიკური აშლილობა კავშირიშია ძალადობის მაღალ რისკთან, მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ მოსახლეობის დამახასიათებელი ძალადობის 1 წლის რისკი (PAR), რომელიც მხოლოდ მძიმე ფსიქიკურ აშლილობას უკავშირდება, მხოლოდ 4%-ია. ეს ნიშნავს, რომ მაშინაც კი, თუ ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანთა ძალადობის რისკი დაიწვეს ზოგადი მოსახლეობის (ვისაც არ აქვს ფსიქიკური აშლილობა) საშუალო მაჩვენებელამდე, დანაშაულთა 96%, რომელიც დღეს ხდება, მაინც მოხდება. მართალია, კვლევებში ცალკეულ მძიმე ფსიქიკურ აშლილობასა (როგორცაა შიზოფრენია) და ძალადობას შორის სტატისტიკური კავშირი გამოვლინდა, თუმცა სოციალური ძალადობის მხოლოდ მცირე ნაწილი შეიძლება მივაკუთვნოთ ადამიანებს, რომელთაც ფსიქიკური აშლილობა აქვთ [43]. ამრიგად, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა შორის ძალადობის კვლევა უნდა გასცდეს სხვადასხვა მდგომარეობის ან ტიპების დაკავშირებას ძალადობის სიმძიმესა და სიხშირესთან და ამის ნაცვლად ფოკუსირდეს



კონტექსტუალური და კომორბიდული ფაქტორების სიღრმისეულ კვლევაზე, რომ გამოავლინოს ურთიერთზეგავლენის რთული პატერნები. მხოლოდ ასეთი მიდგომით არის შესაძლებელი შესაბამისი ინტერვენციების დაგეგმვა და პაციენტებისთვის საჭირო დროსა და გარემოში მიწოდება [4].

საქართველოში ბოლო თხუთმეტი წელია მიმდინარეობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის რეფორმა, რომლის მიზანია ბალანსირებული ზრუნვის მოდელზე გადასვლა, სათემო სერვისების განვითარება და პაციენტთა საზოგადოებაში რეინტეგრაციის ხელშეწყობა. სწორედ ეს მიზნებია ფორმულირებული საქართველოს მთავრობის მიერ დამტკიცებულ ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების 2015-2020წწ სამოქმედო გეგმაში [61]. ამ გეგმის თანხმად, საქართველოს სახელმწიფო აღიარებს თანამედროვე ფსიქიატრიული მომსახურების ჰუმანურ პრინციპებს და იღებს ვალდებულებას შეცვალოს ფსიქიატრიულ სტაციონარში ხანგრძლივი დაყოვნების მოდელი მოკლევადიანი სტაციონარული მომსახურებით და პარალელურად განავითაროს და გააძლიეროს სტაციონარგარეთა სერვისები და დაცული/სათემო საცხოვრებელი. ამ ტიპის სათემო სერვისებში გაიზრდება იმ პაციენტთა რიცხვი, რომლებიც გაეწერებიან სასამართლო-ფსიქიატრიული განყოფილებიდან. ეს თავის მხრივ ითხოვს ძალადობის წინაპირობების უკეთეს გააზრებას და შესაბამის მართვას. სანდო მონაცემებია საჭირო საზოგადოების სათანადო ინფორმირებისათვის ფსიქიკურ დაავადებასა და საშიშროებას შორის კავშირზე, რომ ავირიდოთ ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან ასოცირებული სტიგმატიზაცია, რაც წარმოადგენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების განვითარების ძირითად დაბრკოლებას.

**საკვანძო სიტყვები:** ფსიქიკური აშლილობა, ძალადობა, სასამართლო ფსიქიატრია, რისკ ფაქტორები.