

אלימות ורצח בחולים פסיכויים – האמנם תופעה נדירה?

ג'וי פלד (אולספנגר), גיל זלצמן, אלן אפטר,

המרכז לבריאות הנפש "גרה", מרכז רפואי רבין, קמפוס ביילינסון פ"ת, הפקולטה לרפואה סאקלר, אוניברסיטת ת"א

אלימות בקרב כלל חולי הנפש

שיעור האלימות בחברה המערבית בכלל ובישראל בפרט נמצא בעלייה מתמדת, והפך להיות גורם משמעותי לתחלואה ותמותה. האלימות מהווה בעיה חברתית, חוקית וסוגיה בבריאות הציבור. בחודשים האחרונים, מדווח בעיתונות הכתובה והאלקטרונית על מעשי אלימות ורצח של חולי נפש. בחלקם היו החולים בקשר כלשהו עם שירותי בריאות הנפש בעברם. בנוסף, בחלק מהמצבים בהם ננקט פשע אלים, טוען הנאשם לאי-שפיות כהגנה משפטית. בסקירה זו, נדון בשאלה האם חולי נפש בכלל וחולי סכיזופרניה בפרט אלימים יותר משאר האוכלוסייה, והאם הפשע שמבצע חולה הנפש שונה באיפיוניו מפשעים המבוצעים על ידי עבריינים שאינם חולים [1, 2].

כבר בתקופה העתיקה, אובחן קשר בין הפרעות נפשיות לבין אלימות. בתנ"ך לדוגמה, ספר שמואל א', פרק יח': י'-יא, נאמר: "...ותצלח רוח אלוהים רעה אל שאול ויתנבא בתוך הבית...". החניית ביד שאול. ויטל שאול את החנית ויאמר אכה ברוד ובקיר...". דוגמה נוספת היא המיתוס של הרקולס, אשר לפיה הרקולס השתגע והרג את ילדיו ואחייניו.

לפני שנת 1990, המחקרים על הקשר בין הפרעה נפשית לבין פשע אלים לא התאימו מבחינה מתודולוגית על מנת להוכיח שאכן קיים קשר כזה. אולם, שניים מהחוקרים הידועים ביותר של אלימות והפרעות נפשיות, Monahan ו-Steadman [3], קבעו על סמך עבודה אמפירית בארה"ב, שאין שכיחות מוגברת של הפרעות נפשיות בקרב אנשים שנאסרו לעומת האוכלוסייה האמריקאית הכללית מאותם מעמדות חברתיים. הערכתם שיקפה את הדעה הפסיכיאטרית הפופולרית עד שנת 1990.

בעשור האחרון, חל מהפך משמעותי בדעות בנושא זה בעולם הפסיכיאטריה. לא זאת בלבד שנדחתה ההשערה כי אין קשר בין הפרעות נפשיות לבין פשע, אלא שנתקבלה התפיסה כי קיים קשר משמעותי בין פשעים אלימים לבין תחלואה פסיכיאטרית בולטת (ציר ראשון).

במחקר שנערך בשוודיה ע"י Lindquist וחב' [4], בקרב קבוצת גיל מתחת ל-30 שנה נמצא, כי בגברים הלוקים בפסיכופתולוגיה של הציר הראשון, דהיינו סכיזופרניה או הפרעות חמורות במצב הרוח, קיים סיכון של פי 2.5 שייפתח נגדם תיק פלילי, וסיכון של פי-4 שייפתח נגדם תיק פלילי אלים. בנשים עובדה זו בולטת אף יותר; לנשים עם הפרעה נפשית בולטת יש סיכון גדול פי-5 שייפתח נגדן תיק פלילי לעומת נשים בריאות נפשית. בנוגע לתיקים פליליים אלימים, נשים חולות מצויות בסיכון מוגבר פי-27 שייפתח נגדן תיק פלילי. במחקרים

אף מודגם, כי נשים חולות אלימות יותר מגברים חולים [5]. בנוסף נמצא, כי למעלה ממחצית החולים הפגינו התנהגות אלימה עוד לפני גיל 18 [4].

למרות הימצאות הקשר הזה, יש להדגיש שמרבית החולים עם הפרעות נפשיות לא מבצעים פשעים אלימים. החוקרים הנ"ל חקרו את כל החולים בסטוקהולם המאובחנים כסכיזופרניים; מתוך 644 חולים רק 43 חולים ביצעו פשעים אלימים. נמצא שכאשר אדם עם הפרעה נפשית אכן מבצע פשע אלים, הוא בדרך כלל פוגע במשפחתו או באנשים אחרים בעלי משמעות בחייו, ולא נוטה לפגוע בזרים. כלומר, המיתוס התיקשורתי של חולה סכיזופרני אלים, הפוגע באורח אקראי בזרים הנקלעים לדרכו, אינו עומד במבחן המציאות.

בטיפול מתאים, ניתן להפחית באופן משמעותי את הסיכון להתנהגות אלימה של חולה עם הפרעה נפשית. חולים הלוקים בסכיזופרניה, המאוזנים תרופתית בצורה טובה, כמעט שאינם אלימים יותר מכלל האוכלוסייה [1].

אחת הבעיות הציבוריות המשמעותיות בנוגע להפרעות נפשיות ואלימות היא השתיינות. מרבית הפשעים האלימים בארה"ב מבוצעים תחת השפעת אלכוהול [1]. במחקרים שונים מודגמת עלייה באלימות בקרב סכיזופרניים שתיינים. אולם, לא ברור אם גורם זה הוא מצטבר, או שיש יחסי גומלין בין ההפרעה הנפשית לבין השתיינות, שמעלה את הסיכון להתנהגות אלימה.

יש עדויות רבות על כך, שרבות מההתנהגויות האלימות של חולי הנפש אינן מקריות, אלא נובעות מתסמינים פסיכויים. בחולים סכיזופרניים רבים, ניתן לצפות את התנהגותם האלימה, שהיא תגובה הגיונית למחשבות לא הגיוניות (מחשבות שווא) ולתפיסה מעוותת (הלוצינציות).

Wessely וחב' [6] חקרו חולים מאושפזים עם פסיכוזה פעילה. הם מצאו ש-60% מהחולים עם מחשבות שווא פעילות פעלו לפיהן, לדוגמה, כתבו למישהו בהתאם לתוכן המחשבה, ניסו למנוע אירוע מסוים שהם סברו כי הוא עומד להתרחש, ניסו להגן על עצמם או להימלט. בנוסף, 18% היכו אדם, 14% פגעו בעצמם, ו-19% שברו חפץ כלשהו. אולם, סך כל המחקר על מחשבות שווא והתנהגות אלימה עדיין בתחילתו, ונותרו עדיין שאלות רבות בנוגע להבדל בין חולים פסיכויים אלימים לבין שאר החולים.

במחקרים נירופסיכולוגיים רבים שנערכו ב-20 השנים האחרונות, נרמז על קשר בין אי-יתפקוד נירופסיכולוגי לבין אלימות, ועל קשר בין ביצוע ירוד במבחנים נירופסיכולוגיים לבין הפרעות של הציר הראשון [1]. Raine וחב' [7] ערכו מחקר דימות באמצעות Positive Emission Tomography (PET), שהדגים אי-תקינות באונה הקידמית. לעומת זאת, במחקרם של Wong וחב'

Key words: homicide, mental illness, psychosis, schizophrenia, violence.

0.05% הסתברות זו קטנה פי-100 מהסיכון שחולה בסכיזופרניה יתאבד.

אלימות שאינה מסתיימת ברצח והקשר שלה לסכיזופרניה

במחקר שנערך בארה"ב על ידי Swanson וחב' [15] נבחנו 10,000 נבדקים משלוש ערים שונות. 3.7% מהנבדקים דיווחו לפחות על אירוע אחד של תקיפה שביצעו בשנה שקדמה לראיון. נבדקים ללא עבר פסיכיאטרי דיווחו על שיעורי האלימות הנמוכים ביותר (רק כ-2% דיווחו על אלימות). נבדקים הלוקים בסכיזופרניה, דיווחו על פי-4 מקרי אלימות שביצעו. נבדקים הלוקים בסכיזופרניה במישלב עם הפרעה פסיכיאטרית נוספת, הסיכון לאלימות עולה, עד כדי 30% בחולים שתיינים והנוטלים סמים.

למרות שיעור האלימות הגבוה יותר בקרב הנבדקים הלוקים בסכיזופרניה, מדגישים Swanson וחב' [15], כי אנשים הלוקים במחלה זו מבצעים רק 3% מסך כל האלימות באוכלוסייה. Link וחב' [16] מדגישים, כי הרחקת החולים הלוקים בסכיזופרניה מהחברה בשל סכנת האלימות, אינה איתת. לדעתו, לא ניתן להרחיק אדם בשל היותו בעל גורם סיכון זה, כיוון שאז גם מינו והשכלתו עלולים להוות עילה להרחקה, בהיותם גורמי סיכון לאלימות.

סכיזופרניה והיסטוריה של אלימות

המחקרים מראים בצורה עקבית, שאנשים אלימים הלוקים בסכיזופרניה נוטים להפוך אלימים רק לאחר התפרצות המחלה [2]. Hafner וחב' [14] מצאו, שרק 8% מהסכיזופרנים מכלל אלה שביצעו מעשה רצח, רצחו אדם בחודש הראשון למחלתם, 84% היו חולים מעל שנה לפני שביצעו את מעשה הרצח ו-55% היו חולים כבר למעלה מ-5 שנים. Humphreys וחב' [17] אישרו מימצאים אלו. הם מצאו שלמעלה ממחצית החולים הסכיזופרנים שאיימו על חייהם של אחרים, היו חולים כבר למעלה משנה בעת המעשה.

Hodgins [18], שחקר קבוצת חולים שבדים, איבחן שני שיאי גילים, בהם ביצעו החולים את תקיפתם הראשונה. השיא הראשון היה בגילאי 15-18, והשיא השני, שהיה קטן יותר, בגילאים 21-30. בנשים החולות נראה רק השיא השני, המאוחר יותר. Hodgins אישר, ששני השיאים השונים משקפים לא רק גיל, אלא גם דפוס אלימות. השיא הראשון, של גילאים 15-18, ביטא בדרך כלל דפוס אלימות לא קשה (תקיפה לא אלימה). ואילו השיא השני, של גילאי 21-30, ביטא דפוס אלימות קשה יותר, בדרך כלל תקיפה אלימה. מאחר שהמחלה נוטה להתפרץ בנשים בגיל מאוחר יותר, גם התנהגות אלימה מתפרצת, ככל הנראה, בשלב מאוחר.

Wessely וחב' [19] השוו את הפשעים שביצעו חולים סכיזופרנים לאלה של חולים אחרים במחלות פסיכיאטריות. הם מצאו שמחד גיסא, גברים סכיזופרנים אומנם אלימים יותר, אולם שמאידך גיסא, התנהגותם האלימה החלה בגיל מאוחר יותר והסתיימה בגיל מוקדם יותר לעומת חולים במחלות פסיכיאטריות אחרות. את אותן מסקנות הסיקו החוקרים גם לגבי נשים.

[8] אובחנה אי-תקינות באונה הרקתית, בהתאם למימצאים שהועלו בא"ג (EEG) ובטומוגרפיה מחשבית של המוח (CT).

אובחנו גורמי סיכון ביולוגיים וחברתיים, המהווים גורמים חשובים להתהוות של התנהגות אלימה באנשים עם פסיכופת-לוגיה של הציר הראשון. Raine וחב' [9], בדקו במחקרם שנערך בדנמרק גורמי סיכון ביולוגיים וחברתיים והם: (1) מהלך הריון וסיבוכי לידה, (2) התפתחות הילוד, (3) מצב נירולוגי בשבוע הראשון לחיים (4) התפתחות מוטורית בשנה הראשונה. גורמי הסיכון החברתיים שנבחנו: (1) דחייה אימהית, (2) עימותים משפחתיים, (3) אי-יציבות משפחתית (4) והתנהגות פושעת של ההורים. הנחקרים סווגו לשלוש קבוצות בהתאם לגורמי הסיכון: קבוצה ראשונה – בעלת גורמי סיכון, הן ביולוגיים והן חברתיים, קבוצה שנייה – בעלת גורמי סיכון ביולוגיים בלבד, וקבוצה שלישית – במצב כלכלי ירוד – עוני, חינוך ברמה נמוכה יותר, מצב תעסוקתי גרוע יותר, אולם לא בהכרח משפחות לא מתפקדות. בתוצאות המחקר הודגם, ש-70% מהפשעים בוצעו על ידי הקבוצה עם גורמי הסיכון הביולוגיים והחברתיים. קבוצה זו ביצעה פשעים אלימים בשיעור הגבוה פי-2.3 בהשוואה לשתי הקבוצות האחרות.

אלימות בקרב חולי סכיזופרניה

סכיזופרניה ורצח

אחת הסיבות להתמקד ברצח בחקר האלימות בקרב חולים בסכיזופרניה נובעת מהעובדה, שרצח הוא הפשע החמור ביותר, ולכן ניתקל בפחות הטיות מחקריות הנובעות מאי-דיוקים בשל חוסר דיווח, חוסר אבחנה ועיכוב בירוקרטי על ידי המערכת המשפטית.

Petursson וחב' [10] בחנו את כל הרוצחים באיסלנד בין השנים 1979-1990. הם מצאו ש-15% מהרוצחים אובחנו כחולי סכיזופרניה. נתון זה במיתאם עם הנתונים של מדינות אחרות במערב אירופה, לדוגמה Gottlieb וחב' [11] מצאו, ש-20% מהרוצחים בדנמרק לקו בפסיכוזה, אולם שיעור החולות בקרב נשים רוצחות היה גבוה הרבה יותר – כ-44%. באנגליה נערך מחקר דומה על ידי Taylor וחב' [12], שמצאו כי 8% מהנאשמים ברצח, ו-11% מהנאשמים שהורשעו במשפט, לקו בסכיזופרניה. Wilcox [13] דיווח, כי בקליפורניה, 10% מהנאשמים שנמצאו אשמים במשפט, לקו בסכיזופרניה.

במערב גרמניה, ערכו Hafner וחב' [14] מחקר ייחודי, בכך שהתייחסו לא רק למקרי הרצח בין השנים 1955-1964, אלא גם לניסיונות לרצח בין השנים האלו, מתוך מחשבה כי העובדה שהקורבן שרד היא אקראית בלבד. הם מצאו ש-7.7% מהרוצחים והמנסים לרצוח לוקים בסכיזופרניה. בקרב הנשים – 6.4% היו חולות.

לסיכום, אין ספק שחולי סכיזופרניה רוצחים ומנסים לרצוח יותר. החשיבות העיקרית של מימצא זה היא במניעה אינדיבי-דואלית, משום ששיעור הסכיזופרנים מתוך כלל הרוצחים באוכלוסייה הוא נמוך. על מנת לחזק עמדה זו, חישובו Hafner וחב' [14], שהסתברות שאדם הלוקה בסכיזופרניה ירצח היא כ-

שמחשבות־שווא מהוות מוטיבציה לאלימות קשה יותר, לעומת מניעים הגיוניים יותר הקשורים לאלימות קלה יותר בקרב גברים פסיכויטיים [26]. Link וחב' [16] הוכיחו שקיים קשר חזק מסוג מנה־תגובה בין רמת האלימות לבין רמת מחשבות־שווא מסוימות, לדוגמה מחשבות שווא מסוג: שליטה על מחשבותיו של החולה על ידי כוחות זרים, החדרת מחשבות ומחשבות פרנואידיות.

Wessely וחב' [6] חקרו חולים מאושפזים עם מחשבות שווא. הם סיווגו את החולים לשתי קבוצות: קבוצה אחת שפעלה בהתאם למחשבות השווא, וקבוצת חולים שניה שלא פעלה בהתאם למחשבות השווא או שהגיבה למחשבות בצורה שלילית; לדוגמה, החולים הפסיקו לצפות בטלוויזיה או לשוחח עם אנשים מסוימים. הם מצאו, שהחולים שפעלו בהתאם למחשבות, יכלו לספר על הוכחה שהייתה להם לוודאות המחשבה במהלך מחלתם וחיפשו הוכחות המאששות את אמיתות מחשבות השווא. מצד שני נמצא, שהחולים בקבוצה הפעילה גם שינו יותר את מחשבות השווא שלהם ואת נחישותם בנכונותן לאחר יום־יומיים, כאשר החוקרים התעמתו איתם בנוגע למחשבות אלו. מימצאים אלו סותרים את אלה של Taylor וחב' [27]; הם מצאו, שככל שהחולה נחוש יותר בנוגע לאמיתות מחשבות השווא שלו, כך מחשבות אלו מניעות אותו יותר לפעולה. יתכן שאין סתירה בין שני מחקרים אלו, כי אם הבדל בפעולות שנחקרו. אלימות קשה נובעת ככל הנראה מאמונה שלמה במחשבות השווא, ואילו אלימות פחות קשה נובעת ממחשבות, שהחולים פחות מחויבים להן.

היבט חשוב נוסף של מחשבות השווא הוא ההשפעה הריגשית שלהן. נראה, שהמחשבות על פיהן פעלו החולים גרמו להם לכעס, עצב או פחד, לעומת המחשבות של קבוצת החולים שלא פעלה לפיהן.

בנוגע להלוציניציות, Taylor [26] דיווח שהן מהוות מניע לאלימות קשה רק במצבים נדירים. הספרות עקבית במתן חשיבות מופחתת להלוציניציות בקשר לאלימות קשה [14]. לעומת זאת, הלוציניציות משמעותיות יותר באלימות קלה [28-31].

לעומת זאת, McNiel וחב' [32] הבחינו בעובדה, שאכן נמצא קשר חיובי חזק בין הלוציניציות לאלימות, הקשר נמצא בנכחות תסמינים פסיכויטיים אחרים.

מכלל ההלוציניציות, אלו של ציווי פקודות מעוררות עניין רב בהקשר לאלימות. Goodwin וחב' [33] דיווחו, שמתוך קבוצה של 117 חולים עם הלוציניציות, בהם 42 עם הלוציניציות של ציווי פקודות, לא ביצע אף חולה מעשים הרסניים או אנטי־חברתיים.

הקשר בין החולה הסכיזופרני האלים לבין קורבנו

אחת התכונות החשובות בהערכת חולה אלים היא יכולתו לחוש אמפתיה כלפי קורבנו. חוסר אמפתיה קשור להפרעה פסיכופתית. בעיה מאוד דומה עלולה להתהוות באנשים עם סכיזופרניה. Taylor וחב' [34] מצאו עובדה מאוד מעניינת בנושא זה — שלמרות שהגברים הפסיכויטיים הכירו רק מעט פחות את קורבנותיהם ביחס לגברים שאינם פסיכויטיים, הרי שאלה הראשונים הודו בצורה מובהקת יותר, שאין להם רגשות כלשהם כלפי קורבנותיהם. מימצא נוסף המחזק מסקנות

גורמי הסיכון לאלימות הטבועים בחולה עצמו

לכל חולה מאפיינים בסיסיים, קווי אישיות, חוויות מהעבר ומאפיינים, הנובעים ישירות מהמחלה עצמה, ושעלולים להיות קריטיים מבחינת הסיכון לאלימות. נראה, כי מינו של החולה משפיע על הסיכון לאלימות בדומה לאנשים בריאים נפשית — גברים נוטים לאלימות גבוהה יותר. אולם, בניגוד לדעה שרווחה בעבר, נראה כי בקרב חולי הנפש בכלל ובחולי חולי הסכיזופרניה בפרט, נשים עלולות להיות אלימות בשיעור הקרוב לזה של גברים. במצבים מסוימים, נשים סכיזופרניות אף אלימות יותר מגברים; לדוגמה, רציחות בנוכחות פסיכוזא אפקטיבית, שהיא שכיחה פי-3 יותר בנשים [14] ואלימות בחדר־מיון, עם שכיחות של 49% בקרב הנשים לעומת 42% בקרב הגברים [20]. אולם, יכולת הניבוי של אלימות בקרב נשים עדיין נמוכה מאוד — רק 22%.

עם העלייה בגיל, פוחתת בדרך־כלל רמת אלימות בקרב הבריאים נפשית. אולם, לא כך לגבי חולי נפש בכלל ובחולים סכיזופרניים בפרט. בקרב חולי הנפש, הירידה בסיכון לאלימות פחותה ומתרחשת רק בגיל מאוחר יותר לעומת האוכלוסייה הבריאה [2].

גורמי סיכון נוספים להתנהגות אלימה בחולי סכיזופרניה, כמו גם באנשים בריאים, הם אירועי חיים טראומטיים בילדות ובבגרות. במחקר על האסירים בכלא בריקסטון [12], חלק גדול מהאסירים, הן הפסיכויטים והן הבריאים, גדלו בילדותם תקופה ארוכה ללא אמהותיהם (33% מהנבדקים) או ללא אביהם (מעל 40%). רובם איבדו את אחד מהוריהם עוד לפני גיל 5. בנוסף, כרבע מהגברים שהו לפחות שנה אחת בפנימייה במהלך התבגרותם. לעומת זאת, בקרב אסירים הפסיכויטיים, שפשעו בהשראת מחשבות־שווא שלהם, בלטה העובדה שגדלו עם אמהותיהם כמשך כל תקופת התבגרותם; אולם, אצל רובם — היו אמהותיהם חולות והשפעתן ונוכחותן עליהם הייתה גדולה.

לסיכום, סכיזופרניה מחזקת דפוסי אלימות, בדומה לנטילת סמים או שתיינות. אולם, גורמי הסיכון המשמעותיים ביותר להתנהגות אלימה בקרב חולי הסכיזופרניה הם: מין, רקע תרבותי, גיל פריצת המחלה ואנאמנזה של אלימות בעבר. אין בנמצא טיפול פסיכיאטרי היכול להשפיע על חולים עם גורמי סיכון אלה [21].

הערכת מחשבות־שווא

מכל התסמינים החיוביים של סכיזופרניה, רק מחשבות־שווא רלוונטיות לגבי ניבוי אלימות. מחשבות שווא הן התסמין השכיח ביותר בסכיזופרניה [22, 23]. Hafner וחב' [14] מצאו, שחולי סכיזופרניה אלימים מצויים בסיכון גבוה יותר ללקות גם במחשבות־שווא לעומת חולים סכיזופרניים שאינם אלימים. עדות נוספת לכך נמצאה בחולים עם סכיזופרניה פרנואידיית. צורה זו של סכיזופרניה מתאפיינת בעיקר במחשבות־שווא. נמצא שיש שכיחות מוגברת של אלימות בחולים עם סכיזופרניה מסוג זה לעומת החולים בסוגי המחלה האחרים, לדוגמה סכיזופרניה סכיזואפקטיבית [14, 24, 25]. נמצא גם

מספר מחקרים המעידים כי לתרופה האטיפית clozapine, השפעה נוגדת תוקפנות יחסית סגולית, שלא ניתן לשייך לטישטוש ולהשפעה אנטי-פסיכוטית כללית גרידא. ככל הנראה, לקלזופין יש תועלת גם בטיפול בחולים סכיזופרניים, שבנוסף נוטלים סמים/ שתיינים (substance abusers) [40].

סיכום

בעשור האחרון, חל מהפך בתפיסה לגבי אלימותם של חולי הנפש, וכיום הדעה הרווחת בקהילה הפסיכיאטרית היא, כי חולי הנפש אלימים יותר משאר האוכלוסייה. ההבדל הזה מודגש במיוחד בקרב נשים חולות. למרות זאת, יש לזכור שמרבית החולים לא מבצעים פשעים אלימים. ההסתברות של חולה לרצוח קטנה פי-100 לעומת הסיכון שחולה זה יתאבד. אם אכן חולה מבצע פשע אלים, הוא פוגע על פי רוב באנשים קרובים ומשמעותיים בחייו, ולא בזרים. הרבה מההתנהגות האלימה נובעת מתסמינים פסיכויטיים, מחשבות-שווא והלוציניציות. זהו מספר גורמי סיכון ביולוגיים וחברתיים, המהווים מדדים חשובים בהתהוות התנהגות אלימה בקרב חולים עם פסיכופתולוגיה בציר הראשון. חולים נוטים להיות אלימים רק לאחר פרוץ המחלה. יש שני שיאים של גילאים, בהם ביצעו החולים את תקיפתם הראשונה: 15-18, ו-21-30. רוב החולים הפסיכויטיים שביצעו מעשי אלימות קיבלו בעבר טיפול, אולם מעטים בלבד קיבלו עדיין טיפול גם בזמן ביצוע הפשע. הטיפול באלימות בחולי-נפש צריך, אפוא, להתמקד בשלב המניעה, עוד טרם בוצע המעשה האלים. המניעה מורכבת לשני חלקים:

- א' מניעה ראשונית — איתור האוכלוסייה בסיכון על ידי אנשי בריאות הנפש ושאר הצוות המטפל בקהילה.
- ב' מניעה שניונית — לטפל באלימותם, אם היא כבר אותרה, עוד טרם בוצע הפשע.

כאמור, בחולה סכיזופרני אלים, מומלץ לטפל בתרופה האטיפית קלזופין. מטרות אלו מחייבות, מחד גיסא, שירותים, שיספקו מענה אינטנסיבי בטווח הקצר, ומאידך גיסא גם עבודה רב-מקצועית מתמשכת, שתלווה את החולים בטווח הארוך בכל הרמות, הן ברמת האישפוז והן ברמת הקהילה. בנוסף, יש צורך בשירותים וטיפולים סבירים, כגון מיעוט השפעות-לוואי של התרופות, במטרה להגביר את שיעור היענות החולים לטיפול.

אנו מקווים, כי סקירה זו תעלה את רמת המודעות של הרופא הראשוני בקהילה ושל אנשי בריאות הנפש לסכנת האלימות בקרב חולי נפש בכלל וחולי סכיזופרניה בפרט.

ביבליוגרפיה

1. Beck JC & Wencel H, Violent crime and axis I psychopathology. In: Skodol AE (ed). Psychopathology and Violent Crime, American Psychiatric Press, Washington D.C., 1998, pp 1-23.
2. Taylor PJ, Schizophrenia. In: Hirsch SR & Weinberger DR (ed). Schizophrenia and the Risk of Violence, Blackwell Science, Cambridge, 1995, pp 163-183.

מימצאים אלו הוא, שהתקפותיהם של גברים שאינם פסיכויטיים התרחשו לרוב אחרי התגרות מסוימת מצד הקורבן, בניגוד להתקפותיהם של גברים פסיכויטיים. בנוסף, שתיית אלכוהול של הקורבן או התוקף בזמן התקיפה, הייתה שכיחה יותר בקרב גברים שאינם פסיכויטיים, דבר המרמז על אינטראקציה חברתית בין התוקף שאינו פסיכויטי לבין קורבנו במהלך התקיפה.

לסיכום, נראה כי בקרב חולי סכיזופרניה וחולים עם פסיכוזה אפקטיבית, החולים שאמורים להדאיג את הצוות המטפל הם אלו עם מחשבות שווא שהם מאוד דבקים בהן, חולים שכבר חיפשו עדויות לאשש את אמונותיהם וחולים שמחשבותיהם מפחידות או מאמללות אותם מאוד. כל זאת בהקשר חוסר רגשות כלשהם כלפי הקורבן הפוטנציאלי שלהם, ואף ללא הכרות קרובה של קורבנם. מחשבות שווא דתיות או פרנואידיות יכולות להוות סכנה ממשית. לגבי מחשבות שווא של רדיפה — למרות שסכנתן פחות מובהקת מבחינה סטטיסטית, יש להתייחס בצורה רצינית לחלקן, לדוגמה למחשבות שווא של הרעלה.

היבטים טיפוליים

העובדה המזעזעת היא שחולים פסיכויטיים, שביצעו מעשי אלימות, בדרך כלל כבר נחשפו בעבר לשירותי הבריאות, ובנוסף — הם חולים לרוב כבר תקופה ארוכה [17]. במחקר על אסירים בכלא בריקסטון, באנגליה, שפורסם במאמרם של Taylor וחב' [12] משנת 1984, נמצא שמעל 90% מהאסירים הפסיכויטיים טופלו בעבר על ידי שירותי הבריאות הפסיכיאטריים, ורובם אף היו מאושפזים במחלקות פסיכיאטריות. למרות זאת, חלק קטן בלבד של האסירים הפסיכויטיים קיבלו טיפול בזמן שביצעו את פשעם, ורק רבע מהאסירים טענו שקיבלו תרופות נוגדות פסיכוזה בעת ביצוע העבירה. רק שני חולים קיבלו טיפול מלא בזמן ביצוע פישעם. חולה אחד, שרצח אדם, ניסה לקבל טיפול בשלושת הימים טרם המעשה, ובנוסף גם משפחתו ניסתה להשיג טיפול עבורו, אולם בית-החולים אליו פנו, לא גיבש דעתו בנוגע למצבו הנפשי.

מימצאים אלה אינם חריגים; Hafner וחב' [14] דיווחו במחקרם על חולים סכיזופרניים בגרמניה, שרצחו או שניסו לרצוח, כמעט כולם קיבלו בעבר טיפול, אולם מעטים בלבד קיבלו טיפול גם בתקופה בה ביצעו את הפשע.

כלומר — לשירותי בריאות הנפש יש תפקיד לא רק בשיפור בריאותם של חולי סכיזופרניה, אלא גם במניעת אלימותם האפשרית.

נראה כי הפרוגנוזה של חולי סכיזופרניה אלימים מאוד, המגיבים לטיפול באישפוז, טובה יחסית. הם הופכים תוקפניים רק לעתים רחוקות עם שובם לקהילה. הפרוגנוזה שלהם אף טובה יותר מזו של חולים שאינם פסיכויטיים ששוחררו [35-38]. Gibbens וחב' [39,36,35], הבחינו בשיעור התמותה הגבוה יחסית של קבוצה זו, כמו של חולים אלימים עם הפרעות פסיכיאטריות אחרות. כ-50% מהחולים נפטרו כתוצאה מהתאבדות, תאונה או מוות אלים אחר.

למרות שהשפעת רוב התרופות הפסיכיאטריות על אלימות נובעת בעיקר מגרימת טישטוש, הרי שבשנים האחרונות, פורסמו

3. *Monahan J & Steadman HJ*, Crime and mental disorder. National Institute of Justice, research in brief, Washington DC, September 1984.
4. *Lindquist P & Allebeck P*, Schizophrenia and violent crime. *Br J Psychiatry*, 1990; 157: 345-350.
5. *Beck JC, White KA & Gage B*, Emergency psychiatric assessment of violence. *Am J Psychiatry*, 1991; 148: 1562-1565.
6. *Wessely S, Buchanan A, Reed J & al*, Acting on delusions, 1: prevalence. *Br J Psychiatry*, 1993; 163: 69-76.
7. *Raine A, Buchsbaum MS, Stanley J & al*, Selective reductions in prefrontal glucose metabolism in murderers. *Biol Psychiatry*, 1994; 36: 365-373.
8. *Wong MTH, Lumsden J, Fenton GW & al*, EEG, CT and violence rating of male patients in a maximum-security mental hospital. *Acta Psychiatr Scand*, 1994; 90: 97-101.
9. *Raine A, Brennan P, Mednick B & al*, High rates of violence, crime, academic problems, and behavioral problems in males with both early neuromotor deficits and unstable family environments. *Arch Gen Psychiatry*, 1996; 53: 544-549.
10. *Petursson H & Gudjonsson GH*, Psychiatric aspects of homicide. *Acta Psychiatr Scand*, 1981; 64: 363-372.
11. *Gottlieb P, Gabrielsen G & Kramp P*, Psychotic homicides in Copenhagen from 1959-1983. *Acta Psychiatr Scand*, 1987; 76: 285-292.
12. *Taylor PJ & Gunn JC*, Violence and Psychosis. 1. Risk of violence among psychotic men. *Br Med J*, 1984; 288: 1945-1949.
13. *Wilcox DE*, The relationship of mental illness to homicide. *Am J Forensic Psychiatry*, 1985; 6: 3-15.
14. *Hafner H & Boker W*, Crimes of violence by mentally abnormal offenders. Translated by Marshall H. Cambridge University Press, Cambridge 1982.
15. *Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK & Jono RT*, Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry*, 1990; 41: 761-770.
16. *Link BG, Andrews H & Cullen FT*, The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *Am Sociol Rev*, 1992; 57: 275-292.
17. *Humphreys MS, Johnstone EC, MacMillan JF & Taylor PJ*, Dangerous behavior preceding first admissions for schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 1992; 161: 501-505.
18. *Hodgins S*, Mental disorder, intellectual deficiency and crime. *Arch Gen Psychiatry*, 1992; 49: 476-483.
19. *Wessely SC, Castle D, Douglas, AJ & Taylor PJ*, The criminal careers of incident cases of schizophrenia. *Psychol Med* 1994; 24: 483-502.
20. *Lidz CW, Mulvey EP & Gardner W*, The accuracy of predictions of violence to others. *JAMA*, 1993; 269: 1007-1011.
21. *Wessely S*, The epidemiology of crime, violence and schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 1997; 170 (suppl. 32): 8-11.
22. *Lucas C, Sainsbury P & Collins J*, A social and clinical study of delusions in Schizophrenia. *J Mental Sci*, 1962; 108: 747-758.
23. *Taylor PJ, Dalton R & Fleminger JJ*, Handedness and schizophrenic symptoms. *Br J Med Psychol*, 1982; 55: 287-291.
24. *Shader RI, Jackson AH, Houmatz JS & Appelbaum PS*, Patterns of violent behavior among schizophrenic inpatients. *Diseases Nerv System*, 1977; 38: 13-16.
25. *Rofman ES, Askinazi C & Fant E*, The prediction of dangerous behavior in emergency civil commitment. *Am J Psychiatry*, 1980; 137: 1061-1064.
26. *Taylor PJ*, Motives for offending among violent psychotic men. *Br J of Psychiatry*, 1985; 147: 491-498.
27. *Taylor PJ, Garety P, Buchanan A & al*, Delusions and violence. In: *Monahan J & Steadman H* (eds). *Violence and Mental Disorder*, Chicago University Press, Chicago, 1994, pp 161-182.
28. *Junginger J*, Predicting compliance with command hallucinations. *Am J Psychiatry*, 1990; 147: 245-247.
29. *Hellerstein D, Frosch W & Koeningsberg HW*, The clinical significance of command hallucinations. *Am J Psychiatry*, 1987; 144: 219-221.
30. *Depp FC*, Assaults in a public mental hospital. In: *Lion JR & Reid WH* (eds). *Assaults within Psychiatric Facilities*, Grune and Stratton. New York, 1983, pp 21-45.
31. *Werner PD, Rose TL, Tesavage JA & Seeman K*, Psychiatrists' judgements of dangerousness in patients on an acute care unit. *Am J Psychiatry*, 1984; 141: 263-266.
32. *McNeil DE*, Hallucinations and violence. In: *Monahan J & Steadman H*, (eds). *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment*, Chicago University Press, Chicago, 1994, pp 183-202.
33. *Goodwin D, Anderson WP & Rosenthal R*, Clinical significance of hallucinations in psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 1971; 24: 76-80.
34. *Taylor PJ, Mullen P & Wessely S*, Psychosis, violence and crime. In: *Gunn J & Taylor PJ*, (eds). *Forensic Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical Issues*, Butterworth-Heinemann, Oxford, 1993a, pp 329-372.
35. *Gibbens TCN & Robertson G*, A survey of the criminal careers of hospital order patients. *Br J Psychiatry*, 1983a; 143: 362-369.
36. *Gibbens TCN & Robertson G*, A survey of the criminal careers of restriction order patients. *Br J Psychiatry*, 1983b; 143: 370-375.
37. *Tennent G & Way C*, The English special hospitals – 12-17 year follow-up study: a comparison of violent and non-violent re-offenders and non-offenders. *Medicine, Science and the Law*, 1984; 24: 81-91.
38. *Steadman HJ & Cocozza J*, *Careers of the criminally insane*. Lexington Books, lexington 1974.
39. *Robertson G*, Mentally abnormal offenders: manner of death. *Br Med J*, 1987; 295: 632-634.
40. *Volavka J*, The effects of clozapine on aggression and substance abuse in schizophrenic patients. (review). *J Clin Psychiatry*, 1999; (60 suppl) 12: 43-46.