



ფსიქიკური აშლილობა და ძალადობა -კლინიკური და სოციალური რისკ  
ფაქტორების შესწავლა სასამართლო ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში

ავტორი: ნანა ზავრადაშვილი

სადისერტაციო ნაშრომი შესრულებულია  
საქართველოს უნივერსიტეტის  
ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის  
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის  
დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

ხელმძღვანელი: პროფესორი ოთარ თოიძე

თბილისი

2021

სადოქტორო დისერტაცია თემაზე: ფსიქიკური აშლილობა და ძალადობა - კლინიკური და სოციალური რისკ ფაქტორების შესწავლა სასამართლო ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

ავტორი - ნანა ზავრდაშვილი

ნანა ზავრდაშვილი © თბილისი, 2021 წელი.

*მოკლე მიმოხილვა*

საზოგადოებაში ფართოდაა გავრცელებული აზრი, რომ ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანები საშიშნი არიან და მიდრეკილნი განსაკუთრებით სასტიკი დანაშაულისკენ. ამ აზრს განამტკიცებს მედიასაშუალებებით ფსიქიკურად დაავადებულთა მიერ ჩადენილი დანაშაულის გაშუქების ტენდენცია. საზოგადოების ეს წინაგანწყობა აძლიერებს სტიგმას, რომელსაც აწყდებიან ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირები, რაც თავის მხრივ, იწვევს ფსიქიკური დაავადების დაფარვას და მკურნალობის შესაძლებლობის შემცირებას.

მკვლევართა უმეტესობა თანხმდება, რომ აგრესია ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებს შორის განპირობებულია სხვადასხვა ბიოლოგიურ თუ ფსიქო-სოციალურ ფაქტორთა ურთიერთქმედებით, თუმცა განსხვავებულია მოსაზრება ცალკეულ ფაქტორთა მნიშვნელობის შესახებ. ამ საკითხების შესწავლა მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკისა და პრაქტიკის განვითარებაზე, ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში რესურსების მოზიდვაზე; ასევე სისხლის სამართლის სფეროს განვითარებასა და ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანთა მიმართ საზოგადოების დამოკიდებულებაზე.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, წინამდებარე კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ძალადობის რისკფაქტორების იდენტიფიცირება შიზოფრენიის და შიზოფრენიისმაგვარი ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტებში, რომლებმაც წარსულში ჩაიდინეს ძალადობრივი ქმედება (შემთხვევა) და შიზოფრენიის და შიზოფრენიისმაგვარი ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტებში, რომლებსაც არ ჩაუდენიათ წარსულში ძალადობრივი ქმედება (კონტროლი). შემთხვევის ჯგუფი განისაზღვრა პაციენტებით, რომლებიც კვლევის მომენტში იმყოფებოდნენ იძულებით ფსიქიატრიულ მკურნალობაზე ბ.ნანეიშვილის სახ.ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრში (94 პაციენტი). საკონტროლო ჯგუფი შეირჩა ასაკითა და სქესით თანმხვედრი პაციენტებით, რომლებიც არასოდეს გასამართლებულან დანაშაულის გამო და კვლევის მომენტში სარგებლობდნენ ფსიქიატრიული მომსახურებით (106 პაციენტი). კვლევაში მონაწილე ყველა პაციენტს დადგენილი ჰქონდა შიზოფრენია და შიზოფრენიისმაგვარი აშლილობის დიაგნოზი. ლიტერატურის მონაცემებზე დაყრდნობით გამოიყო ძალადობრივი ქცევის სოციალური, კლინიკური და კონტექსტური რისკფაქტორები, რომელთა ზემოქმედება შეფასდა სტანდარტული ინსტრუმენტების ნაკრებით პაციენტების ინტერვიუსა და სამედიცინო ბარათების საშუალებით.

კვლევის მონაცემთა დიხოტომური ანალიზის შედეგები ემთხვევა საერთაშორისო კვლევის დასკვნებს, რომ შიზოფრენიით დაავადებული პირების ძალადობრივი ქცევა ასოცირდება ისტორიულ (წარსული ძალადობა, ტრავმული გამოცდილება), კლინიკურ (ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენება, მწვავე ფსიქოზური სიმპტომები, მკურნალობის რეჟიმის დაუცველობა), დისპოზიციურ (იპულსურობა, სოციალური უნარების ნაკლებობა, დაბალი განათლების დონე) და კონტექსტურ (უმუშევრობა, ოჯახური კონფლიქტები, საცხოვრებელი გარემო) ფაქტორების ზემოქმედებასთან. კვლევაში რისკ ფაქტორებს შორის გამოიკვეთა კონფლიქტი ოჯახში, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარება, მკურნალობის რეჟიმის ცუდი დამყოლობა და ციხის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში არანებაყოფლობითი მკურნალობა. კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით, შეიძლება ითქვას, რომ საჭიროებებზე მორგებული ადეკვატური მკურნალობა, რაც გულისხმობს ინტერდისციპლინური მიდგომას, თანმხლები ნივთიერებების ბოროტად გამოყენების მართვას მძიმე ფსიქიური აშლილობის მქონე პირთა უკეთეს გამოსავალს უკავშირდება. შესაბამისად, ფსიქიატრიული საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ დანიშნული მკურნალობის დაცვა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სათემო სერვისებით რეგულარული სარგებლობა მნიშვნელოვნად შეამცირებს დანაშაულის ხელახალი ჩადენის რისკს. კვლევით არ დადასტურდა ლიტერატურაში გავრცელებული მოსაზრება ალკოჰოლის ჭარბ მოხმარებასა და აგრესიულ ქცევას შორის კავშირზე; ამ საკითხის შემდგომი კვლევა მნიშვნელოვანია ორმაგი დიაგნოზის მქონე პაციენტებში ძალადობის რისკის შეფასებისთვის.

და ბოლოს, კვლევის მონაცემები ადასტურებს, რომ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მულტიდისციპლინური მიდგომა, რომელიც გულისხმობს ისეთ კომპონენტებს, როგორცაა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში ფსიქიატრიული დახმარების ხელმისაწვდომობა, ეფექტიანი მკურნალობა, ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერა და შემდგომი მეთვალყურეობა თემში, ამცირებს ძალადობის და ხელახალი დანაშაულის ჩადენის საფრთხეს. ძალადობის შემცირება, აგრესიული ქცევის სწორი მართვა დადებითად აისახება ფსიქიკური დაავადების მქონე პირებზე, მათ გარემოცვასა და, საერთო ჯამში, საზოგადოებაზე.

*სარჩევი*

ტერმინებისა და შემოკლებების ჩამონათვალი .....	6
ცხრილებისა და დიაგრამების ჩამონათვალი .....	8
შესავალი .....	9
მიზანი და ამოცანები .....	13
კვლევის მეთოდოლოგია .....	13
თავი 1. ძალადობის გავრცელება ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებში.....	23
1.1. მეთოდოლოგიური პრობლემები .....	23
1.2. ძალადობის გავრცელების მაჩვენებელი ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებში ...	25
1.3. ძალადობასთან დაკავშირებული ფსიქიატრიული დიაგნოზები .....	27
1.4. ძალადობა და პერსონოლოგიური აშლილობა.....	30
1.5. ძალადობა და ნივთიერების ავადმომარება.....	32
1.6. ძალადობა და პერსონოლოგიური აშლილობა.....	30
1.7. შიზოფრენია და ძალადობრივი ქცევა .....	34
1.8. ძალადობასთან დაკავშირებული ფსიქოზური სიმპტომები .....	36
1.9. ძალადობრივი ქცევის წინაპირობები .....	37
1.10. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის გამოწვევები .....	40
1.11. დეინსტიტუციონალიზაცია და არანებაყოფლობითი მკურნალობა ფსიქიატრიაში .....	43
თავი 2. კვლევის შედეგები .....	48
2.1. მონაწილეთა დემოგრაფიული მონაცემები .....	48
2.2. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებით სარგებლობა .....	53
2.3. მძიმე და ნაკლებად მძიმე დანაშაული .....	58
2.4. მრავლობით რეგრესიული ანალიზი .....	60
2.5. კვლევის შეზღუდვები .....	66
დასკვნები და რეკომენდაციები .....	68
დანართი 1 .....	73
დანართი 2 .....	75
დანართი 3 .....	77
გამოყენებული ლიტერატურა .....	83

*ტერმინების ჩამონათვალი*

*ფსიქიკური ჯანმრთელობა* - პირის კეთილდღეობა, სოციალური, სულიერი, კოგნიტური და ემოციური ასპექტების ჩათვლით; კერძოდ, მდგომარეობა, როდესაც პირი ავლენს და ახორციელებს საკუთარ შესაძლებლობებს, უმკლავდება ჩვეულებრივ, ცხოვრებისეულ სტრესებს და შეუძლია ეფექტიანი, ნაყოფიერი მუშაობა და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში წვლილის შეტანა.

*ფსიქოსოციალური დახმარება* - ღონისძიებათა კომპლექსი, რომლის მიზანია ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირის ფსიქოსოციალური მხარდაჭერა, მისი სოციალური კონტაქტებისა და შრომის უნარის შენარჩუნება/განვითარება და ამ პირის საზოგადოებაში ინტეგრაციის ხელშეწყობა.

*ფსიქიკური ჯანმრთელობის სათემო მომსახურება (სერვისი)* - ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირისთვის მის საცხოვრებელ ადგილთან ახლოს ისეთი მომსახურების მიწოდება, რომელიც მომსახურების მიმღებს შესაბამისი ზრუნვით უზრუნველყოფს და რომლის მიზანია მისი ფსიქიკური ჯანმრთელობის მხარდაჭერა და სოციალური ადაპტაციის, საზოგადოებაში ინტეგრაციისა და დამოუკიდებელი ცხოვრების უნარის შენარჩუნების/განვითარების ხელშეწყობა.

*სათემო მობილური გუნდი (სერვისი)*- ახორციელებს მულტიდისციპლინური მობილური გუნდი და მოიცავს შემდეგს: მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირების შინ (თემში) მომსახურება, ინდივიდუალური მართვის გეგმის შემუშავება და განხორციელება, პაციენტის და ოჯახის ფსიქოსოციალური მხარდაჭერა და ფსიქოგანათლება.

*სასამართლო ფსიქიატრია* - ფსიქიატრიის დარგი, რომელიც სწავლობს სისხლის სამართლის და სამოქალაქო სამართლის გარკვეულ საკითხებთან პირის ფსიქიკური აშლილობებისა და ფსიქიკური ფუნქციონირების სხვა დარღვევების კავშირს.

*იძულებითი ფსიქიატრიული მკურნალობა* - სისხლის სამართლის საქმის განმხილველი სასამართლოს განჩინების საფუძველზე სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების სპეციალური სახე; იძულებითი ფსიქიატრიული მკურნალობა ტარდება სპეციალურად დაცულ ფსიქიატრიულ განყოფილებაში და მოიცავს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირის საკუთარი თავისთვის ან/და სხვა პირისთვის ზიანის, მუქარის ან/და ძალადობის შემცველი ქცევის რისკის შემცირების, რესოციალიზაციისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისკენ მიმართულ ღონისძიებათა სისტემას.

მსჯავრდებულთა არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარება - სასამართლოს გადაწყვეტილებით მსჯავრდებულთა არანებაყოფლობითი მკურნალობა პენიტენციური დაწესებულების გარეთ არსებულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში.

*შემოკლებების ჩამონათვალი*

ჯანმო- ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

WHO – World Health Organization

ICD -10– International Classification of Diseases 10th version- დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია მე-10 გადასინჯვა

GAF – Global Assessment of Functioning Scale - ფუნქციონირების გლობალური შეფასების შკალა

SAPS – Scale of Assessment of Positive Symptoms- პოზიტიური სიმპტომების შეფასების შკალა

SANS – Scale of Assessment of Negative Symptoms-ნეგატიური სიმპტომების შეფასების შკალა

*ცხრილების ჩამონათვალი*

ცხრილი 1. დემოგრაფიული და სოციალური ფაქტორების შანსთა ფარდობა ..... 51

ცხრილი 2. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებით სარგებლობა შანსთა ფარდობა ..... 55

ცხრილი 3. ნივთიერება დამოკიდებულება და დისპოზიციური რისკფაქტორების შანსთა ფარდობა შემთხვევა-კონტროლის ჯგუფებში..... 56

ცხრილი 4. რისკ-ფაქტორების შანსთა ფარდობა ძალადობრივი არაძალადობრივი დანაშაულის ჯგუფში..... 58

ცხრილი 5. გამოსავალი (Y დანაშაული), ფაქტორები (X) და საწყისი კორელაციური მატრიცა..... 60

ცხრილი 6. რეგრესიის  $\beta 0$  და მოდელში დარჩენილი სარწმუნო რისკ-ფაქტორების შესაბამისი  $\beta$  კოეფიციენტები ..... 64

ცხრილი 7 მრავლობითი რეგრესიის სტატისტიკური სახეობის პარამეტრები..... 65

*სქემების ჩამონათვალი*

სქემა 1. კვლევის სტრუქტურა ..... 14

სქემა 2. რისკფაქტორების შემოქმედება შემთხვევა-კონტროლის ჯგუფებზე..... 14

*ნახაზების ჩამონათვალი*

დიაგრამა 1 განათლება შემთხვევა-კონტროლის ჯგუფებში ..... 49

დიაგრამა 2 დასაქმება შემთხვევა-კონტროლის ჯგუფებში ..... 49

დიაგრამა 3 კონფლიქტი ოჯახში შემთხვევა-კონტროლის ჯგუფებში ..... 50

დიაგრამა 4 დიაგნოზები განაწილება შემთხვევა -კონტროლში..... 52

დიაგრამა 5 ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებით სარგებლობა..... 54

დიაგრამა 6 მკურნალობაზე დამყოლობა შემთხვევა-კონტროლის ჯგუფში..... 54

დიაგრამა 7 დანაშაულის რეგრესიული მოდელით ნაწინასწარმეტყველები და ფაქტიური მონაცემების ურთიერთდამოკიდებულება..... 65



## შესავალი

### თემის აქტუალურობა

მსოფლიოში განზრახ დაზიანებების შემთხვევების მნიშვნელოვანმა ზრდამ განაპირობა, რომ 1996 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ (ჯანმო) ძალადობის პრევენცია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრიორიტეტად აღიარა და მოუწოდა წევრ ქვეყნებს განახორციელონ პრობლემის იდენტიფიცირებისა და აღმოფხვრისაკენ მიმართული შესაბამისი ღონისძიებები და პროგრამები (1996). ჯანმო-ს ანგარიშის მიხედვით, მსოფლიოში ყოველწლიურად მილიონზე მეტი ადამიანი იღუპება და ბევრად მეტი დეზულობს არასასიკვდილო დაზიანებებს თვითმმართველი, ინტერპერსონალური ან კოლექტიური ძალადობის შედეგად. ძალადობას 15-44 წლის ასაკის ადამიანების სიკვდილის მიზეზებს შორის წამყვანი ადგილი უკავია, მათ შორის 14% კაცთა შორის და 7% ქალებში. გარდა ამისა, ძალადობა ხშირად დაღს ასვამს ადამიანის ფიზიკურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობას, უარყოფით ემოციურ ზეგავლენას ახდენს ოჯახსა და უახლოეს გარემოცვაზე, თან ახლავს ფინანსური და ემოციური პრობლემები, და, ამასთან ერთად, სოციალური და ეკონომიკური განვითარების სირთულეებს ქმნის.

ინტერპერსონალური ძალადობა უზარმაზარ ტვირთად აწევს საზოგადოებრივ ჯანდაცვას, რადგან იზრდება ჯანმრთელობის ქრონიკული და სოციალური პრობლემების და ნაადრევი სიკვდილიანობის რისკები. შესაბამისად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის როლი ძალადობის პრევენციის მიმართულებით კრიტიკულად მნიშვნელოვანია (ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია/ World Health Organisation 2002,2020).

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, განსაკუთრებული აქტუალობა შეიძინა კვლევებმა ფსიქიკურ აშლილობასა და ძალადობას შორის კავშირის შესახებ, რაც თავის მხრივ, დიდ ინტერესს იწვევს როგორც პროფესინალებში 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.

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 (კორიგანი/Corrigan, 2004). ამ თემის მითოლოგიზაციას და ფსიქიკური დაავადების მქონე პირთა დისკრიმინაციას კიდევ უფრო ამძაფრებს ძალადობასა და ფსიქიკურ აშლილობას შორის კავშირის შესახებ კვლევების არაერთგვაროვანი და წინააღმდეგობრივი მონაცემები. მკვლევართა და პროფესიონალთა უმეტესობა თანხმდება, რომ ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებში აგრესიული ქცევა განპირობებულია სხვადასხვა ბიოლოგიურ თუ ფსიქო-სოციალურ ფაქტორთა ურთიერთქმედებით, თუმცა განსხვავებულია მოსაზრება ცალკეულ ფაქტორთა მნიშვნელობის შესახებ (რუევი/Rueve & ველტონი/Welton, 2008).

უკანსკნელი 30 წელია ფსიქიკურ აშლილობასა და ძალადობას შორის კავშირის შესწავლა მეცნიერული კვლევების საგანია და მნიშვნელოვანი პროგრესია მიღწეული ძალადობასთან ემპირიულად დაკავშირებული რისკ ფაქტორების დადგენაში. კვლევები ძირითადად ფოკუსირებულია კავშირზე ფსიქიკურ აშლილობასა და ძალადობას შორის (თორი/Torrey, 1994; მალვეი/Mulvey, 1994; სერპერი/Serper, 2011; ჰალი/Halle, 2020), თუმცა კვლევებით მოპოვებული მონაცემები არაერთგვაროვანია. ზოგიერთი კვლევა, ამკარად მხარს უჭერს ფსიქიკურ აშლილობასა და ძალადობას შორის პირდაპირ კავშირს (კრაკოვსკი/Krakowski, 1994; ლინკი/Link და სთიუვი/Stueve, 1994; დუგლასი და სხვანი/Douglas et al, 2009, ქაქეო-ურიზარი და სხვანი/Caqueo-Urizar et al, 2016), მაშინ როცა სხვა კვლევები ხაზს უსვამს, რომ არა ფსიქიატრიული დაავადება თავისთავად, არამედ ალკოჰოლისა და წამლის ავადმობმარების თანაარსებობა წარმოადგენს ძალადობის მნიშვნელოვან რისკ ფაქტორს (მალვეი და სხვანი/Mulvey et al, 2006; პატერსონი და სხვანი/Patterson et al, 2021; სოიკა/Soyka, 2000). ლიტერატურაში არსებული განსხვავებული მონაცემების შედეგად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მნიშვნელოვანი უთანხმოებაა ფსიქიკურ დაავადებასა და ძალადობას შორის კავშირის ინტერპრეტაციის შესახებ (ბიუქენენი/Buchanan, 2008; თორი, 2008).

ბევრი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალი და ადვოკატურის ჯგუფი არ იზიარებს აზრს ძალადობასა და ფსიქიკურ აშლილობას შორის კავშირის შესახებ (ვან დორნი/Van Dorn, 2005). მაგალითად, გაერთიანებული სამეფოს სამმა წამყვანმა ფსიქიკური ჯანმრთელობის საქველმოქმედო ორგანიზაციამ მოაწყო საზოგადოებრივი

კამპანია ლოზუნგით, რომ აზრი, თითქოს ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანები მოძალადეები არიან, მითია (<https://www.time-to-change.org.uk/>). ამერიკის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ალიანსი ამტკიცებს, რომ ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა მხრიდან ძალადობრივი ქცევა „გამონაკლისია“ (ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ალიანსი/National Alliance on Mental Illness, 2007). ავსტრალიის ეროვნულმა საქველმოქმედო ორგანიზაციამ (SANE) განაცხადა, რომ ადამიანები ფსიქიკური აშლილობით, რომლებიც მკურნალობენ, არ არიან სხვებზე მეტად მიდრეკილი ძალადობისკენ (2008).

ამრიგად, 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 (თორი, 2002; კორიგანი, 2004; ლინკი და სხვანი/Link et al, 1999; სარტორიუსი/Sartorius, 1998).

მიუხედავად იმისა, რომ ფსიქიატრიულმა მკურნალობამ ბოლო სამი ათწლეულის განმავლობაში მნიშვნელოვანი ცვლილებები განიცადა, კერძოდ, ფსიქიატრიული დახმარების ფოკუსმა საავადმყოფოებში გრძელვადიანი მოთავსებიდან თემში მოვლაზე გადაინაცვლა, ეს ცვლილებები თითქმის არ შეხებია სასამართლო ფსიქიატრიულ განყოფილებებს. ზოგადად რომ ვთქვათ, 1990–დან 2006 წლამდე სასამართლო ფსიქიატრიული საწოლების რაოდენობა ევროპის ზოგიერთ ქვეყანაში გაორმაგდა, მათ შორის ავსტრიაში, დანიაში, ინგლისში, გერმანიაში, ირლანდიაში, ნიდერლანდებში, ესპანეთსა და შვეიცარიაში (პრიბე და სხვანი/Priebe et al, 2008). გარდა ამისა, მრავალ ქვეყანაში სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობაც გაიზარდა, რაც ნაწილობრივ უკავშირდება საზოგადოების მოთხოვნას, გამკაცრდეს იძულებითი ზომები ფსიქიკურად დაავადებული „საშიში“ პირების მიმართ, ასევე ნაწილობრივ სათემო რესურსების არასათანადოდ განვითარებას ამ ადამიანების საზოგადოებაში ცხოვრების ოპტიმალური მხარდაჭერისთვის (ქეროლი/Carroll, 2004).

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებით, რეგისტრირებული დანაშაულის რაოდენობა 2016 წლიდან 2019 წლამდე გაიზარდა 35 096-დან 64 123-მდე შესაბამისად (<https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/132/siskhlis-samartlis-statistika>). ამავე წყაროზე დაყრდნობით, შიზოფრენიით დაავადებულთა რაოდენობა მკვლელებს შორის პროცენტულად-4.4%-ს შეადგენს.

ბ.ნანეიშვილის სახ.ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი ერთადერთი დაწესებულებაა საქართველოში სადაც იძულებით მკურნალობას გადიან სისხლის სამართლის დანაშაულის მიმართ შეუარცხადად ცნობილი ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირები. დაწესებულების მონაცემებით სასამართლო ფსიქიატრიულ განყოფილებაში იძულებით მკურნალობაზე იმყოფებოდნენ: 2016წ -259 პაციენტი, 2017წ -134 პაციენტი, 2018წ -184 პაციენტი. პაციენტთა დაახლოებით 25% განმეორებითი დანაშაულის გამო მკურნალობდა.

საქართველოში ბოლო ოცი წელია ფსიქიკური ჯანმრთელობის რეფორმა მიმდინარეობს, 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 2015-2020 წწ სამოქმედო გეგმაში (2014). ამ გეგმის თანახმად, 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 გაეწერნენ სასამართლო ფსიქიატრიული განყოფილებიდან. ეს თავის მხრივ ითხოვს ძალადობის წინაპირობების უკეთეს გააზრებას და შესაბამის მართვას. განსაკუთრებით საინტერესოა იმ დინამიური რისკ ფაქტორების შესწავლა, რომელთა გაუმჯობესება შესაძლებელია კლინიკური ინტერვენციით. ყველაზე ხშირად ციტირებული დინამიური რისკ ფაქტორებია: ნივთიერების ავადმობმარება, მწვავე კლინიკური სიმპტომატიკა, მკურნალობის რეჟიმის არდაცვა, იმპულსურობა, ფუნქციონირების დაბალი დონე, ჰომიციდური მიდრეკილება, სუიციდური მიდრეკილებები, იარაღის ხელმისაწვდომობა (ბაქლი/Buckley, 2003). რამდენად მტკიცეა კავშირი ფსიქიკურ აშლილობასა და ძალადობრივ ქცევას შორის? რომელი კლინიკური და სოციალური ფაქტორები ახდენს გავლენას? შესაძლებელია თუ არა ძალადობრივი ქცევის რისკის შემცირება?

ეს საკითხები კვლავ აქტუალურია, რადგან მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკისა და პრაქტიკის განვითარებაზე (აპელბაუმი/Appelbaum, 2001; ფარნჰემი/Farnham, 2001; ფრიდმენი/Friedman, 2006). ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში

რესურსების მოზიდვაზე (მონაჰანი/Monahan, 2001; სკიმი/Skeem, 2002; კოული/Cole, 2005), ასევე კრიმინალურ სამართალზე (ერსტლინგი/Erstling, 2006; მაკნილი/McNiel 2007; ცერული/ Cerulli, 2004) და დასავლეთის ქვეყნებში იძულებითი მკურნალობის ფსიქიატრიული საწოლების საოცარ მატებაზე, რათა პაციენტთა თავისუფლების შეზღუდვის ხარჯზე უზრუნველყოფილი იყოს საზოგადოების უსაფრთხოება (პრიბე, 2008; სვენსონი/Swanson, 2006).

### *კვლევის მიზანი*

კვლევის მიზანი იყო ძალადობის რისკ ფაქტორების იდენტიფიცირება შიზოფრენიის და შიზოფრენიისმაგვარი ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტებში შემთხვევა-კონტროლის მეთოდით. შემთხვევა განისაზღვრა პაციენტებით, რომლებმაც წარსულში ჩაიდინეს მართლსაწინააღმდეგო ქმედება და კონტროლი - პაციენტებით, რომლებსაც არ ჩაუდენიათ წარსულში მართლსაწინააღმდეგო ქმედება.

კვლევის ჰიპოთეზა განისაზღვრა შემდეგნაირად:

1. შიზოფრენიის და შიზოფრენიისმაგვარი აშლილობის მქონე პაციენტებს აქვთ უფრო მძიმე ფსიქიკური სიმპტომები ვიდრე საკონტროლო ჯგუფს;
2. შიზოფრენიის და შიზოფრენიისმაგვარი აშლილობის მქონე პაციენტებს აღენიშნებათ წარსული ძალადობრივი გამოცდილების და გარემო სტრესორების უფრო მეტი ზემოქმედება ვიდრე საკონტროლო ჯგუფს;
3. შიზოფრენიის და შიზოფრენიისმაგვარი აშლილობის მქონე პაციენტებს თანმხლები ნივთიერებადამოკიდებულებით აქვთ ძალადობის უფრო მაღალი რისკი ვიდრე საკონტროლო ჯგუფს;
4. შიზოფრენიის და შიზოფრენიისმაგვარი აშლილობის მქონე პაციენტებს, რომლებიც არ სარგებლობენ ფჯ სერვისებით აქვთ ძალადობის უფრო მაღალი რისკი, ვიდრე საკონტროლო ჯგუფს;
5. ფსიქიკური აშლილობა თავისთავად არ არის ერთადერთი კონტრიბუტორი ძალადობის ხასიათისა და განმეორების რისკის ასახსნელად.

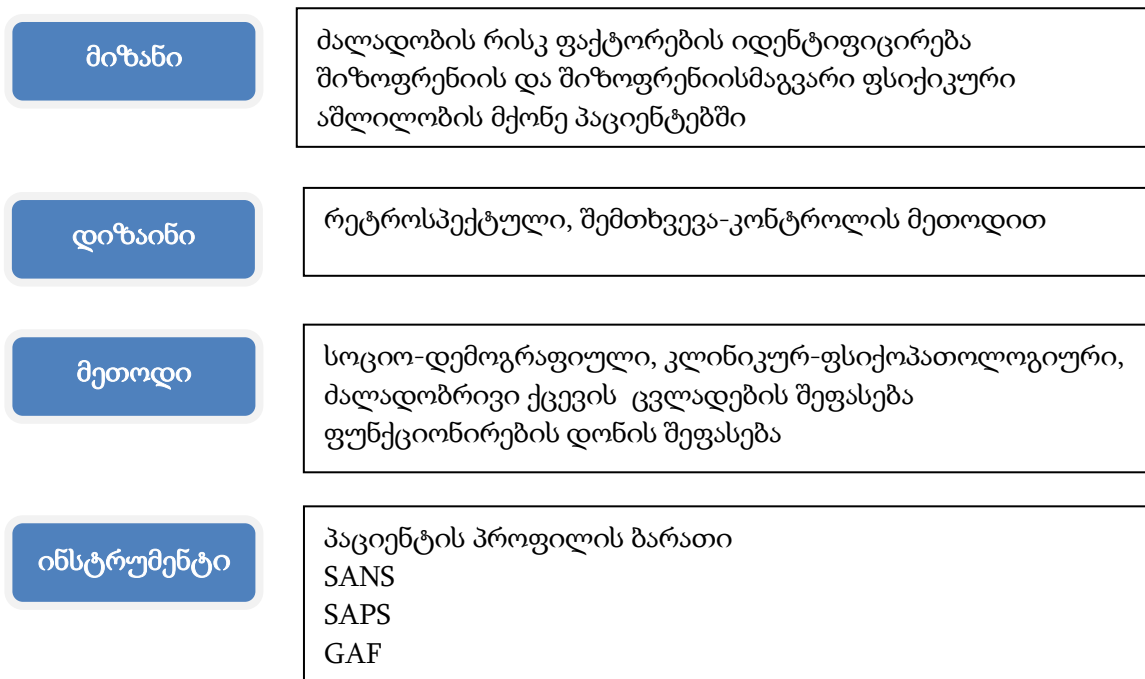
### *კვლევის დიზაინი*

წინამდებარე კვლევა წარმოადგენს რეტროსპექტულ კვლევას შემთხვევა-კონტროლის მეთოდით.

კვლევის მიზნიდან გამომდინარე, პირველი ეტაპზე მიმოვიხილეთ საერთაშორისო ლიტერატურა ფსიქიკურ აშლილობასა და ძალადობას შორის კავშირზე, განვიხილეთ

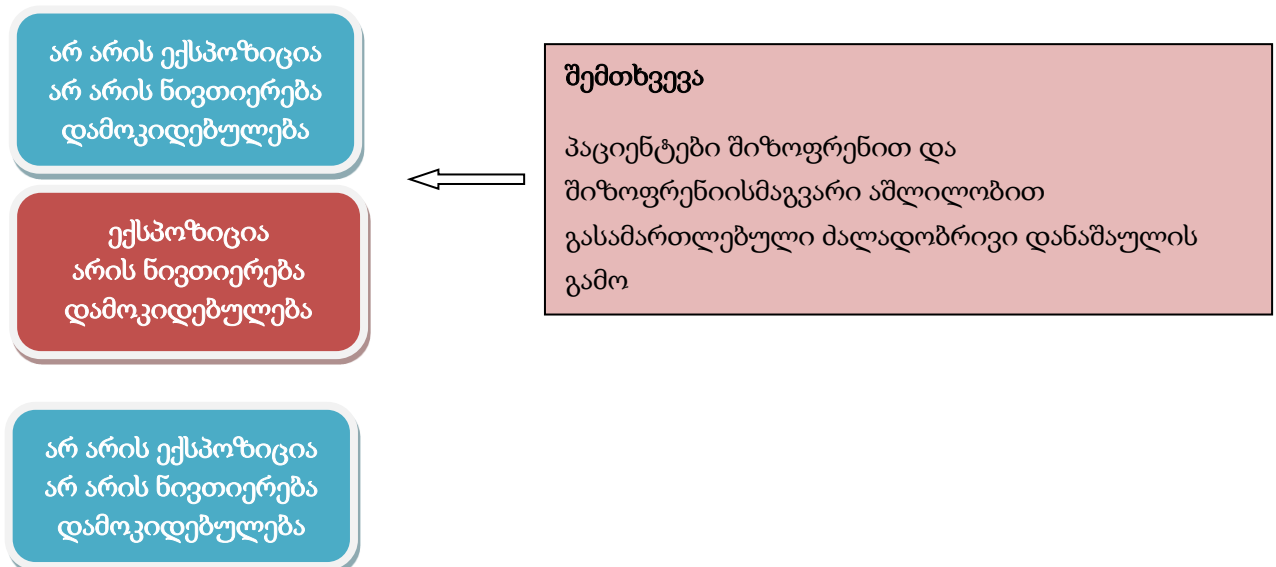
კვლევებით მოპოვებული მონაცემები ძალადობის კლინიკური და სოციალური რისკფაქტორების შესახებ. ლიტერატურული მიმოხილვისთვის სტატიების მოსამიებლად გამოყენებულ იყო ისეთი სამეცნიერო კვლევითი ბაზები, როგორცაა: HINARI, IOM, NCBI, PubMed, Google Scholar, Elsevier. შემდგომ ეტაპზე განვსაზღვრეთ შემთხვევა-კონტროლის მონაწილეები, საკვლევი ამოცანები, ცვლადები და კვლევის ინსტრუმენტი (სქემა 1- ნაჩვენებია კვლევის მიზანი და შემდგომი საფეხურები).

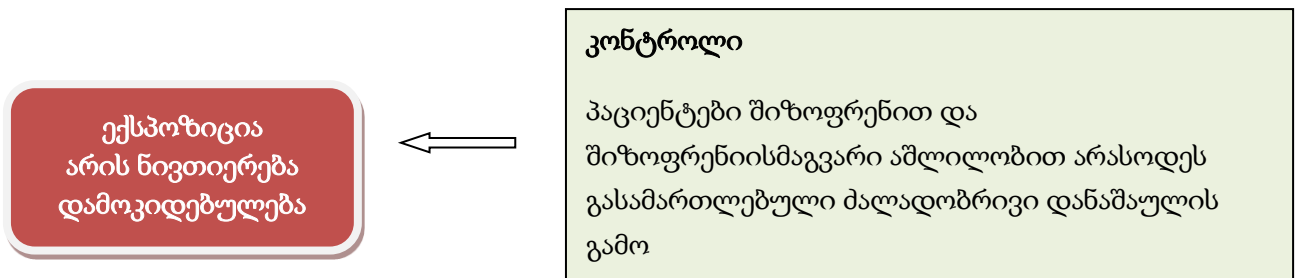
სქემა 1 კვლევის სტრუქტურა



შემთხვევა-კონტროლის ჯგუფები განისაზღვრა გამოსავალის მიხედვით (სქემა 2). ჩვენ ვიკვლევდით თითოეულ პირზე სხვადასხვა სავარაუდო რისკფაქტორების ზემოქმედებას რეტროსპექტული კვლევის მეთოდის გამოყენებით.

სქემა 2 რისკფაქტორების ზემოქმედება შემთხვევა-კონტროლის ჯგუფებზე





შემთხვევის და საკონტროლო ჯგუფში შევაფასეთ სხვადასხვა რისკფაქტორის ექსპოზიცია, როგორცაა ისტორიული (წარსული ძალადობა, ტრავმული გამოცდილება), კლინიკური (ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენება, მწვავე ფსიქოზური სიმპტომები, ნეგატიური სიმპტომები, მკურნალობის რეჟიმის დაუცველობა), დისპოზიციური (იმპულსურობა, სოციალური უნარების ნაკლებობა, დაბალი განათლების დონე) და კონტექსტური (უმუშევრობა, ოჯახური კონფლიქტები, საცხოვრებელი გარემო, ფსიქიატრიული სერვისებით სარგებლობა).

*მონაწილეები*

შემთხვევის ჯგუფში ჩაერთვნენ პირები, რომლებსაც დადგენილი ჰქონდათ შიზოფრენია და შიზოფრენიისმაგვარი აშლილობის დიაგნოზი, გასამართლდნენ დანაშაულის გამო და კვლევის მომენტში, სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის დასკვნის საფუძველზე იმყოფებოდნენ იძულებით მკურნალობაზე სასამართლო ფსიქიატრიულ განყოფილებაში ბ.ნანეიშვილის სახ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში (ხონი).

საკონტროლო ჯგუფს წარმოადგენდნენ ასაკითა და სქესით თანმხვედრი შიზოფრენია და შიზოფრენიისმაგვარი აშლილობის დიაგნოზის მქონე პირები, რომლებიც არასოდეს გასამართლებულან დანაშაულის გამო და კვლევის მომენტში სარგებლობდნენ სხვადასხვა ფსიქიატრიული მომსახურებით (სტაციონარული, ამბულატორიული და სათემო მობილური).

**კვლევაში ჩართვის კრიტერიუმები**

მამაკაცი და ქალები სამუშაო ასაკის (18-65წ)

შიზოფრენია და შიზოფრენიისმაგვარი აშლილობის დიაგნოზი დაავადებათა

საერთაშორისო კლასიფიკაციის მე-10 გადასინჯვის (ICD 10) მიხედვით.

გამორიცხვის კრიტერიუმები ორივე ჯგუფისთვის

გონებრივი განვითარების შეფერხების თანმხლები დიაგნოზი

თავის ტვინის ტრავმული დაზიანება, სიმსივნე, ორგანული ფსიქიკური აშლილობის

თანმხლები დიაგნოზი

დაავადების მწვავე ფაზა

გამორიცხვის დამატებითი კრიტერიუმი შემთხვევის ჯგუფისთვის კვლევის მომენტისთვის მომდევნო თვეში დაგეგმილი გაწერა, რადგან შესაძლებელი იყო, რომ ინტერვიუ დაეკავშირებინათ გაწერის წინა შეფასებასთან და გაჩენილიყო მცდარი მოლოდინი ან შიში დაგეგმილ გაწერასთან დაკავშირებით, რასაც შეიძლება ემოქმედა მონაცემთა სანდოობაზე.

ჯგუფის ზომა

შემთხვევის ჯგუფი - ყველა პაციენტი, რომელიც კვლევის მომენტში იმყოფებოდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სასამართლო ფსიქიატრიულ განყოფილებაში და აკმაყოფილებდა ჩართვის კრიტერიუმებს. სულ 94 მონაწილე. საკონტროლო ჯგუფი- განისაზღვრა 106 პაციენტით (ასაკისა და სქესის თანხვედრის შედეგად), რომლებიც კვლევის მომენტში იმყოფებოდნენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრის ფსიქიატრიულ განყოფილებაში, სარგებლობდნენ რუსთავის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის ამბულატორიული მომსახურებით და სათემო ამბულატორიული გუნდის მომსახურებით.

*შეფასების ინსტრუმენტები*

ყველა პაციენტი შეფასდა სტანდარტული ინსტრუმენტების ნაკრებით. სოციო-დემოგრაფიული ცვლადების შეფასებისთვის კვლევისთვის შემუშავდა პაციენტის პროფილის ფორმა. მოგროვდა შემდეგი ინფორმაცია: ასაკი, სქესი, განათლება, დასაქმების ისტორია, სოციო-ეკონომიკური სტატუსი, ოჯახური მდგომარეობა, საცხოვრებელი პირობები, სოციალიზაციის უნარი, ოჯახში კონფლიქტი, იმპულსურობა, ემოციების გამოხატვის უნარი, ბოლო 1 წლის განმავლობაში დაშორება, დანაკარგი, სამსახურის დაკარგვა; კლინიკური მონაცემები: დაავადების ხანგრძლივობა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებით სარგებლობა, დანიშნული მედიკამენტები, მკურნალობის რეჟიმის დაცვა, ნივთიერების ავადმომხმარება (მათ შორის ალკოჰოლის). შემთხვევის ჯგუფში ფასდებოდა დანაშაულის ტიპი და სიხშირე (პირველადია თუ განმეორებითი), დანაშაულის ჩადენის გარემოებები და მსხვერპლთან კავშირი.

კლინიკური სიმპტომების შეფასებისთვის გამოყენებული იყო პოზიტიური (SAPS ) და ნეგატიური (SANS) სიმპტომების შკალები (ანდრეასენი/Andreasen, 1984, 1989), რომლის საშუალებით ფასდება პოზიტიური და ნეგატიური სიმპტომები და მათი სიმძიმე. შკალა დაყოფილია დომეინებად და აფასებს შიზოფრენიისათვის ტიპურ სიმპტომების რიგს და



ზოგადად დაავადების სიმძიმეს 0-დან 5-მდე: 0 არ აქვს, 1 შემჩნეული ფენომენის პათოლოგიური ხასიათი საკამათოა, 2 მცირედი პათოლოგიური გამოხატულება, 3 ზომიერი პათოლოგიური გამოხატულება, 4 გამოხატული პათოლოგია, 5 მძიმედ გამოხატული პათოლოგია, U-არ/ვერ ფასდება.

ფუნქციონირების შეფასებისთვის გამოყენებული იყო ფუნქციონირების გლობალური შეფასების შკალა (Global Assessment of Functioning Scale GAF), რომელიც განიხილავს ფსიქოლოგიურ, სოციალურ და პროფესიულ ფუნქციონირებას როგორც პათოლოგიურ კონტინიუმს ფსიქიკური ჯანმრთელობა-ავადმყოფობის მიხედვით: 1-10-ფუნქციონირების შეუძლებლობა და 90-100 ფუნქციონირების უმაღლესი დონე. შკალა არ მოიცავს ფიზიკური და ცხოვრებისეული გარემოებებით გამოწვეულ შეზღუდვებს (პედერსენი/Pedersen, 2012).

#### პროცედურა

მონაცემები შეგროვდა პაციენტების ინტერვიუსა და სამედიცინო ბარათების საშუალებით. პოზიტიური სიმპტომების შკალა შეივსო სამედიცინო ბარათისა და მკურნალი ექიმის მიერ მოწოდებული ინფორმაციის საფუძველზე. შეიქმნა მკვლევრების ჯგუფი, რომელიც ჩართული იყო პაციენტთა ინტერვიუს და მონაცემთა შეგროვების პროცესში. ჯგუფში შევიდნენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის და რუსთავის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის ფსიქიატრები და უმცროსი ექიმები. ყველა მკვლევარმა გაიარა ინსტრუმენტის გამოყენების და ინტერვიურების მოკლე ტრენინგი.

მკვლევრების ჯგუფს წარმოადგენდნენ:

უმანგი ბენიძე - ფსიქიატრი, სასამართლო ფსიქიატრიული ექსპერტი

ია სირამე - ფსიქიატრიის რეზიდენტი, უმცროსი ექიმი

მარიამ ხეცურიანი - ფსიქიატრიის რეზიდენტი, უმცროსი ექიმი

ეკა ბერძენიშვილი - ფსიქიატრი

კვლევაში მონაწილე ყველა პაციენტს ჩაუტარდა პირისპირ ინტერვიუ (საშუალო ხანგრძლივობა 45 წთ). შემთხვევის ჯგუფში ინტერვიურება 2 კვირა გაგრძელდა, ხოლო საკონტროლო ჯგუფში პანდემიის გამო ორ ეტაპად ჩატარდა. 2020 წლის ივნის-აგვისტოში ინტერვიუ ჩაუტარდა პაციენტებს, რომლებიც ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში იძულებით მკურნალობაზე იყვნენ და აკმაყოფილებდნენ კვლევაში ჩართვის კრიტერიუმებს. კვლევის მომენტისთვის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული

ცენტრის სასამართლო-ფსიქიატრიულ განყოფილებაში სულ 160 პაციენტი მკურნალობდა, რომელთაგან 94 პაციენტი გამოიკითხა. 2020 წლის ნოემბერსა და 2021 წლის იანვარში იგივე ინსტრუმენტით ჩატარდა ინტერვიუ 106 პაციენტთან, რომლებიც მკურნალობდნენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ფსიქიატრიულ განყოფილებაში ( 38 მონაწილე), რუსთავის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრში (ამბულატორიაში 40 მონაწილე, მობილური გუნდში 28 მონაწილე) და აკმაყოფილებდნენ ჩართვის კრიტერიუმებს. საკონტროლო ჯგუფში მონაწილეთა ჩართვა შეწყდა, როდესაც ჯგუფის გენდერული და ასაკობრივი მონაცემები შემთხვევის ჯგუფთან თანხვედრაში მოვიდა.

შემთხვევის ჯგუფის მონაწილეები სრულად შეირჩნენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში (ხონი), სადაც განთავსებულია საქართველოში ერთადერთი სასამართლო ფსიქიატრიული განყოფილება. ეს ნიშნავს, რომ კვლევის მომენტისთვის ქვეყნის მასშტაბით ყველა პირი შიზოფრენიის და შიზოფრენიისმაგვარი დიაგნოზით, რომლებმაც ჩაიდინეს დანაშაული, სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზამ შეურაცხადად ცნო და სასამართლოს გადაწყვეტილებით დაენიშნათ იძულებითი მკურნალობა, ჩართული იყვნენ კვლევაში.

ანალიზი

მასალის რაოდენობრივი მონაცემები დამუშავდა სტატისტიკური პროგრამით IBM SPSS 23. საკვლევი ჯგუფი განისაზღვრა როგორც დიქტომური „შემთხვევა“ და „კონტროლი“. რისკ ფაქტორების ექსპოზიცია გაიზომა შანსების ფარდობით (Odds Ratio - OR), შესაბამისი 95%-იანი სანდოობის ინტერვალებით (95% Confidence Intervals – 95%CI) ჯგუფებს შორის რაოდენობრივი პარამეტრები შედარდა ორმხრივი T-ტესტით. ჯგუფებს შორის თვისობრივი პარამეტრების შედარება კი  $\chi^2$ -ტესტით ჩატარდა. თვისობრივი ინფორმაცია მოპოვებული სამედიცინო ბარათებიდან, კლინიცისტებთან გასაუბრებისას და ობიექტური დაკვირვებით გაანალიზდა მონაცემებთან კონტექსტში და აღწერილია ანგარიშის დასკვნით ნაწილში.

*ეთიკური საკითხები*

კვლევის ეთიკური პრინციპები იყო: ავტონომიურობა, სიკეთის მიღება, ზიანის არიდება, სამართლიანობა. სასამართლო ფსიქიატრიული პაციენტები ორმაგ სტიგმატიზაციას

განიცდიან რადგან ჩაიდინეს დანაშაული და აქვთ ფსიქიკური აშლილობა. ამას შეიძლება მოყვეს ისეთი პრობლემები, როგორცაა ფსიქიატრიული განყოფილებიდან გაწერის შემდეგ ოჯახის წევრებისა და საზოგადოების მხრიდან უარყოფა, უსახლკარობა, მარტოხელობა, უმუშევრობა. კვლევის დიზაინის შემუშავებისას მაქსიმალურად ვეცადეთ, რომ სწორი და ობიექტური ინფორმაცია შეგვეგროვებინა, რომ არ გამოგვეწვია სტიგმის უმიზეზო გაძლიერება. ამისთვის ფსიქიკური აშლილობის დიაგნოზის გარდა ვსწავლობდით სხვადასხვა კონტექსტუალურ და დისპოზიციურ ფაქტორებს, რომლებიც კვლევების მიხედვით ზრდის ძალადობრივი ქცევის რისკს. კვლევის სიკეთედ განიხილება ფსიქიკურ დაავადებასა და ძალადობრივ ქცევას შორის კავშირის უკეთ გააზრება და საზოგადოების სათანადო ინფორმირება ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან ასოცირებული საშიშროების შესახებ, რაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სათემო სერვისების განვითარების ძირითად დაბრკოლებას წარმოადგენს და შეიძლება გახდეს პაციენტთა თავისუფლების გაუმართლებელი შეზღუდვის მიზეზი, საზოგადოების უსაფრთხოების სასარგებლოდ.

კვლევის მიზნებიდან გამომდინარე კითხვების დასმა წარსულ გამოცდილებაზე, სოციალურ სიტუაციასა და კლინიკურ სიმპტომებზე შეიძლება სტრესული ყოფილიყო პაციენტისთვის, ამიტომ მოითხოვდა ინტერვიუების მხრიდან ემპათიასა და შესაბამის უნარებს, რომ არ გამოეწვია პაციენტის დისტრესი. ინტერვიუებს ჩაუტარდათ შესაბამისი ტრენინგი ისეთ საკითხებზე, როგორცაა: დროის მენეჯმენტი (რომ არ მომხდარიყო პაციენტის გადაღლა და ემოციური გადატვირთვა), ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთან ინტერვიუს უნარები, ემპათიის გამოხატვა. ნებისმიერ დროს, როცა კი პაციენტი ითხოვდა ინტერვიუ წყდებოდა.

კვლევაში ჩართვის წინ ყველა მონაწილე ხელს აწერდა კვლევაში მონაწილეობის თანხმობის ფორმას. ხელის მოწერამდე მონაწილე თვითონ კითხულობდა ან ინტერვიუერი უკითხავდა ამ ფორმის საინფორმაციო ნაწილს, რომელიც აღწერდა კვლევის მიზანს, ნებაყოფლობით მონაწილეობას და კონფიდენციალობის საკითხებს. ყველა სამედიცინო ბარათს მიენიჭა კოდი, რომ ანალიზის დროს შეუძლებელი ყოფილიყო პირთა იდენტიფიცირება. კითხვარები დაცული და შენახული იყო მკვლევართა ჯგუფის მიერ და ამ კვლევის გარეთ არავის მიუწვდებოდა ხელი.

კვლევის ყველა მონაწილე გაფრთხილებული იყო კონფიდენციალურობის დაცვის ვალდებულების შესახებ. კვლევაზე ეთიკური ნებართვა გაიცა საქართველოს უნივერსიტეტის „ბიოეთიკის საბჭოს“ მიერ.

### *კვლევის ინოვაცია*

მსგავსი კვლევა საქართველოში არ ჩატარებულა და შესაბამისად ჩატარებული კვლევით მოვიპოვეთ ინფორმაცია იმ ფსიქო-სოციალური ფაქტორების შესახებ, რომლებსაც წვლილი შეაქვთ ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების ძალადობრივი ქცევის ხასიათსა და სიხშირეში საქართველოში.

საინტერესო იყო, რამდენად დაემთხვეოდა კვლევის შედეგები საერთაშორისო კვლევების დასკვნებს როგორცაა: უმუშევრობა, მწირი მხარდამჭერი ქსელი, მკურნალობის კურსის სრულად არდაცვა, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარება და სხვა სტრესული ცხოვრებისეული მოვლენების ზემოქმედება.

რისკ ფაქტორების ცოდნა დაეხმარება პროფესიონალებს შეიმუშავონ სპეციალური საგანმანათლებლო პროგრამები პაციენტის უახლოეს გარემოცვასთან სამუშაოდ, რადგან ხშირად სწორედ ისინი განიცდიან ძლიერ ემოციურ სტრესს და მათი სწორი ინფორმირება დაიცავს მათ უსაფრთხოებას.

კვლევის შედეგების ანალიზზე დაყრდნობით შესაძლებელია დინამიური რისკ ფაქტორების გამოყოფა და მათი გავლენის შესამცირებლად შესაბამისი ინტერვენციები შევთავაზოთ როგორც ჯანდაცვის პოლიტიკის შემქმნელებს ასევე პროფესიულ თემს. ძალადობასთან დაკავშირებული რისკების შემცირება სარგებელს მოუტანს როგორც ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებს ასევე მათ უახლოეს გარემოცვას და საზოგადოებას. სათემო სერვისების განვითარებისას ძალადობრივი ქცევის კლინიკური და სოციალური რისკ ფაქტორების გათვალისწინება გააუმჯობესებს ამ ჯგუფის ადამიანთა ფსიქიატრიულ მომსახურებას და აარიდებს არასასურველ სტიგმატიზაციას. სასამართლო ფსიქიატრიულ სერვისებში ძალადობის რისკის შემცირებისკენ მიმართულ ღონისძიებებში შესაძლებელია აისახოს კვლევით მოპოვებული როგორც კლინიკური ასევე სოციალური რისკ ფაქტორების მართვა.

*შიზოფრენია და შიზოფრენიისმაგვარი აშლილობის განმარტება*

კვლევის მონაწილეების შერჩევის დიაგნოზი იყო შიზოფრენია და შიზოფრენიისმაგვარი აშლილობა, რომელიც ICD-10-ში მოცემულია მე-5 თავში და კოდირებულია F20-F29 -ის ჩათვლით. ამ ჯგუფში შედის:

F20 -შიზოფრენია, წარმოადგენს ფსიქოზურ აშლილობას, რომელსაც ახასიათებს აღქმის, აზროვნებისა და ქცევის მნიშვნელოვანი დარღვევა, შეუსაბამო ან გასადავებული აფექტი და კოგნიტური შესაძლებლობების თანდათანობით დაქვეითება. ახასიათებს როგორც გახანგრძლივებული ასევე ეპიზოდური მიმდინარეობა. ყველაზე უფრო მნიშვნელოვან ფსიქოპათოლოგიურ გამოვლინებებს წარმოადგენს აზროვნების აშლილობა, აზრთა ჩადება ან წართმევა, ზემოქმედების და კონტროლის ბოძვა, სმენითი ჰალუცინაციები, ხშირად მაკომენტირებელი ან განსჯის შინაარსის და ნეგატიური სიმპტომები (ინტერესების და მოტივაციის დაკარგვა, სოციალური გარიყვა).

F21 - შიზოტიპური აშლილობა -ახასიათებს ექსცენტრიული ქცევები, აზროვნებისა და გუნებ-განწყობის სფეროს ანომალიები, რომელიც ახდენს შიზოფრენიის შთაბეჭდილებას, მაგრამ ცალსახად ტიპური შიზოფრენიული სიმპტომები არასოდეს აღინიშნება, თუმცა შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ნებისმიერ შემდეგი სახის გამოვლინებებს: არაადექვატური და გარეგნულად გამოუმჟღავნებელი აფექტი, ანჰედონია; უცნაური და ექსცენტრიული ქცევები; ტენდენცია სოციალური უკანდახვევისადმი; პარანოიდული ან უცნაური იდეები, რომელიც ნამდვილ ბოძვებამდე არ მიდის; აკვიატებული აზრები; აზროვნებისა და აღქმის მოშლა; ეპიზოდური, გარდამავალი (ტრანზიტორული) კვაზი-ფსიქოზური ეპიზოდები.

F22 -ბოძვითი აშლილობა -ეს ჯგუფი მოიცავს აშლილობათა რიგს, რომელთა დროსაც ხანგრძლივად არსებული ბოძვა წარმოადგენს ერთადერთ ან ყველაზე თვალშისაცემ კლინიკურ მახასიათებელს.

F23 -მწვავე და გარდამავალი ფსიქოზური აშლილობანი -აშლილობათა ჰეტეროგენული ჯგუფი, რომელსაც ახასიათებს მწვავე დასაწყისი ფსიქოზური სიმპტომებით (ბოძვები, ჰალუცინაციები, აღქმის აშლილობანი) და ქცევის თვალსაჩინო მოშლა.

F24 - ინდუცირებული ბოდვითი აშლილობა - ეს არის ორი ან მეტი ადამიანის მიერ მჭიდრო ემოციური კავშირით გაზიარებული ბოდვითი აშლილობა, მხოლოდ ერთ-ერთ მათგანს აქვს გენუინური ფსიქოზური აშლილობა.

F25 - შიზოაფექტური აშლილობანი - გამოხატულია როგორც აფექტური, ასევე შიზოფრენიული სიმპტომები, რომლებიც არ შეესაბამებიან შიზოფრენიულ, დეპრესიულ და მანიაკალურ ეპიზოდებს.

F28 - სხვა არაორგანული ფსიქოზური აშლილობანი - ბოდვითი ან ჰალუცინაციური აშლილობანი, რომელიც არ გვადლევს უფლებას დავსვათ შიზოფრენიის დიაგნოზი (F20.-), ხანგრძლივი ბოდვითი აშლილობის (F22.-) ან მწვავე და ტრანზიტორული ფსიქოზური აშლილობის (F23.-) დიაგნოზი.

F29- დაუზუსტებელი არაორგანული ფსიქოზი- ფსიქოზი, რომელიც სხვაგვარად არ არის გამორიცხული და არ არის გამოწვეული თავის ტვინის ორგანული დაზიანებით.

#### *დანაშაულის მიმართ შეურაცხადობის განმარტება*

საკონტროლო ჯგუფში ჩართული მონაწილეები სასამართლოს გადაწყვეტილებით იძულებით ფსიქიატრიულ მკურნალობაზე იყვნენ, რადგან დანაშაულის მიმართ შეურაცხადად ცნეს. სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსის თანახმად, თუ სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის დასკვნის საფუძველზე დადგინდა, რომ პირი, დანაშაულის ჩადენის მომენტში შეურაცხადი იყო (ფსიქიკური აშლილობის გამო ვერ აცნობიერებდა თავის ქმედებას დანაშაულის ჩადენის დროს), სასამართლო წყვეტს მის მიმართ სისხლის სამართლებრივ დევნას (სსსკ მუხლი 191) და ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ საქართველოს კანონის თანახმად იღებს გადაწყვეტილებას იძულებითი ფსიქიატრიული მკურნალობის ჩატარების შესახებ სპეციალურ დაცულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში (სსსკ მუხლი 191, პუნქტი 2; ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ საქართველოს კანონი, მუხლი 22). ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი ერთადერთი სპეციალური დაცული ფსიქიატრიული სტაციონარია საქართველოში, სადაც იძულებით მკურნალობენ შეურაცხადად ცნობილი პირები.

#### *ძალადობის განმარტება*

ფსიქიკურ აშლილობასა და საშიშროებას შორის კავშირის შესახებ კვლევებში ძალადობის სხვადასხვა მნიშვნელობა გამოყენებული: აგრესიული ქცევა, დანაშაული, სიტყვიერი, ფიზიკური შეურაცხყოფა, კონფლიქტური ქცევა, მტრული განწყობა, მუქარა. წინამდებარე კვლევაში შემთხვევა-ჯგუფის განმსაზღვრელს წარმოადგენდა წარსულში ჩადენილი დანაშაული, ანუ მართლსაწინააღმდეგო და ბრალეული ქმედება, რომელიც საქართველოს სისხლის სამართლის კანონით ისჯება. ნაშრომის კვლევით ნაწილში ტერმინი ძალადობრივი ქცევა, ძალადობა გამოიყენება დანაშაულის სინონიმად. ქვემოთ მიმოვიხილავთ იმ საერთაშორისო კვლევებსა და მონაცემებს, რომელიც ეთმობა ძალადობასა და ფსიქიკურ აშლილობას შორის კავშირის დადგენას და იმ ფაქტორების შესწავლას, რომლებიც ზრდის ძალადობის რისკს ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანებში. რამდენად ხშირია ძალადობრივი ქცევა ადამიანებში ფსიქიკური აშლილობით? არის ძალადობა ამ პოპულაციაში განპირობებული ძირითადად ფსიქოპათოლოგიური თავისებურებებით თუ სხვა საერთო რისკფაქტორებით? რამდენად ასოცირდება ძალადობა პიროვნების განვითარებასა და წარსულ ტრავმულ გამოცდილებასთან? ლიტერატურაში ამ კითხვებზე პასუხები არაერთგვაროვანია და ზოგჯერ გაურკვეველი. ნაშრომის შემდგომ თავებში წარმოდგენილია მოცემული კვლევის შედეგები საკვლევი კითხვების მიხედვით, საბოლოო დასკვნები და დისკუსია, რომელშიც გაანალიზებულია კვლევის მიგნებები და მათი თანხვედრა საერთაშორისო მონაცემებთან, შესაძლო კვლევის შეზღუდვები, სამომავლო კვლევის საკითხები და შესაბამისი რეკომენდაციები.

*თავი 1 ძალადობის გავრცელება ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებში*

### *1.1 მეთოდოლოგიური პრობლემები*

ძალადობასა და ფსიქიკურ აშლილობას შორის კავშირის შესახებ ლიტერატურის მონაცემები არაერთგვაროვანი და ზოგჯერ წინააღმდეგობრივია, რაც უარყოფითად აისახება როგორც ცალკეული ადამიანების ცხოვრებაზე, ასევე ზოგადად ფსიქიკური

აშლილობის დიაგნოზის მქონე პირების მიმართ საზოგადოების დამოკიდებულებასა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს განვითარებაზე. კვლევების მონაცემთა შედარებასა და საერთო დასკვნის გამოტანას ართულებს მეთოდოლოგიური პრობლემები, როგორცაა ძალადობის გავრცელებისა და გაზომვის კონცეპტუალიზაცია, განსხვავებული ინფორმაციის წყარო, სოციო-დემოგრაფიული მაჩვენებლები, დიაგნოზი, საკვლევი ჯგუფების ზომა და კვლევის პერიოდი.

ძალადობის განმარტების კონცეპტუალიზაციის მრავალი გზა არსებობს, თუმცა დღემდე ერთიანი აზრი არ არის, 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 დაზიანებებები, სიკვდილი, ფსიქოლოგიური ტრავმა, განვითარების დარღვევა ან სხვადასხვა სახის ზარალი“ (2002). 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 (ვარშნი/Varshney, 2016).

ამრიგად ძალადობა ფართო ცნებაა, რომელიც მოიცავს სხვადასხვა ქმედებას სიტყვიერი მუქარიდან მკვლელობამდე. აქ ჩნდება პრობლემა, რომ სერიოზულ აგრესია შეიძლება სხვა ფსიქო-სოციალურ ფაქტორებს უკავშირდება, ვიდრე ნაკლებად სერიოზული აგრესია (ჰარისი და სხვანი /Harris et al, 2010). სხვადასხვა კვლევებში გამოყენებული ძალადობის ტერმინის მკაფიო ოპერაციული დეფინიციის ნაკლებობა იწვევს არაერთგვაროვან შედეგებს, რომლებიც დამაბნეველია კვლევების შედარებისას და ართულებს ძალადობასთან დაკავშირებული ფაქტორების ინტერპრეტაციას (სერპერი, 2011).

კვლევები აჩვენებს, რომ ძალადობის გავრცელება მნიშვნელოვნად განსხვავდება სხვადასხვა წყაროს გამოყენების მიხედვით (სვენსონი 1999). ზოგიერთი კვლევა ეყრდნობა „თვითანგარიშს,“ ან მონაწილეთა მოგონებებს ჩადენილი ძალადობის შესახებ. ამ კვლევებში შეიძლება მოხდეს ძალადობის მაჩვენებლების სხვადასხვა მიზეზით შემცირება. მონაწილეებს შეიძლება არ ახსოვდეთ ან არ უნდოდეთ სხვადასხვა ძალადობრივი ქმედების გახსენება (სტიუარტი/Stuart, 2003). სხვა კვლევები იყენებს



პატიმრობის მაჩვენებლებს (ბარკლი, 2003; დევისი/Davis, 1991; ტეპლინი/Teplin, 1990), რაც ასევე კრიტიკულად ფასდება სხვადასხვა მკვლევარის 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 (დევისი, 1991). სხვა მოსაზრების მიხედვით, კი დაპატიმრების მაჩვენებლის გამოყენებამ, შეიძლება დააქვეითოს ძალადობრივი ქცევის რისკის შეფასება, რადგან არ მოხვდებიან ის პაციენტები, რომლებიც აგრესიული ქცევის გამო გადამისამართდნენ არა პოლიციაში არამედ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში (მონაჰენი, 1988). ამავე მკვლევარმა შემოგვთავაზა, რომ კვლევებში გამოყენებული იყოს რეჰოსპიტალიზაცია, როგორც გამოსავალი ცვლადი, თუმცა რეჰოსპიტალიზაციის განზოგადება რთულია სხვადასხვა ქვეყანაში სტაციონარში მოთავსების გასხვავებული რეგულაციების გამო. პოტენციურად საშიში ქცევის შესაფასებლად კვლევა შეიძლება ასევე ფოკუსირებული იყოს პაციენტის ქცევაზე სტაციონარში, თუმცა შეიძლება მოხდეს რისკის გადაფასება, რადგან სატაციონარში მყოფი ადამიანები უფრო ავად არიან და სხვა პაციენტებთან ერთად ჩაკეტილ სივრცეში ყოფნა შეიძლება გახდეს მაპროვოცირებელი ფაქტორი. სხვები კი თვლიან რომ სტაციონარში პაციენტები უფრო მეტად არიან კონტროლის ქვეშ ვიდრე რეალურ გარემოში, ამიტომ ძალადობის რისკის შეფასება შეიძლება უფრო დაბალი იყოს (სტედმენი/Steadman, 1998). კიდევ ერთი მეთოდოლოგიური პრობლემაა, რომ საზოგადოებაში ჩადენილ დანაშაულთა დიდი ნაწილი, როგორც ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების ასევე საზოგადოების წევრების მხრიდან, არ არის გამოვლენილი. 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%) (ქოე/Choe, 2008). იმ სამკურნალო დაწესებულებებშიც კი სადაც მსგავსი კლინიკური შემთხვევები და სიმწვავეა, აგრესიული ქცევის მაჩვენებელი მკვეთრად განსხვავდება, რაც მიუთითებს, რომ ფსიქიკური აშლილობა არ არის ძალადობის გამოვლენის საკმარისი მიზეზი (კეტცი/Katz, 1990). კვლევები, რომლებიც სწავლობდნენ აგრესიის წარმომავლობას 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 (შეფელდი/Shepheld, 1999; ფოველი და სხვანი/Powell et al, 1994; ელბოგენი/Elbogen, 2009; პეტიტი/ Petit, 2005).

### *1.2 ძალადობის გავრცელების მაჩვენებელი ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებში*

მაკარტურის ძალადობის რისკის შეფასების კვლევა იყო ერთერთი პირველი, რომელშიც ძალადობის მაჩვენებლის რისკის შეფასებისთვის მეთოდოლოგიური ხარვეზების აღმოფხვრისათვის გამოყენებული იყო ინფორმაციის მოპოვების სამი წყარო.

მკვლევარები პაციენტებთან რამდენიმე ინტერვიუს ატარებდნენ, რომ შეეფასებინათ ძალადობის მიმდინარე „თვითანგარიში.“ მონაწილეთა მოგონებების გადამოწმება ხდებოდა ოჯახის წევრებთან, შემთხვევის მენეჯერებთან ან პაციენტთან დაახლოებულ პირებთან. და ბოლოს, მკვლევარები ასევე აფასებდნენ ჰოსპიტალიზაციის და დაპატიმრების მაჩვენებლებს. კვლევის მონაცემებით, 31% პირებისა ფსიქიკური აშლილობით და ნივთიერებადამოკიდებულებით („ორმაგი დიაგნოზი“) სჩადიოდნენ სულ ცოტა ერთ ძალადობრივ ქმედებას წელიწადში შედარებით 18%-თან, ვისაც მხოლოდ ფსიქიკური აშლილობა ჰქონდა (მონაჰენი, 2001).

ოქსფორდის უნივერსიტეტის მკვლევარების მიერ გაანალიზებული იყო შვედეთის მონაცემები ჰოსპიტალიზაციის 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). მკვლევარების ჯგუფმა ორ სხვადასხვა კვლევაში აჩვენა, რომ უმნიშვნელოდ, მაგრამ სტატისტიკურად სარწმუნოდ, პირები შიზოფრენიის და ბიპოლარული აშლილობის დიაგნოზით ზოგად პოპულაციასთან შედარებით უფრო მიდრეკილები არიან ძალადობრივი აქტის სხვადასხვა გამოვლენისაკენ. ეს განსხვავება მკვეთრად იზრდება ორმაგი დიაგნოზის (თანმხლები ნივთიერებადამოკიდებულება) პირებში. მონაცემები 1973-2006 წლებში ძალადობრივი დანაშაულის გამო სულ მცირე ერთი განაჩენი შემდეგნაირად გადანაწილდა: 5.1% ზოგადი პოპულაციის შერჩეულ ჯგუფში, 8.5%-შიზოფრენიის მქონე პირებში (ნივთიერებადამოკიდებულების გარეშე) და 27.6%-პირებში შიზოფრენიის და ნივთიერებადამოკიდებულების დიაგნოზით (ფაზელი და სხვანი/Fazel et al, 2009 ა).

მეორე კვლევის მიხედვით, 1973-2004 წლებში მონაცემები სულ მცირე ერთი განაჩენისა ძალადობრივი დანაშაულის გამო შემდეგნაირად გადანაწილდა: 3.4% შერჩეულ საკონტროლო ჯგუფში, 4.9%-ბიპოლარული აშლილობის მქონე პირებში და 21.3% ბიპოლარული აშლილობის და ნივთიერებადამოკიდებულების მქონე პირებში (ფაზელი, 2010). ეს განსხვავება კიდევ უფრო მცირდებოდა, როცა მკვლევარები ადარებდნენ პირებს შიზოფრენიისა და ბიპოლარული აშლილობით მათ არადაავადებულ და-ძმას.

მკვლევარების 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 (ფაზელი, 2009 ა, 2010).

2009 წლის მეტაანალიზურ 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. ამ ნაშრომში 20 კვლევის 18,423 შიზოფრენიის და სხვა ფსიქოზის მქონე პირის მონაცემი დამუშავდა. ფსიქოზის მქონე და ფსიქოზის არმქონე კაცების შედარებისას შანსების ფარდობითობის 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 წამლადამოკიდებულებით და უფრო მაღალია ვიდრე ფსიქოზის მქონე პირებში (მიუხედავად კომორბიდულობისა). ზოგად მოსახლეობასთან შედარებით მკვლევლობის რისკი გაზრდილია პირებში ფსიქოზით (თანმხლები ნივთიერება დამოკიდებულებით ან მის გარეშე) - შანსების ფარდობითობისკოეფიციენტი 19.5 (ფაზელი, 2010).

ნაციონალურ ეპიდემიოლოგიურ კვლევაში ალკოჰოლი და მასთან დაკავშირებული მდგომარეობები (NESARC), ორ ტალღად გამოკითხული იყო ამერიკის მოსახლეობის წარმომადგენლები, რომ დაედგინათ მძიმე ფსიქიკური აშლილობები რამდენად და როგორ იწვევს ძალადობრივ ქცევას, როგორიცაა შიზოფრენია, ბიპოლარული აშლილობა და დიდი დეპრესიული ეპიზოდი (ელბოგენი, 2009). სულ 43,653 სუბიექტმა დაასრულა 2001-2003 წწ პირველი და 2004-2005 წწ მეორე ტალღა. პირველი ტალღის გამოკითხვისას მძიმე ფსიქიკური აშლილობა და რისკ ფაქტორები გაანალიზდა კვლევის მეორე ტალღაზე

ძალადობრივი ქცევის მაჩვენებლის პროგნოზირებისთვის. ორგანოზომილებიანმა 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%), შედარებით დაადების არმქონე პირებთან (14%).

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, ელბოგენი მიუთითებს, რომ ადამიანები მძიმე ფსიქიკური აშლილობით მაინც უფრო ხშირად სჩადიან ძალადობრივ ქმედებებს, უმეტესწილად იმის გამო, რომ აღენიშნებათ ძალადობასთან დაკავშირებული სხვა თანმხლები ფაქტორები (2009).

### *1.3 ძალადობასთან დაკავშირებული ფსიქიატრიული დიაგნოზები*

ძალადობასთან დაკავშირებული ფსიქიატრიული დიაგნოზები ფართო დიაპაზონისაა და შეიძლება მოიცავდეს ფსიქოზურ დარღვევებს, აფექტურ აშლილობებს, ნივთიერება დამოკიდებულებას, პერსონოლოგიურ აშლილობებს (კლასტერი B), დელირიუმს, დემენციას, დისოციაციურ და პოსტრავმულ სტრესულ აშლილობას და სხვა (უოლესი და სხვანი/Wallace et al, 2004). 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 (1998).

2010 წლის მიმოხილვაში სილვერშტეინი და თანაავტორები სწავლობდნენ აქვთ თუ არა შიზოფრენიით დაავადებულ პირებს ძალადობის გაზრდილი რისკი და თუ ასეა, რომელი კლინიკური, ბიოლოგიური, ხასიათობრივი თუ კონტექსტუალური ფაქტორია მნიშვნელოვანი ამ სუბ-პოპულაციაში (2015). ავტორები ასკვნიან, რომ შიზოფრენიით დაავადებულ პირებს ძალადობის მომატებული რისკი აქვთ სპეციფიკური ფსიქოზური სიმპტომების გამო; ამ რისკს ზრდის თავის ტვინის ანომალიები, ფსიქიატრიული თანმხლები დაავადებები და დაავადებისგან დამოუკიდებელი დემოგრაფიული ფაქტორები. ავტორები მიიჩნევენ, რომ შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანების მიერ ჩადენილი ძალადობრივი დანაშაულების უმეტესობა არ განსხვავდება ზოგადად გავრცელებული დანაშაულისგან. საბოლოო ჯამში, შეიძლება ითქვას, რომ შიზოფრენიით დაავადებულ პირთა უმეტესობა არ არის ძალადობრივი და მათ მიერ ჩადენილი ძალადობრივი ქმედება საერთო ძალადობრივი დანაშაულის მხოლოდ მცირე პროცენტს შეადგენს, მიუხედავად ამისა, ამ პოპულაციის ქვეჯგუფებში (ზემოთ აღწერილი ფაქტორების არსებობისას) ძალადობის რისკი მნიშვნელოვნად იზრდება. ეს გავლენას ახდენს შიზოფრენიით დაავადებულ ადამიანებზე, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებზე, ფსიქიატრიული დაწესებულებების ადმინისტრირებაზე, სამართალდამცავებზე, სასამართლო სისტემასა და პოლიტიკის შემქმნელებზე. სხვა 204 კვლევის მეტანალიზმა აჩვენა, რომ ფსიქოზები ასოცირებულია ძალადობრივი ქცევის 49-68%-ით გაზრდილ შანსებთან (დუგლასი, გაი და ჰარტი/Douglas, Guy, & Hart, 2009). ამ მეტანალიზმა ასევე აღმოაჩინა ფართო ვარიაციები, საკვლევი პოპულაციის ბუნებასთან, ძალადობის შეფასების კვლევის დიზაინთან (საკონტროლო ჯგუფის ხასიათი, კვლევის დროის ინტერვალი) და ძალადობისა და ფსიქოზების დეფინიციასთან (ცალკეული სიმპტომების არსებობა თუ სრული დიაგნოზი) დაკავშირებით, რაც ართულებდა კვლევების შედარებასა და განზოგადებული დასკვნების გაკეთებას. გავლენიანი კვლევა, რომელსაც ხშირად იყენებენ ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა დამცველები, არის მარკარტურის ძალადობის რისკის შეფასების კვლევა (MacArthur Violence Risk Assessment Study MVRAS). კვლევის მიხედვით, შიზოფრენიის დიაგნოზის მქონე პირებში ძალადობის უფრო დაბალი ალბათობაა პოსტ-ჰოსპიტალურ პერიოდში, მაშინ როცა პიროვნული აშლილობა, ადაპტაციის დარღვევა და ნივთიერების

ავადმობმარება დაკავშირებულია ძალადობის მომატებულ რისკთან (აპელბაუმი/Appelbaum, 2000) . კვლევის კრიტიკოსები მიიჩნევენ, რომ შიზოფრენიის დროს ძალადობის დაბალი მაჩვენებელი მიკერძოებული შერჩევის არტეფაქტია. მათი არგუმენტია, რომ მრავალი შიზოფრენიის მქონე პაციენტი რეჰოსპიტალიზებული ან დაპატიმრებული იყო კვლევის პერიოდში და მათი მონაცემები კვლევაში ვერ მოხვდა. კვლევა ასევე არ მოიცავდა სასამართლო ფსიქიატრიული ჰოსპიტალის პაციენტებს, დაპატიმრებულებს ან უსახლკაროებს, რომელთაც მოსალოდნელი იყო, რომ ძალადობის მაღალი პრევალენტურობა ექნებოდათ და რომელთა უმეტესობა შეიძლება ყოფილიყო შიზოფრენიით დაავადებული (თორი, 2008). უფრო მეტიც, 1 წლის შემდეგ გამოქვეყნებულ ანგარიშში ნათქვამია, რომ შიზოფრენიის მქონე პირების მონაწილეობაზე უარი 43.7%-ს შეადგენდა (მონაჰენი, 2001), რაც ბევრად უფრო მაღალი იყო ვიდრე სხვა დიაგნოზებისთვის. ამავდროულად, ძალადობა შიზოფრენიის დროს დაკავშირებულია პარანოიასთან, მტრულ განწყობასთან (ხასიათი), სიბრაზესთან და პაციენტი ასეთი მახასიათებლებით ნაკლებად მოსალოდნელია, რომ კვლევაში მონაწილეობას მიიღებს (თორი, 2008).

კვლევაში, სადაც გაანალიზებული იყო სასამართლო და ფსიქიატრიული მონაცემები გამოვლინდა შიზოფრენიის ძალადობის მომატებული რისკი, თუმცა ხაზგასმულია, რომ დანაშაულთა უმეტესობაში, რომლითაც გასამართლდნენ შიზოფრენიით დაავადებული პირები, ნივთიერების ავადმობმარებას შეჰქონდა წვლილი (უოლესი, 1998).

ერთერთ ადრინდელ ეპიდემიოლოგიური მოცვის არეალის (ECA) კვლევაში სვენსონმა შეისწავლა წინა წლის ძალადობის ოთხი ტიპის „თვითანგარიში“: ბავშვის ცემა, პარტნიორის ცემა, სხვებთან ფიზიკური დაპირისპირება და ჩხუბის დროს იარაღის გამოყენება. 1980-1983 წლებში შესწავლილი იყო 10,059 რესპონდენტი. ნახევარზე მეტი მათ შორის, ვისაც ძალადობრივი ქცევა აღენიშნებოდა, ერთი ან მეტი ფსიქიატრიული დაავადების კრიტერიუმს პასუხობდა. სუბიექტები ნივთიერებადამოკიდებულებით ორჯერ უფრო ხშირად ჩადიოდნენ ძალადობრივ ქმედებას ვიდრე შიზოფრენიით დაავადებულნი (21.30% - 8.36%-ის წინააღმდეგ). ამასთან შიზოფრენიის და წამლადამოკიდებულების თანაარსებობის დროს ძალადობრივი ქცევის მაჩვენებელი იზრდებოდა 30.33%-მდე და 21.09%-მდე შესაბამისად (1990). ამ კვლევაში გუნებ-განწყობის დარღვევებთან დაკავშირებული დასკვნები ემთხვევა 2011წ ჩატარებული კვლევის მონაცემებს დეპრესიის დროს ძალადობრივი ქცევის მომატებული რისკის

შესახებ (ჰოდგინსი და რიაზი/Hodgins, & Riaz, 2011), მაგრამ კონფლიქტშია სხვა კვლევებთან, სადაც ნაჩვენებია, რომ შიზოფრენიის დროს დეპრესია ამცირებს ძალადობის რისკს (დინი/Dean, 2007; კოიდი/Coid, 2013). აღსანიშნავია, რომ ECA კვლევაში შიზოფრენიასთან დაკავშირებული ძალადობის რისკი ნახევრდება, როცა შიზოფრენიასთან ახლავს შფოთვითი აშლილობა (4.29%). შესაძლებელია, რომ განსხვავება შფოთვაში იძლევა ზემოთ აღნიშნულ განსხვავებულ მონაცემებს დეპრესიის დროს, რადგან დეპრესიას ხშირად, მაგრამ არა ყოველთვის თან ახლავს შფოთვა (ლამერსი/Lamers, 2011). ერთერთი მიმოხილვის მიხედვით ბიპოლარული აშლილობების დროს მანია შეიძლება უფრო თანმიმდევრულად მონაწილეობს ძალადობრივ ქმედებაში ვიდრე დეპრესია (ვოლავკა/Volavka, 2013). ამ კვლევის მონაცემებით, ძალადობის რისკი უფრო მაღალია ბიპოლარული აშლილობის დროს ვიდრე შიზოფრენიის დროს. ბიპოლარული აშლილობის დროს ძალადობა უმეტესწილად ვლინდება მანიაკალურ ფაზაში. აგრესიული ქცევა დაფიქსირდა ბიპოლარული აშლილობის მქონე პირთა 12.2%-ში, ალკოჰოლდამოკიდებულთა 8.2%-ში, წამალდამოკიდებულთა 10.9%-ში და ფსიქიკური დაავადების არმქონე პირების 1.9%-ში.

#### *1.4 ძალადობა და პერსონოლოგიური აშლილობა*

მრავალ კვლევაში დასტურდება, რომ პერსონოლოგიური აშლილობის დროს ძალადობის რისკი იმატებს და მოზარდებს ქცევითი დარღვევებით შიზოფრენიის განვითარების უფორ 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) (გოსდენი/Gosden, 2005). გარდა ამისა, მოზარდები, რომლებიც 1968-1972წწ მკურნალობდნენ ნივთიერების ბოროტად გამოყენების გამო (თანმხლები ქცევის დარღვევის მაღალი რისკის ჯგუფი), 50 წლის ასაკისთვის ზოგად პოპულაციასთან შედარებით უფრო ხშირად იყვნენ ჰოსპიტალიზებული შიზოფრენიის დიაგნოზით. მათ შორის, კაცები ოთხჯერ უფრო ხშირად და ქალები რვაჯერ მეტად (დუგლასი, 2009; ჰოდგინსი, 1992).

ეს მონაცემები მიუთითებს, რომ ბევრ პაციენტში შიზოფრენიის დიაგნოზით, ძალადობა განპირობებულია უფრო ანტისოციალური ტენდენციებით ვიდრე თავად ფსიქოზით. კვლევის მონაცემებზე დაყრდნობით, რომელიც შიზოფრენიის დროს ძალადობას ერთი

მხრივ უკავშირებს ფსიქოზურ სიმპტომებსა და ბრაზს და მეორე მხრივ ანტისოციალურ პერსონოლოგიურ თვისებებს, ჰოდგინს-მა გამოყო შიზოფრენიის დროს ძალადობრივ დამნაშავეთა სამი ქვეტიპი (2008). 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 უკავშირდებოდეს ნივთიერების ავად მოხმარებას და მათ მიერ მკვლელობის ჩადენა უფრო სავარაუდოა (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 ქვეტიპზე ბევრად ნაკლები კვლევებია, ვიდრე წინა ორ ტიპზე.

კავშირს ბავშვობაში ქცევის დარღვევასა და მოგვიანებით გამოვლენილ ძალადობას შორის ადასტურებს ასევე სვენსონისა და ავტორების მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგები. მათი მონაცემებით, ძალადობის მაჩვენებელი პაციენტებში შიზოფრენიით ბავშვობაში ქცევის დარღვევის გარეშე 14.6%-ია შედარებით 28.2%-თან, ვისაც ბავშვობაში ქცევის დარღვევა ჰქონდა (2008).

ძალადობრივ ქცევასა და პერსონოლოგიურ აშლილობას შორის კავშირის შესახებ ერთერთ მიმოხილვაში ავტორები აღნიშნავენ, რომ პერსონოლოგიური აშლილობის კლასტერი A და კლასტერი B მნიშვნელოვან კორელაციაშია ძალადობასთან; განსაკუთრებით ამ კლასტერებში შემავალი პარანაოდული, ნარცისული და ანტისოციალური პერსონოლოგიური აშლილობების დროს (ესბექი და ექებურუა/Esbec, & Echeburúa 2010). ამასთანავე ავტორები გამოყოფენ სამ მნიშვნელოვან პრინციპს ძალადობასა და პერსონოლოგიურ აშლილობას შორის კავშირის შესახებ:

1) პერსონოლოგიური აშლილობები იშვიათად არის ეგოსენტონური; 2) პერსონოლოგიური აშლილობის უმეტესობას, რომელთაც ძალადობრივი ქცევა აღენიშნებათ და კლინიციკლების თვალთახედვის არეალში ხვდებიან, აქვთ თანმხლები ფსიქიკური მდგომარეობები; და 3) ძალადობა და ძალადობის რისკი პერსონოლოგიური აშლილობის დროს ხშირად დაკავშირებულია ნივთიერების ავადმოხმარებასთან.

სხვა სისტემურ მიმოხილვით და მეტა-რეგრესულ ანალიზურ კვლევაში განხილულია 10,007 პერსონოლოგიური აშლილობის მქონე პირის ანტისოციალური და ძალადობრივი



ქცევის რისკი 12 მილიონ საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით (იუ, გედესი და ფაზელი/Yu, Geddes, & Fazel, 2012). ავტორები ასკვნაან, რომ პერსონოლოგიური აშლილობა დაკავშირებულია ანტისოციალური ქცევისა (OR =3.0, 95% CI = 2.6.-3.5) და განმეორებითი დანაშაულის მომატებულ რისკთან (OR =2.4, 95% CI = 2.2.-2.7). რისკი, როგორც მიმოხილვიდან ჩანს, განსხვავდება პერსონოლოგიური აშლილობის ტიპის, სქესისა და პირთა დანაშაულებრივი მიდრეკილების მიხედვით.

### 1.5 ძალადობა და ნივთიერების ავადმომხმარება

არსებობს კვლევითი მტკიცებულებები, რომ ნივთიერების ავად მოხმარების დროს მკვეთრად იმატებს ძალადობის ინციდენტის რისკი. პაციენტებს ალკოჰოლის ან ნარკოტიკის მოხმარებით ცხოვრების განმავლობაში უფრო ხშირად აკავებს პოლიცია, ვიდრე პაციენტებს შიზოფრენიით, პერსონოლოგიური აშლილობით ან აფექტური აშლილობით (ჰოლკომბი/Holcomb, 1988). სხვა ავტორების მონაცემებით, ალკოჰოლიზმის და პერსონოლოგიური აშლილობის კომბინაცია 40-50-ჯერ ზრდის მკვლელობის ალბათობას ქალებში, მაშინ როდესაც ძალადობის რისკი შიზოფრენიის დროს მხოლოდ 5-6-ჯერ იმატებს (ერონენი, ჰაკოლა და ტიჰონენი/Eronen, Hakola, & Tiihonen, 1996). სტედმენმა და კოლეგებმა დაადგინეს, რომ პაციენტები ფსიქიკური აშლილობის და წამლის მოხმარების კომორბიდულობის შემთხვევაში, 73%-ით უფრო მეტად არიან აგრესიული, ვიდრე არამომხმარებელი პირები ფსიქიკური აშლილობით ან მის გარეშე (1998). გარდა ამისა, ამავე ავტორების მონაცემებით, პაციენტები ნივთიერების მოხმარების და პერსონოლოგიური აშლილობის პირველადი დიაგნოზით 240%-ით უფრო მეტად ჩადიან ძალადობრივ ქმედებას, ვიდრე პაციენტები ფსიქიკური აშლილობით ნივთიერების ავადმომხმარების გარეშე. ფსიქიატრიული სტაციონარული პაციენტების კვლევისას ავტორებმა დაადგინეს, რომ წამლის ავადმომხმარების დროს ბევრად უფრო ხშირია ერთზე მეტ მსხვერპლზე თავდასხმა და იარაღის გამოყენება (ბლომჰოფი/Blomhoff, 1990).

ერთერთი ეპიდემიოლოგიური კვლევის მონაცემებით, ალკოჰოლიზმის დროს პაციენტთა 25% აღნიშნავდა წარსული ძალადობის ფაქტს. გარდა ამისა, ქრონიკული ალკოჰოლიზმი უფრო მეტად უკავშირდება ძალადობას ვიდრე ალკოჰოლის უშუალო მოხმარება (სვენსონი, 1990).

ნივთიერების ავადმომხმარება ასევე მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ოჯახურ ძალადობაში. რუდოლფი და ავტორები აღნიშნავენ, რომ ოჯახური ძალადობის მსხვერპლის

ტრავმირების ყველაზე ძლიერ პრედიქტორს წარმოადგენს დამნაშავეის ალკოჰოლიზაციის ისტორია. ამასთანავე, ოჯახობრივი ძალადობის მსხვერპლ ქალთა 45%-მდე ალკოჰოლს იღებდა და 50% კი ნარკოტიკის მომხმარებელი იყო. ამავე კვლევით, ასაკოვან პირთა მიმართ ძალადობის ყველაზე პროგნოზულ ფაქტორს წარმოადგენდა მომვლელის ალკოჰოლიზაცია (რუდოლფი და ჰიუზი/Rudolph, & Hughes 2001).

სასამართლო ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში ნივთიერების ავადმომხმარებლასა და ფსიქიკურ აშლილობას შორის კავშირის შესახებ ლიტერატურული მონაცემები ადასტურებს, რომ ნივთიერების მოხმარება ფსიქიკური აშლილობის დროს უნდა განიხილებოდეს, როგორც ძალადობის და განმეორებითი დანაშაულის სერიოზული რისკფაქტორი. სასამართლო ფსიქიატრიული პაციენტებისთვის წამალდამოკიდებულების მკურნალობის გაუმჯობესება განიხილება, როგორც ძალადობის და რეციდივიზმის რისკის შემცირებისა და მართვის მნიშვნელოვანი საშუალება (პიკარდი და ფაზელი/Pickard, & Fazel, 2013).

მთელ რიგ ხანგრძლივ კვლევებში შესწავლილი იყო კავშირი კონკრეტული წამალმომხმარებით გამოწვეულ აშლილობასა და კრიმინალურ ან ძალადობრივ ქცევას შორის და აღმოჩენილი იყო ზოგადი ურთიერთკავშირი ნივთიერების ავად მოხმარებას, დანაშაულსა და ძალადობას შორის (ნორსტრომი და პაპი/Norström, & Pape, 2010; პედერსენი და სკარდამარი/Pedersen, & Skardhamar, 2010; პოპოვიჩი და სხვანი/Popovici et al, 2012). შიზოფრენიის და ბიპოლარული აშლილობის დიაგნოზის მქონე ნახევარზე მეტ პირს აღმოაჩნდა დიაგნოსტიკური ალკოჰოლ და წამალდამოკიდებულება (კესლერი/Kessler, 2005) . აღმოჩნდა, რომ ბიპოლარული აშლილობის დროს, ძალადობრივი დანაშაულის რისკი ძირითადად უკავშირდება წამალდამოკიდებულების თანაარსებობას (ფაზელი, 2010).

ერთერთ ბოლოდროინდელ კვლევაში შესწავლილი იყო სასამართლო ფსიქიატრიული პაციენტები შიზოფრენიისა და თანმხლები წამალდამოკიდებულების დიაგნოზით.

კვლევის მიზანი იყო გამოეყოთ განსხვავება წამალდამოკიდებულების ტიპებს შორის; კერძოდ, კანაფის მომხმარებლებსა და ნებისმიერი სხვა ნივთიერების მომხმარებლებს შორის. კვლევის შედეგად მნიშვნელოვანი განსხვავება კანაფის მომხმარებლებსა და სხვა ტიპის ნივთიერებების მომხმარებლებს შორის არ გამოვლინდა (პეტერსონი, 2021).

ზოგადად კვლევები სასამართლო ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში ფსიქიკური აშლილობისა და წამალდამოკიდებულების თანაარსებობის შესახებ მიუთითებენ, რომ მკურნალობის პროცესში ფოკუსი თანმხლები წამალდამოკიდებულების მართვაზე ამცირებს

კრიმინალური ქცევის ალბათობას და ხელს უწყობს პაციენტთა საზოგადოებაში რეინტეგრაციას. მრავალი ეპიდემიოლოგიური კვლევა ადასტურებს, რომ შიზოფრენიის და წამლდამოკიდებულების მქონე პაციენტებში აგრესიისა და ძალადობრივი ქცევის გაზრდილი რისკი ვერ აიხსნება მხოლოდ სოციალური ინტეგრაციის პრობლემებით. ისეთი ფაქტორები, როგორცაა მამრობითი სქესი, უფრო მძიმე ფსიქოპათოლოგია, ანტისოციალური პერსონოლოგიური ხაზები, განმეორებითი ინტოქსიკაცია და მკურნალობის რეჟიმის არდაცვა მნიშვნელოვან როლს თამაშობს (სოიკა, 2000).

### *1.6 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 საფრთხეების წინაშე (სელსი/Sells, 2003). ძალადობა მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა მიმართ ფიზიკური ტრავმის აშკარა საფრთხეს წარმოადგენს და აუარესებს პაციენტის ცხოვრების ხარისხს. აღმოჩნდა, რომ წარსული ტრავმები და ძალადობის გამოცდილება მნიშვნელოვნად არის დაკავშირებული პაციენტთა სიმპტომების სიმძიმესთან და დაავადების მიმდინარეობასთან (ნიუმენი/ Newman, 2010). 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 (ქოე, 2008). ერთერთ მიმოხილვაში აღნიშნულია, რომ პაციენტთა მსხვერპლად ქცევის საფრთხე 7.1%-სა და 56%-ს შორის მერყეობს, თუმცა არსებობს კვლევების შედარების პრობლემა ძალადობის ხასიათისა და დაკვირვების ხანგრძლივობის მხრივ. ახალგაზრდა ასაკი, თანმხლები წამლდამოკიდებულება ან უსახლკარობა აღმოჩნდა ამ ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა მიმართ ძალადობის რისკ ფაქტორები (სელსი, 2003). მრავალი კვლევა მითითებს, რომ არსებობს კავშირი მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტთა ძალადობრივ ქცევასა და სხვების მხრიდან ძალადობის მსხვერპლად ქცევის საფრთხეს შორის. თუმცა არ არის ნათელი წარსულში ძალადობის მსხვერპლად ყოფნა წარმოადგენს მომავალი ძალადობრივი ქცევის პრედიქტორს, თუ წარსული

ძალადობრივი ქცევა წინასწარმეტყველებს მომავალში მსხვერპლად ქცევის რისკს, თუ ორივე (ლატალოვა, კამარადოვა და პრასკო/ Latalova, Kamaradova, & Prasko, 2014).

### 1.7 შიზოფრენია და ძალადობრივი ქცევა

თუმცა შიზოფრენიის პრევალენტურობა მოსახლეობის დაახლოებით 0.9%-ს შეადგენს (ავილა, თაკერი და ადამი/Avila, Thaker, & Adami, 2001; მაკგრათი და სხვანი/McGrath et al, 2008), 2006 წელს 1,594 მკვლელობაში ბრალდებულის კვლევამ გამოავლინა, რომ 5%-ს შიზოფრენიის დიაგნოზი ჰქონდა (შოუ და სხვანი/Shawet al, 2006). 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 (1990).

მრავალი კვლევა ადასტურებს, რომ არსებობს მცირედ გამოხატული, მაგრამ მყარი კავშირი ძალადობასა და შიზოფრენიას შორის (დუგლასი, 2009, ვიტი და სხვანი/Witt et al, 2013). სვენსონმა და კოლეგებმა შეისწავლეს 1410 პაციენტში შიზოფრენიის დიაგნოზით ბოლო 6 თვის მანძილზე ძალადობრივი ქცევის გამოვლენა. ძალადობა კლასიფიცირებული იყო სიმძმის მიხედვით: მსუბუქი ხასიათის –ტრავმის ან იარაღის გამოყენების გარეშე; და სერიოზული –რომელსაც მოყვა დაზიანება, გამოყენებული იყო სასიკვდილო იარაღი ან სექსუალური ხასიათის იყო. ასევე გაანალიზებული იყო კომპლექსური ძალადობის შემთხვევები. კვლევის შედეგების მიხედვით, ძალადობის 6 თვიანი გავრცელება 19.1% იყო, მათ შორის 3.6% სერიოზულ ძალადობას უკავშირდებოდა. სერიოზული ფსიქოზური სიმპტომები (ე.წ. პოზიტიური სიმპტომები), როგორცაა დევნის იდეები, ზრდიდა ყველა ტიპის ძალადობის რისკს, მაშინ როცა „ნეგატიური სიმპტომები,“ როგორცაა სოციალური იზოლაცია ამცირებდა სერიოზული ძალადობის რისკს. უფრო მსუბუქი ხასიათის ძალადობრივი ქცევა უკავშირდებოდა წამლის ავადმობმარებას, ინტერპერსონალურ და სოციალურ ფაქტორებს, უფრო სერიოზული ძალადობრივი ქცევა ასოცირდებოდა ფსიქოზურ და დეპრესიულ სიმპტომებს, ბავშვობის ასაკის ქცევის პრობლემებს და წარსულში ძალადობის მსხვერპლად ყოფნას. ავტორები ხაზს უსვამდნენ შიზოფრენიის მართვაში კლინიკური და არაკლინიკური ფაქტორების გათვალისწინების მნიშვნელობას.

მკვლევართა უმეტესობა თანხმდება, რომ ცალკე აღებული ცვლადი ვერ ახსნის ძალადობრივ ქმედებას შიზოფრენიის დროს, გასათვალისწინებელია ისეთი ფაქტორები,

როგორცაა ასაკი, სქესი, სოციალური სტატუსი, წარსული ძალადობის გამოცდილება და წამლის მოხმარება (სვენსონი, 1990).

ერთერთი მნიშვნელოვან გამოწვევას შიზოფრენიის მქონე პაციენტების ძალადობრივი ქცევის კვლევისას წარმოადგენს რისკ ფაქტორების მრავალფეროვნება და რთული ურთიერთქმედება. ყველაზე ხშირი კონტრიბუტორებია: წამლის ავადმოხმარების თანმხლები დიაგნოზი (რუევი/Ruevi, 2008; ფაზელი, 2009 ა); იმპულსურობა, პერსონოლოგიური პრობლემები, კოგნიტური პრობლემები (რუნდი/Rund, 2018); ცხოვრების სტრესული მოვლენები (ლინკი/Link, 2016); ბავშვთა ასაკის ტრავმები და ძალადობის გამოცდილება (სვენსენი, 2006). აღნიშნული ფაქტორები გათვალისწინებული უნდა იყოს შიზოფრენიის დიაგნოზის მქონე პაციენტებში ძალადობის რისკის შეფასებისას.

ამჟამად დადგენილია, რომ ადეკვატური მკურნალობა მათ შორის თანმხლები წამლადამოკიდებულების 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 მედიკამენტებთან შედარებით კლოზაპინს შეიძლება მიენიჭოს უპირატესობა (ფროგლი და სხვანი/Frogley et al, 2012). ანტიეპილეფსიური საშუალებები, როგორც ჩანს, სასარგებლოა ინტელექტუალური უნარშეზღუდულობის და ეპილეფსიური დაავადების მქონე პირებში აგრესიის შესამცირებლად. მაგრამ ამ მხრივ მათი ეფექტურობა მძიმე ფსიქოზური აშლილობის მქონე პაციენტებში დადასტურებული არ არის (ფაზელი, 2014). ამრიგად, საუკეთესო სტრატეგია შეიძლება იყოს ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომებისა და ფუნქციური დეფიციტის შემცირება.

### *1.8 ძალადობასთან დაკავშირებული ფსიქოზური სიმპტომები*

კვლევები აჩვენებს, რომ 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 (სვენსონი, 2006).

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 (კაპგრას სინდრომი) უფრო ხშირად უკავშირდება ძალადობას და განსაკუთრებით მაშინ, როცა ამ ბოდვას თან ახლავს მტრული განწყობა, აჟიტაცია, უნდობლობა ან აგზნება (ჰოდგინსი, 2011).

მომალადე ფსიქოზური პაციენტების დაახლოებით 20% მოქმედებს ჰალუცინაციების და ბოდვის ზემოქმედებით (ტეილორი/Taylor, 1985). იმპერატიული ჰალუცინაციების გავლენა იზრდება, როცა „ხმა“ ნაცნობია და თან ახლავს ბოდვა (ჯანგინგერი/Junginger, 1995). პაციენტები დევნის ბოდვით შეიძლება თვითონ დაესხან თავს პირველები თავდაცვის მიზნით. ფსიქიკურად დავადებული პირები მუქარის, დევნის ბოდვით ორჯერ უფრო მიდრეკილნი არიან აგრესიისკენ ვიდრე პაციენტები პარანოიდული ბოდვის გარეშე (ბაქლი, 2003). ლინკი და კოლეგები (1992) უშვებენ, რომ განსხვავება კომორბიდულ კვლევებში შეიძლება ასახავს შეფასების მომენტში ფსიქოზური პაციენტების არაფსიქოზურ მდგომარეობას. 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 (ლინკი, 1998). თუმცა სხვა კვლევებში ნათქვამია, რომ ეს ფაქტორი ნაკლებად მნიშვნელოვანია თუ წამალდამოკიდებულება და მკურნალობის რეჟიმის დაცვა მართულია (აპელბაუმი/Appelbaum, 2000).

### *1.9 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 მკვლევარებმა 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 (ელბოგენი/Elbogen, 2009). ამ კვლევაში მარკარტურის ძალადობის რისკის შეფასების კვლევის მსგავსად, რისკ ფაქტორები დაიყო 4 დომენად:

დისპოზიციური, ისტორიული, კლინიკური და კონტექსტუალური. დისპოზიციური მონაცემები მოიცავდა ასაკს, განათლებას, სქესს, პერსონალურ წლიურ შემოსავალს და ეროვნებას. ისტორიულ ფაქტორთან დაკავშირებით, რესპონდენტებს ეკითხებოდნენ წარსულში მომხდარი ნებისმიერი: 1. სერიოზულ/მძიმე დანაშაულის შესახებ; 2. წამლის მოხმარებასთან დაკავშირებული დანაშაულის შესახებ. დამატებითი კითხვები ისტორიასთან დაკავშირებით მოიცავდა ინფორმაციას 18 წლამდე პირი ხომ არ იყო მშობლების ჩხუბის მოწმე ან მშობლების ძალადობის მსხვერპლი; იყო თუ არა მოხვედრილი არასრულწლოვანთა დაწესებულებაში ან ჰყავდა მშობლები, რომლებმაც რაღაც დრო ციხეში გაატარეს.

კლინიკური მონაცემები მოიცავდა გარდა დიაგნოზისა წარმოსახვით 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 ძალადობრივ ქცევის რისკზე და ხაზი გაუსვა კლინიცისტების მხრიდან პირის დიაგნოზის გარდა ისტორიული და მიმდინარე ცხოვრების სიტუაციების განხილვის საჭიროებაზე. ფსიქიკურ აშლილობასა და ძალადობას შორის კავშირის შესახებ ერთერთი მიმოხილვის მიხედვით (რუევი, 2008), კვლევების უმეტესობა ფოკუსირებულია ძალადობის სტატიკური და დინამიური რისკ ფაქტორების დადგენაზე. სტატიკურ რისკ ფაქტორებს მიეკუთვნება პაციენტის მახასიათებლები, რომელთა შეცვლა კლინიკური ინტერვენციით შეუძლებელია, როგორცაა დემოგრაფიული მონაცემები, დიაგნოზი, პერსონოლოგიური ხაზები და წარსული ისტორია. მიუხედავად იმისა, რომ ეს რისკ ფაქტორები უკავშირდება გამოსავალს, ისინი არ წარმოადგენენ ძალადობრივი ქცევის უშუალო მიზეზს (ნორკო და

ზარანოსკი/ Norko, & Baranoski, 2005). მომავალი ძალადობის რისკი იზრდება წრფივად წარსული ძალადობის აქტების რაოდენობის მიხედვით (ბაქლი, 2003). პირები, რომლებიც წარსულში აგრესიულად იქცეოდნენ ბოლოდროინდელი აზრების გამო, უფრო მეტად მოსალოდნელია, რომ მომავალშიც აგრესიულად მოიქცევიან (ტელიორი, 1985).

იმპულსურობის წარსული ისტორია ასევე დაკავშირებულია მომავალ ძალადობასთან. ასნისის კვლევის მიხედვით, პაციენტთა 91%, რომლებმაც მკვლელობა ჩაიდინეს, ასევე სჩადიან სუიციდს სიცოცხლის განმავლობაში (ასნისი და სხვანი/Asnis et al, 1997).

ერთერთ ლიტერატურის მიმოხილვაში ძალადობის რეციდივიზმის სხვა სტატისტიკურ რისკ ფაქტორებს მიეკუთვნება: ახალგაზრდა ასაკი, მამრობითი სქესი, მარტოხელობა და ანტოსოციალური თანატოლები. მონაცემთა უმეტესობა ამტკიცებს, რომ რასა და სოციალური კლასი არ უკავშირდება განმეორებით ძალადობას (ბონტა, ლოუ და ჰანსონი/ Bonta, Law & Hanson, 1998 ).

დინამიურ რისკ ფაქტორებს მიეკუთვნება ცვლადები, რომლებიც პოტენციურად შეიძლება გაუმჯობესდეს კლინიკური ინტერვენციით. ეს ცვლადები მჭიდროდ უკავშირდება ან ზოგჯერ იგივე კლინიკური სიმპტომებია, რაც იწვევს პაციენტის ჰოსპიტალიზაციას მწვავე განყოფილებაში (ნორკო, 2005). ყველაზე ხშირად ციტირებული დინამიური რისკ ფაქტორებია: ნივთიერების ავადმომხმარება (მალვეი/ Mulvey, 2006) , სხვა დინამიური რისკ ფაქტორებია დევნის ბოძვა, იმპერატიული ჰალუცინაციები, მკურნალობის რეჟიმის არდაცვა, იმპულსურობა, ფუნქციონირების გლობალური შეფასების (GAF) დაბალი დონე, ჰომიციდური მიდრეკილება, დეპრესია, უიმედობა, სუიციდური მიდრეკილებები, იარაღის ხელმისაწვდომობა (ბაქლი, 2003).

არანამკურნალევი ფსიქოზური სიმპტომები წარმოადგენს ძალადობრივი ქცევის მნიშვნელოვან რისკ ფაქტორს, განსაკუთრებით ის სიმპტომები რომელიც აფრთხობს პაციენტს და იწვევს კონტროლის დაკარგვას (ასნისი, 1997). შიზოფრენიის დროს სტაციონირებულ პაციენტებში ძალადობის ყველაზე გავრცელებული პრედიქტორია ექვიანობა და მტრული განწყობა, მძიმე ჰალუცინაციები, ცუდი ინსაიტი და აზროვნების გამოხატული დეზორგანიზაცია (ბაქლი, 2003). კვლევები აჩვენებს, რომ პაციენტების 80%-მდე სიცოცხლის მანძილზე რაღაც მომენტში არ იცავს რეკომენდებულ მკურნალობას. მკურნალობის რეჟიმის არდაცვა შეიძლება უკავშირდებოდეს ძალადობას და ასევე შეიძლება იმართოს ფსიქოგანათლებით, კოგნიტურ-ბიჰევიორული და მხარდამჭერი თერაპიით, ინტენსიური ქეის მენეჯმენტით 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 (ბონტა, 1998).

რისკის შეფასების ინსტრუმენტების მზარდი არჩევანის პირობებში, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს შეუძლიათ ძალადობრივი ქცევის წინასწარმეტყველება და მართვა, განსაკუთრებით მწვავე განყოფილებაში (პოუელი, 1994). დიაგნოსტიკურად აგრესიული ქცევა უკავშირდება შიზოფრენიას, მანიას, ალკოჰოლდამოკიდებულებას, ტვინის ორგანულ სინდრომს და პიროვნულ აშლილობებს. როგორც აღმოჩნდა, მწვავე განყოფილების პაციენტებს შორის ახალგაზრდა ასაკი, მამრობითი სქესი, წარსულში ფსიქიატრიული მკურნალობა, თანმხლები წამლადამოკიდებულება და პოზიტიური სიმპტომები ძალადობრივი ქცევის მყარ პრედიქტორებს წარმოადგენს (უოლესი, 2004). მათ შორის წარსული ძალადობრივი ქცევა მომავალი ძალადობის ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან პროგნოზულ მაჩვენებელს წარმოადგენს (ელბოგენი, 2009; ფაზელი, 2010). თუმცა, საერთო ჯამში, ძალადობრივი ქცევის რისკის მაჩვენებლების გამოვლენას სუსტი პროგნოზული ღირებულება აქვს მოკლევადიან და გრძელვადიან პერსპექტივაში. მსხვილმა ეპიდემიოლოგიურმა კვლევებმა (ECA კვლევის მსგავსი) ასევე გამოავლინა, რომ ძალადობრივი ქცევის რისკი მნიშვნელოვნად გაზრდილია მონაწილეთა სპეციფიკურ დემოგრაფიულ ქვეჯგუფებში: ახალგაზრდა ასაკი, მამაკაცები, დაბალი სოციო-ეკონომიკური სტატუსი და ალკოჰოლ ან წამლადამოკიდებულების პრობლემების არსებობა (სვენსონი, 1990). ეს რისკ ფაქტორები ძალადობრივი ქცევის სტატისტიკურ წინაპირობებს წარმოადგენს ადამიანებში ფსიქიკური აშლილობით ან მის გარეშე.

*1.10 საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის გამოწვევები*

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 ჯგუფის და პერსპექტიული დიზაინის არარსებობა. ეს შეზღუდვები ნაწლობრივ ხსნის იმ განსხვავებულ დასკვნებს, რომლებიც სხვადასხვა კვლევაშია და კერძოდ, ძალადობაში ფსიქიკური აშლილობის შენატანის რისკის პროპორციების ფართო ვარიაციებს (ჰიუგელეტი/Huguelet, 2010). ამ არაერთგვაროვნების გადაჭრის მცდელობა

მნიშვნელოვანი არის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პერსპექტივიდან, რადგან ძალადობის დაკავშირება ფსიქიკურ აშლილობასთან ხელს უშლის შიზოფრენიის მქონე პირთა საზოგადოებაში ინტეგრაციას.

ამას გარდა, კვლევათა უმეტესობა ძირითადად სწავლობს ძალადობასა და მძიმე ფსიქიკურ აშლილობას შორის კავშირს, მაგალითად, შიზოფრენიას შედარებითი რისკის თვალსაზრისით (ანუ შიზოფრენიის მქონე პირებთან დაკავშირებული რისკის ოდენობა სხვებთან 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 (ქოე, 2008).

მნიშვნელოვანია იმის გათვალისწინება, რომ როგორც მძიმე დანაშაული ასევე მძიმე ფსიქიკური აშლილობა იშვიათი მოვლენაა, ამის გამო, რთულია განვსაზღვროთ ფსიქიკური აშლილობის დროს ძალადობის გაზრდილი რისკის შესახებ კვლევათა მონაპოვრების პრაქტიკული მნიშვნელობა საზოგადოებისთვის რისკის შესაფასებლად. ამ საკითხის გადაჭრის ერთ-ერთი საშუალებაა დავსვათ კითხვა: ვინ არიან ფსიქიურად დაავადებულთა მხრიდან ძალადობის სავარაუდო სამიზნე: საზოგადოების წარმომადგენლები თუ მათი ახლო წრის წევრები? (სტიუარტი, 2003). კვლევათა უმეტესობა უშვებს, რომ ძალადობრივი ინციდენტების უმეტესობა სერიოზული ფსიქიკური აშლილობის დროს გამოწვეულია მათი სოციალური ცხოვრების პირობებით და მათი უახლოესი სოციალური ურთიერთობების ბუნებით და ხარისხით სვენსონი, 1990, 1996). მაგალითად, მარკარტურის ძალადობის რისკის შეფასების კვლევაში, ყველაზე ხშირად ძალადობის სამიზნეები არიან უახლოესი ოჯახის წევრები ან მეგობრები (87%), და ძალადობა, ჩვეულებრივ, ხდება სახლში. გაწერილი პაციენტები ნაკლებად ავლენენ ძალადობას სრულიად უცნობების მიმართ (10.7%), ვიდრე საკონტროლო ჯგუფი (22.2%). ანალოგიურად, სოციალური ქსელის კვლევაში, რომელიც სწავლობდა 169 ადამიანს ფსიქიკური აშლილობის დარღვევით, 30 თვეზე მეტი ხნის განმავლობაში, ოჯახში ძალადობა ყველაზე ხშირად ვლინდებოდა, როდესაც ურთიერთობებს ახასიათებდა ორმხრივი საფრთხე, მტრობა და ფინანსური დამოკიდებულება; როდესაც შიზოფრენიის დიაგნოზთან ერთად არსებობდა ნივთიერების ავადმომხმარება და როდესაც სტაციონარგარეთა სათემოს სერვისებს იშვიათად იყენებდნენ. 3,000-ზე მეტი სოციალური

ქსელის შესწავლილი წევრიდან მხოლოდ 1.5% იყო ძალადობრივი ქმედებების ან მუქარის სამიზნე (ესტროფი/Estroff, 1998).

ამასთან კავშირშია ასევე კითხვა, თუ ფსიქიკურ აშლილობას რამდენად შეაქვს წვლილი მოსახლეობაში ძალადობის გავრცელებაში. კვლევების ფოკუსის გადანაცვლება შედარებითი რისკიდან საზოგადოებრივ რისკზე უზრუნველყოფს უფრო დაბალანსებულ სურათს და აარიდებს ადამიანებს მძიმე ფსიქიკური აშლილობით არასაჭირო სტიგმატიზაციას. სხვა მნიშვნელოვანი საკითხია, რომ ვინაიდან მიზეზ-შედეგობრივი კავშირის დადგენა ფსიქიკურ აშლილობასა და ძალადობრივ ქცევას შორის ერთმნიშვნელოვნად შეუძლებელია, მაჩვენებლების გამოთვლისას მხედველობაში მისაღებია სხვადასხვა სოციალური, კონტექსტუალური და კომორბიდული ფაქტორები, რომლებიც ამძიმებენ საერთო სურათს. რისკის ფაქტორების ყოვლისმომცველი შესწავლისთვის საჭიროა უკეთესი საშუალებების გამოძებნა.

როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, შიზოფრენიით ან სხვა ფსიქოზით დაავადებულ პაციენტთა დაახლოებით 10%-ს აღნიშნება ძალადობრივი ქცევა, შედარებით ზოგად პოპულაციასთან სადაც ეს რიცხვი 2%-ზე ნაკლებია (ელბოგენი, 2009). მიუხედავად იმისა, რომ ეს მიუთითებს თითქოს ფსიქიკური აშლილობა კავშირშია ძალადობის მაღალ რისკთან, მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ეპიდემიოლოგიური მოცვის არეალის (ECA) კვლევებში (სვენსონი 1990), მოსახლეობის დამახასიათებელი ძალადობის 1 წლის რისკი (PAR), რომელიც უკავშირდება მხოლოდ მძიმე ფსიქიკურ აშლილობას, აღმოჩნდა, რომ 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, 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 (ჰოდგინსი, 2008).

ერთერთმა მეტა-ანალიზურმა კვლევამ (ლარგი და სხვანი/Large et al, 2011) აჩვენა, რომ ერთი უცნობი მკვლევლობის არიდებისთვის, 35,000 შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანი, რომლებსაც ითვლება, რომ ძალადობის მაღალი რისკი აქვთ უნდა დააკავონ. ეს აშკარად ეწინააღმდეგება გავრცელებულ აზრს, რომ მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანები საფრთხეს წარმოადგენენ.

ამ საკითხების გადაწყვეტა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მნიშვნელობის კუთხით, გარკვეულწილად საჭიროებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის განცალკევებას საფრთხის კონცეფციისგან. ამ საკითხების გადაწყვეტის ნებისმიერი მცდელობა უნდა დაიწყოს ძალადობის მისაღები ოპერაციული განმარტებით და სხვადასხვა ტიპებს შორის (საკუთარი თავის/სხვების მიმართ აგრესია, სიტყვიერი, ფიზიკური, სავარაუდო/რეალური აგრესია და სხვა) მკაფიო განსხვავების ჩამოყალიბებით, რომ მივიღოთ უფრო თანმიმდევრული და სანდო შედეგები. გარდა ამისა, 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 ურთერთზეგავლენის რთული პატერნები. მხოლოდ ასეთი მიდგომით არის შესაძლებელი შესაბამისი ინტერვენციების დაგეგმვა და პაციენტებისთვის საჭირო დროსა და გარემოში მიწოდება.

ფსიქოტროპული მედიკამენტების ეფექტურობა ძალადობრივ ქცევაზე, როგორც მკურნალობის ერთ-ერთი გამოსავალი ჯერჯერობით არ არის საკმარისად შესწავლილი. უფრო მეტიც, სპეციფიკური ფსიქოტროპული მედიკამენტის ძალადობრივ ქცევაზე ეფექტურობის როგორც მკურნალობის შედეგის შესწავლა გამძნელებულია მთელი რიგი წინააღმდეგობების გამო. მიუხედავად იმისა, რომ ფარმაკო-ეპიდემიოლოგიური კვლევები ითვლისწინებს ძალადობრივი ქცევის შემცირებაზე ფსიქოტროპული მედიკამენტის ეფექტურობის შეფასებას, როგორც წესი, აქ იკვეთება ასევე სხვადასხვა ფაქტორის მოქმედება. ეს კვლევები ხშირად არ ითვალისწინებს პიროვნულ, სოციალურ, ეკონომიკურ და კონტექსტუალურ ფაქტორებს, რომლებიც გავლენას ახდენს ამ პაციენტებში რისკის ცვალებადობაზე. ანალოგიურად, რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევები, რომლებიც იკვლევს ძალადობის შემცირებაზე წამლების ეფექტურობას არასაიმედოა. ხშირად რთულია ძალადობრივი ქცევის პაციენტების კვლევებში ჩართვა და ასევე მაღალია აცილების დონე. გარდა ამისა, ვინაიდან შედეგს აქვს დაბალი სანდოობა საკვლევი ჯგუფის ზომა უფრო მაღალი უნდა იყოს (fazeli, 2014). ასევე მსგავსი კვლევების ჩატარებამ შეიძლება გამოიწვიოს ეთიკური დილემა, რადგან როგორც ცნობილია, ფსიქიატრიულ პაციენტებში ძალადობა განიხილება, როგორც მწვავე გადაუდებელი მდგომარეობა, რომელიც საჭიროებს დაუყოვნებლივ ინტერვენციას.

ლიტერატურის მონაცემებზე დაყრდნობით, შეიძლება ითქვას, რომ კლინიკური ცვლადების სოციალური და კონტექსტუალური ფაქტორების დინამიური ურთიერთქმედება მნიშვნელოვან როლს თამაშობს როგორც ძალადობის განმსაზღვრელი. თუმცა, ეს საკითხები არ იწვევს საკმარის ინტერესს და ძალადობის მიზეზების ძიებისას აქცენტი კვლავ კეთდება პაციენტის დიაგნოზსა ან კლინიკურ ცვლადებზე. სხვა სოციოდემოგრაფიულ და ისტორიულ ფაქტორებთან შედარებით, ფსიქიატრიული დაავადებების წვლილი საზოგადოებაში ძალადობის მთლიან რისკთან შედარებით, მცირეა (norko, 2005). სინამდვილეში, დემოგრაფიული ცვლადები, განსაკუთრებით სქესი, ძალადობის ბევრად უკეთესი პრედიქტორია, ვიდრე ფსიქიატრიული დიაგნოზი ან ნოვთიერების ავადმობხმარება. ამრიგად, ძალადობასა და ფსიქიატრიულ აშლილობას შორის კავშირზე ფოკუსირებამ შეიძლება გამოიწვიოს ფსიქიკურ აშლილობასთან დაკავშირებული სტიგმის უმიზეზოდ გაძლიერება (korigani, 2004).

*1.11 დეინსტიტუციონალიზაცია და არანებაყოფლობითი მკურნალობა ფსიქიატრიაში*

ფსიქიკური ჯანმრთელობის რეფორმა ჯანდაცვის სფეროში ერთ-ერთი ყველაზე რადიკალური რეფორმაა, ვინაიდან იცვლება არა მარტო მომსახურების ფორმები არამედ არსიც. ბევრმა ქვეყანამ წარმატებით დაასრულა რეფორმა, ზოგიერთ ქვეყანაში ახლა იწყება, ზოგან კი, მათ შორის საქართველოში, რეფორმირების პროცესი გაჭიანურებული და არათანმიმდევრულია. მიუხედავად იმისა, რომ ათწლეულების განმავლობაში პროფესიონალები მხარს უჭერენ დეინსტიტუციონალიზაციასა და თემში სერვისების განვითარებას, როგორც რეფორმის ქვაკუთხედს, დღემდე მრავალ ქვეყანაში ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში მკურნალობა წამყვანი მომსახურებაა და საშუალო და დაბალი შემოსავლების მქონე ქვეყნების ფსიქიატრიული ბიუჯეტის 80% –ზე მეტს იკავებს. რას გულისხმობს დეინსტიტუციონალიზაცია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში? დეინსტიტუციონალიზაცია, აშშ-ს მედიცინის ეროვნული ბიბლიოთეკის განმარტების თანახმად, არის ფსიქიატრიული დახმარების ლოკუსის ინსტიტუციურიდან სათემო გარემოში გადატანის პროცესი (<https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-change-possible/mental-health-services>). ეს პროცესი საერთაშორისო დონეზე სამ ძირითად კომპონენტს მოიცავს: ადამიანების საავადმყოფოდან გაწერა ან თემში გადაყვანა; მათი ჰოსპიტალიზაციის თავიდან არიდება; ალტერნატიული სათემო სერვისების განვითარება. ეს ის მიზნებია, რომლებიც აღიარებულია საქართველოს მიერ და ასახულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგიულ დოკუმენტში.

ისტორიულად, ფსიქიატრიული საავადმყოფოები დომინანტი და ყველაზე მკირადღირებული მომსახურების ობიექტებია. ფსიქიატრიული საავადმყოფო ის ადგილია, სადაც პაციენტები, ზოგჯერ მათი ნების საწინააღმდეგოდ, ხანგრძლივად იმყოფებიან არაჰიგიენურ, გადატვირთულ და სამყაროსგან მოწყვეტილ გარემოში (დრიუ და სხვანი/Drew et al, 2011). დღეს დეინსტიტუციონალიზაცია ძლიერი საერთაშორისო მხარდაჭერით სარგებლობს, მაგრამ ამ მიზნის მიღწევის ტემპები და საშუალებები განსხვავდება ქვეყნების მიხედვით. ჯანმო-ს მონაცემებით, იმ ქვეყნებში, სადაც დეინსტიტუციონალიზაცია გაჭიანურებულია, როგორც წესი, ჯანმრთელობის ბიუჯეტის 3%-ზე ნაკლებს ხარჯავენ ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე და ბიუჯეტის 80%-ზე მეტი ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებზე მოდის (2014).

დეინსტიტუციონალიზაცია მნიშვნელოვანი ნაბიჯია ჰოსპიტალური მკურნალობის სათემო მკურნალობით ჩანაცვლების და არანებაყოფლობითი მკურნალობის, სადაც შესაძლებელია, ნებაყოფლობითი მკურნალობით ჩანაცვლების გზაზე. არსებობს მტკიცებულება, რომ ადამიანის უფლებათა ოპტიმიზაცია თავისი არსით თერაპიულია და ხელს უწყობს გამოჯანმრთელებას. ამ მიმართულებით ჯანმო-მ შეიმუშავა ჯანმრთელობის და უფლებების (QualityRights) პროგრამა, რომლის მიზანია ფსიქიატრიულ დაწესებულებებსა და ზრუნვის სახლებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის მოვლის ხარისხისა და ადამიანის უფლებების დაცვის გაუმჯობესება, რაც გულისხმობს, რომ უნდა გაუმჯობესდეს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა მართვა თემში.

[https://www.who.int/mental\\_health/policy/quality\\_rights/en/](https://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/en/). ამ კუთხით, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა ძალადობრივი ქცევის რისკფაქტორების განსაზღვრა და მართვა სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი ხდება, როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების შემდგომი განვითარებისათვის ასევე საზოგადოების უსაფრთხოების თვალსაზრისით. სხვა პრობლემა, რომელიც დეინსტიტუციონალიზაციის მიმდინარე პროცესს უკავშირდება არის არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული მკურნალობის პრაქტიკა. ფსიქიკური ჯანმრთელობის რეფორმირების პროცესში საერთაშორისო მასშტაბით ფსიქიატრიულმა დახმარებამ სტაციონარიდან თემში გადაინაცვლა და ფსიქიატრიული სერვისების უდიდესი ნაწილი ნებაყოფლობითი მომსახურების პრინციპზე გადავიდა. თუმცა სხვადასხვა ქვეყანაში არანებაყოფლობით მკურნალობასთან დაკავშირებით განსხვავებული დამოკიდებულება და პრაქტიკა არსებობს. ზოგადად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ მოქმედი ეროვნული კანონები ორ კონცეფციას ეფუძნება: (1)

სახელმწიფო ვალდებულია იმოქმედოს ადამიანის ინტერესებში, თუ ადამიანს მკურნალობა სჭირდება და მიზანი პირისთვის სიკეთის მოტანაა (parens patriae). (2) სახელმწიფოს „პოლიციური ძალაუფლება“- საკუთარ მოქალაქეთა უსაფრთხოების დაცვა. მთავრობა იღებს კანონებს საზოგადოების კეთილდღეობის დასაცავად, როდესაც იძულებითი ჰოსპიტალიზაცია განიხილება ჩარევის უკიდურეს ზომად. ამ თვალსაზრისით განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია არანებაყოფლობითი მკურნალობისთვის რისკფაქტორების გასაზღვრა, რათა თავიდან იყოს არიდებული არასაჭირო ჰოსპიტალიზაცია და იძულებითი ზომების გამოყენება. ამ პროცესებში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს საფრთხის კონცეპტუალიზაცია.

ჩვეულებრივ, "საშიშროება" გულისხმობს ადამიანის საკუთარი თავის ან სხვების მიმართ ძალადობრივი ქცევის რისკს. ინტერპერსონალური ძალადობისა და განზრახ თვითდაზიანების ფაქტორების კვლევამ აჩვენა, რომ ეს არის რთული, მრავალგანზომილებიანი ქცევა, როცა ინდივიდის ცხოვრების ისტორია თუ სხვა გარემოებები, მათ შორის ფსიქიკური დაავადების გარკვეული სიმპტომები, ზრდის ძალადობის რისკს გარკვეული დროის მონაკვეთში (სვენსონი, 2016). მაგრამ, ვიწრო იურიდიული მიზნებისთვის, არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული მკურნალობის ნებართვის გასაცემად თუ დაუსაბუთებელი გადაწყვეტილების თავიდან ასაცილებლად, პირის სავარაუდო საშიშროება უნდა უკავშირდებოდეს ფსიქიკურ დაავადებას, რომლის მკურნალობა შესაძლებელია. სხვა სიტყვებით, თუ არა ფსიქიკური აშლილობა, რომლის გარკვეული სიმპტომები შეიძლება ურთიერთქმედებს სხვა ფაქტორებთან, ადამიანის საშიში ქმედება ან უმოქმედობა არ გასცდებოდა შემფოთების საზღვრებს. ეს განსხვავდება იმ შეხედულებისგან, რომ ადამიანის პოტენციური საშიში ქცევა "გამოწვეულია ფსიქიკური დაავადებით" ან, რომ ფსიქიკური დაავადება იძლევა ძალადობრივი ქცევის საკმარის მეცნიერულ ახსნას (საია/Saya, 2019).

არანებაყოფლობითი მკურნალობა თავისუფლების მნიშვნელოვან შეზღუდვას გულისხმობს, ამიტომ წინააღმდეგობრივ და საკამათო საკითხად რჩება, განსაკუთრებით აღდგენაზე ორიენტირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომხრეებს შორის, რომლებიც უპირატესობას ანიჭებენ პიროვნულ ავტონომიასა და თვითგამორკვევის უფლებას. ჰოსპიტალიზაცია პაციენტისთვის, როგორც ჩანს, ასოცირდება დამცირების მაღალ დონესთან შემდგომი ბრახის გამოვლენით, რაც თავის მხრივ უკავშირდება ძალადობის გაზრდილ რისკს და მკურნალობაზე უარს. ამ ფაქტორს ნეგატიური გავლენა აქვს

თერაპიულ ურთიერთობებსა და მკურნალობის გეგმის დაცვაზე (ვინი/Wynn, 2018). შესაბამისად, საჭიროა მეტი ძალისხმევა, რომ იძულებითი ზომები, რომლებიც არღვევს ადამიანის თვითგამორკვევის პრინციპს და ხელს უშლის ექიმ-პაციენტის ურთიერთობას, გამონაკლისად იქცეს. ობიექტური სამართლებრივი სტატუსი და სუბიექტური გრძნობები არ არის ეკვივალენტური. ზოგადად, შეიძლება ითქვას, რომ რაც უფრო მეტია იძულების განცდა, მით უარესია კლინიკური გამოსავალი (საია, 2019). არანებაყოფლობით მკურნალობასთან დაკავშირებული ურთიერთსაწინააღმდეგო შეხედულების და თანმხლები ეთიკური პრობლემების გათვალისწინებით, უნდა მოხდეს არანებაყოფლობითი მკურნალობის პრაქტიკის და რეგულაციის რეფორმა. ამ თვალსაზრისითაც თემში პაციენტების ეფექტური მოვლისთვის მნიშვნელოვანია ძალადობის კლინიკური და არა კლინიკური რისფაქტორების გამოვლენა და ეფექტური მართვა. ამ მიზნით ბევრ ქვეყანაში დაინერგა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სასამართლოები, რომელთა მიზანია სისხლის სამართლის სისტემაში ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა რაოდენობის შემცირება და თემში ალტერნატიული მეთვალყურეობის უზრუნველყოფა. არასაკმარისი კვლევებია თუ რამდენად ამცირებს დანაშაულის რეციდივიზმს და ძალადობას აღნიშნული სასამართლოების მუშაობა. ერთ-ერთი კვლევამ (მაკნილი და ბაინდერი/ McNeil, & Binder, 2007) , რომელშიც შეფასებული იყო ფსიქიკური ჯანმრთელობის სასამართლოების ეფექტურობა აჩვენა, რომ ფსიქიატრიული სასამართლოს პროგრამაში მონაწილე პირები უფრო ხანგრძლივი დროის განმავლობაში არ სჩადინ დანაშაულს და არ აღენიშნებათ ძალადობრივი ქცევა. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სასამართლო პროგრამის წარმატებით დასრულება უკავშირდებოდა რეციდივისა და ძალადობის შემცირებას იმ პირებში, რომლებიც აღარ იმყოფებოდნენ ამ სასამართლოს მეთვალყურეობის ქვეშ. დასკვნის სახით ავტორები მიუთითებენ, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სასამართლომ შეიძლება შეამციროს სისხლის სამართლის სისტემაში ჩართული ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა მიერ დანაშაულის განმეორება და ძალადობრივი ქცევა. ამასთანავე, საჭიროა შემდგომი კვლევები იმის დასადგენად, თუ პიროვნების რომელი მახასიათებლები უკავშირდება სასურველ ან ნაკლებად სასურველ გამოსავალს და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სასამართლოს როგორი სტრუქტურაა (მაგალითად, რამდენად იყენებენ სანქციებს) უფრო ეფექტური დადებითი შედეგის მისაღწევად.



თავი 2 კვლევის შედეგები

### 2.1 მონაწილეთა დემოგრაფიული მონაცემები

დესკრიპტული ანალიზის საფუძველზე მონაცემები ძალადობრივი ქცევის კლინიკური, სოციალური და დისპოზიციური რისკფაქტორების შესახებ მოცემულია ქვემოთ დიაგრამების და ცხრილების პროცენტული წილის, სარწმუნო გადანაწილებების და შანსთა ფარდობის მაჩვენებლებით.

ასაკისა და სქესის შესატყვისობის შემდეგ, კვლევის სინჯი მოიცავდა 200 რესპონდენტს.

ძალადობრივი ქცევის 94 შემთხვევა (გამოკითხულთა 90,4% მამაკაცი იყო; საშუალო ასაკი 39,77 წელი). 106 კონტროლი (86.8% - მამაკაცი; საშუალო ასაკი 41.26 წელი).

კვლევის მონაწილეთა უმრავლესობა ეთნიკურად ქართველია (79.8% შემთხვევა და 89.0 % საკონტროლო ჯგუფი), შემდეგ ყველაზე მეტია რუსი ეროვნების (8.5% და 3.8% შესაბამისად) და სომეხი 6.4% შემთხვევის და 10.4% საკონტროლო ჯგუფში.

შემთხვევათა მხოლოდ 19.1% და კონტროლის 16.0% იყო დაქორწინებული.

შემთხვევის ჯგუფში 24.5% -ს ჰქონდა არასრული საშუალო სკოლის განათლება და 8.1%-ს უმაღლესი; ხოლო საკონტროლო ჯგუფში 7.5%-ს არასრული საშუალო და 17%-ს უმაღლესი განათლება ჰქონდა. (დიაგრამა1).

ბოლო 1 წლის განმავლობაში დასაქმების შესახებ მონაცემები შემთხვევის ჯგუფში (დაპატიმრებამდე) ასე განაწილდა: 56% არ მუშაობდა, 36% დროებით იყო დასაქმებული.

საკონტროლო ჯგუფში დასაქმება პანდემიის დაწყებამდე შემდეგი იყო: 13% მუშაობდა, 6% დროებით იყო დასაქმებული (დიაგრამა 2). სამუშაოს ხასიათი ძირითადად არაკვალიფიციურია, დამხმარე მუშა, სასოფლო-სამეურნეო სამუშაოები. შემთხვევის ჯგუფში მეტი იყო დროებით დასაქმებული (36% vs 6%), თუმცა შემოსავალის მხრივ ჯგუფები არ გასხვავდებოდნენ.

მიუხედავად იმისა, რომ საკონტროლო ჯგუფში მეტია დასაქმებული მუდმივ

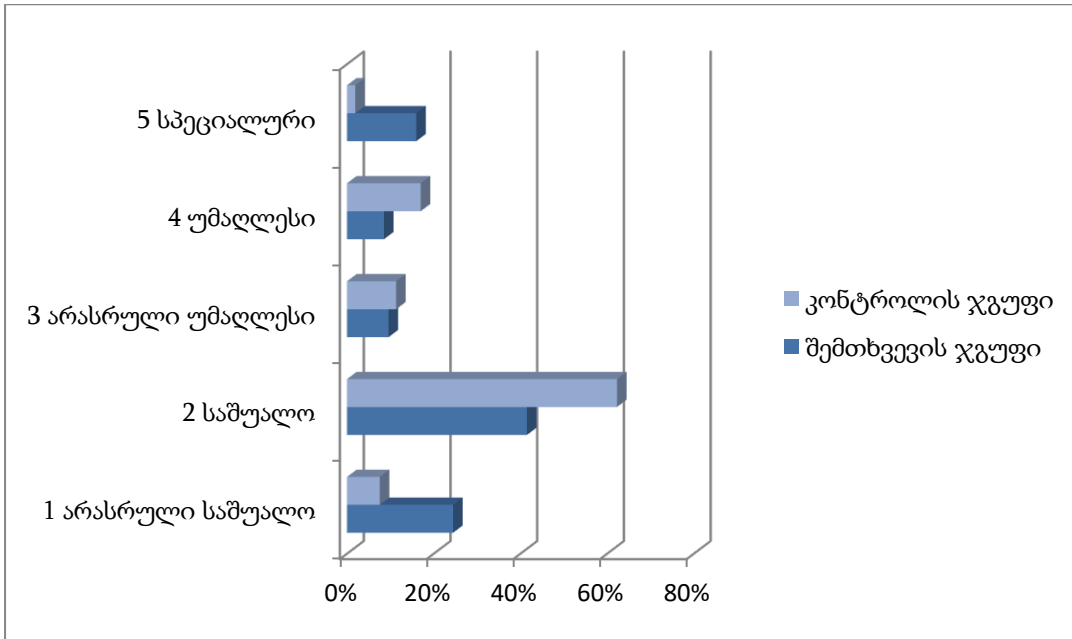
სამუშაოზე, როგორც გრაფიკიდან ჩანს, შემთხვევის ჯგუფში დროებით დასაქმებულნი

მეტნი არიან და შესაბამისად ეს აისახა შემოსავალზე, რომელიც თითქმის არ განსხვავდება

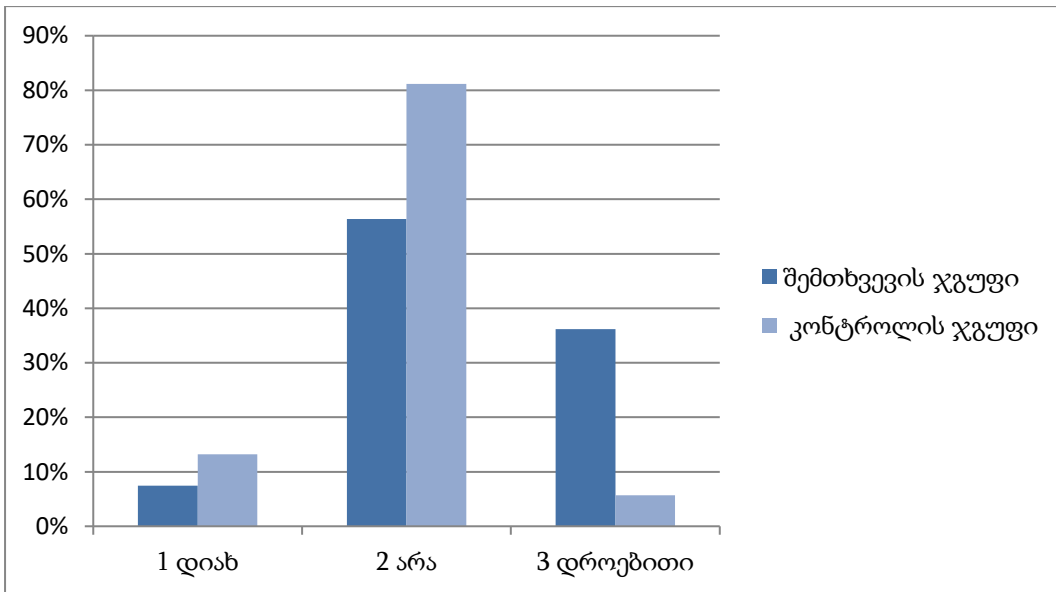
ჯგუფების მიხედვით. ორივე ჯგუფში 40%-ზე მეტი სოციალურ დახმარებას ან პენსიას

იღებს, დაახლოებით მესამედს ოჯახი და მეგობრები ეხმარებიან, ხოლო დანარჩენისთვის

შემოსავლის წყარო გამომუშავებული ხელფასია.



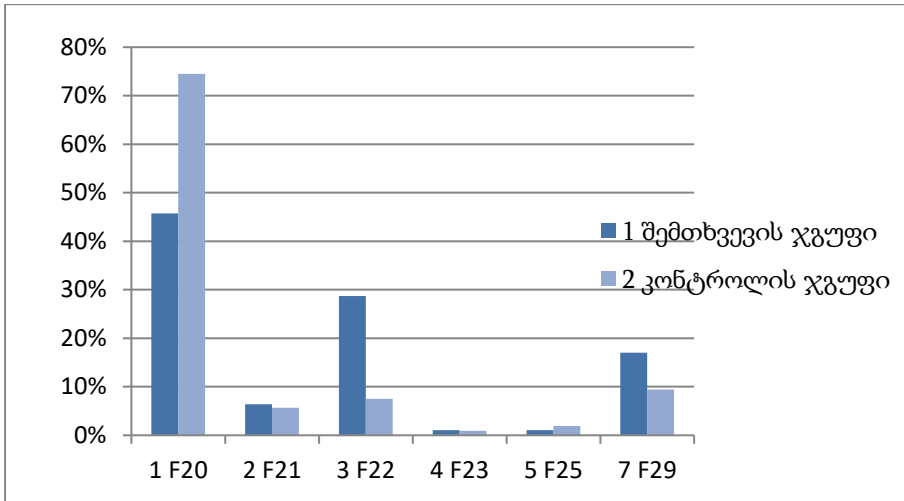
დიაგრამა 1 განათლება შემთხვევა-კონტროლის ჯგუფებში  
წყარო: კვლევის შედეგები



დიაგრამა 2 დასაქმება შემთხვევა-კონტროლის ჯგუფებში  
წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგნოზების განაწილების მხრივ სარწმუნო სტატისტიკური განსხვავება გამოიკვეთა ბოდვითი აშლილობის დიაგნოზის შემთხვევაში. შემთხვევის ჯგუფში ბოდვითი აშლილობის დიაგნოზი დასმული აქვს 28.7%-ს წინააღმდეგ 7.5%-ისა საკონტროლო ჯგუფში. როგორც სტატისტიკური ანალიზით ირკვევა, ქრონიკული ბოდვითი

აშლილობის დიაგნოზი უკავშირდება ძალადობის გაზრდილ რისკს, რაც ემთხვევა საერთაშორისო კვლევით მონაცემებს. სამედიცინო ისტორიების შესწავლისას გამოვლინდა, რომ უფრო ხშირია დევნის აზრები.



გრაფიკი 3 დიაგნოზების განაწილება შემთხვევა-კონტროლის ჯგუფებში  
წყარო: კვლევის შედეგები

ცხრილში 1 მოცემულია შანსთა ფარდობა შემთხვევა-კონტროლის ჯგუფებში. სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება გამოვლინდა დიაგნოზების განაწილებაში. კერძოდ, დიაგნოზი F20.0 შიზოფრენია სანდო უკუკორელაციაშია ძალადობის გამოსავალთან (OR - 0.25; P< 0.001) და ბოდვითი აშლილობის დიაგნოზი (F22.0) კი კორელაციაშია ძალადობის გამოვლენასთან (OR – 4.7, P< 0.001). ასევე სარწმუნო რისკფაქტორია შეზღუდული შესაძლებლობების სტატუსის არქონა (OR – 9.58, P< 0.001). რაც გარკვეულწილად კორელაციაშია გლობალური ფუნქციონირების დრმა მოშლასთან, რომელიც მეტწილად საკონტროლო ჯგუფშია წარმოდგენილი. ამგვარად, შიზოფრენიის დიაგნოზის მქონე პირები შედარებით ნაკლებადაა წარმოდგენილი შემთხვევის ჯგუფში საკონტროლოსთან შედარებით და პაციენტებს ძალადობის მომატებული რისკით გლობალური ფუნქციონირების უკეთესი დონე აქვთ და არც შეზღუდული შესაძლებლობების სტატუსი აქვთ მინიჭებული, განსხვავებით საკონტროლო ჯგუფისგან, რომელშიც უფრო გამოხატულია გლობალური ფუნქციონირების დაქვეითება და შეზღუდული შესაძლებლობები. შემთხვევის ჯგუფში უფრო მეტი პაციენტი ცხოვრობს მშობლებთან (OR – 2.08, P< 0.010), რაც ნაწილობრივ უკავშირდება არადამაკმაყოფილებელ საცხოვრებელ გარემოს და ოჯახში კონფლიქტებს და, თავის

მხრივ, არსებობს ოჯახის წევრის ძალადობის მსხვერპლად ქცევის მომატებული საფრთხე, საშუალო განათლება მეტია საკონტროლო ჯგუფში (OR – 0.39, P< 0.001), მაგრამ არასრული საშუალო განათლება ძალადობის რისკფაქტორია (OR – 3.78, P< 0.001).

*ცხრილი 1. დემოგრაფიული და სოციალური ფაქტორების მანსთა ფარდობა შემთხვევა-კონტროლის ჯგუფებში (Odds Ratio - OR), 95%CI (95%Confidence Intervals), Chi2 - ტესტისა და სარწმუნოების მაჩვენებლები.*

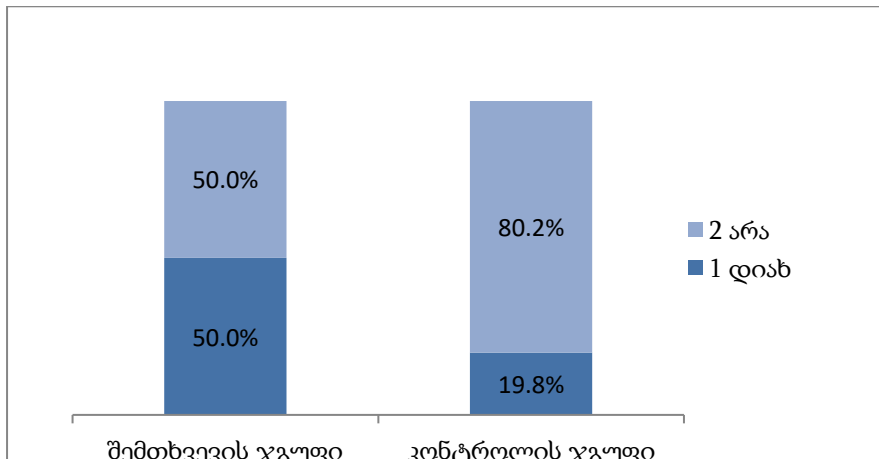
რისკ-ფაქტორი	OR	95%CI	Chi2	p
სქესი				
მამაკაცი / ქალი	1.50	0.71 – 3.17	0.90	0.386 (NS)
ეთნიკური ჯგუფი				
ქართველი / არაქართველი	0.60	0.29 – 1.25	1.88	0.171 (NS)
დიაგნოზი				
F20	0.25	0.14 – 0.47	19.10	< 0.001
F21	1.09	0.34 – 3.50	0.02	0.886 (NS)
F22	4.70	2.01 – 10.96	13.06	< 0.001
F23	N/A	N/A	N/A	N/A
F25	N/A	N/A	N/A	N/A
F29	0.53	0.22 – 1.25	2.15	0.143 (NS)
შშმპ				
არ აქვს / გამოხატული	9.58	5.09 – 18.05	52.51	< 0.001
ოჯახური მდგომარეობა				
დაუქორწინებელი	0.96	0.54 – 1.73	0.01	0.906 (NS)
დაქორწინებული	1.18	0.57 – 2.45	0.20	0.655 (NS)
დაცილებული	0.86	0.39 – 1.90	0.14	0.712 (NS)
ქვრივი	0.72	0.12 – 4.38	0.14	0.717 (NS)
ცხოვრობს პარტნიორთან	N/A	N/A	N/A	N/A
საცხოვრებელი				
საკუთარი სახლი	1.53	0.87 – 2.72	2.15	0.143 (NS)
ბინა	0.82	0.48 – 1.42	0.50	0.320 (NS)
უსახლკარო	0.35	0.04 – 3.47	0.14	0.710 (NS)
თავშესაფარი	N/A	N/A	N/A	N/A
ქირა / დროებითი საცხოვრებელი	2.27	0.66 – 7.81	1.08	0.299 (NS)
თანამცხოვრები				
მარტო	0.61	0.26 – 1.48	0.77	0.379 (NS)
საკუთარი ოჯახი	1.01	0.46 – 2.23	0.03	0.866 (NS)
გაფართოებული ოჯახი	0.48	0.22 – 1.06	3.41	0.065 (NS)
მშობლები	2.08	1.18 – 3.66	6.55	0.010

	და/ძმა	0.60	0.17 – 2.13	0.63	0.427 (NS)
საცხოვრებელი პირობები					
	არადამაკმაყოფ. / დამაკმაყოფილებელი	8.81	4.20 – 18.51	38.92	< 0.001
განათლება					
	არასრული საშუალო	3.78	1.60 – 8.94	10.08	0.001
	საშუალო	0.39	0.22 – 0.70	10.44	0.001
	არასრული უმაღლესი	0.79	0.32 – 1.98	0.07	0.789 (NS)
	უმაღლესი	0.63	0.28 – 1.49	0.69	0.404 (NS)
	სპეციალური	9.44	2.10 – 42.50	10.35	0.001
დასაქმება					
	დიახ	0.78	0.31 – 1.93	0.10	0.753 (NS)
	არა	0.26	0.14 – 0.49	16.52	< 0.001
	დროებითი	8.96	3.56 – 22.57	25.60	< 0.001
შემოსავალი					
	გამომუშავება/ხელფასი	1.10	0.49 – 2.44	0.05	0.819 (NS)
	სოციალური დახმარება/პენსია	0.37	0.50 – 1.53	0.10	0.755 (NS)
	ოჯახის/მეგობრების დახმარება	1.09	0.62 – 1.93	0.02	0.875 (NS)

*წყარო: კვლევის შედეგები*

ძალადობის რისკთან ასოცირდება ასევე არადამაკმაყოფილებელი საცხოვრებელი პირობები (OR – 8.81, P< 0.001). როგორც უკვე აღვნიშნეთ ჯგუფები განსხვავდებოდა დასაქმების მიხედვით, დროებით დასაქმება სარწმუნო კორელაციაში იყო სამიზნე გამოსავალთან (OR – 8.96, P< 0.001).

კონფლიქტური სიტუაცია ოჯახში უფრო ხშირია შემთხვევის ჯგუფში (50%) საკონტროლო ჯგუფთან (19.8%) შედარებით (დიაგრამა 4). უნდა აღინიშნოს, რომ კონფლიქტი ოჯახში პირდაპირ კავშირშია იმპულსურობასთან და საცხოვრებელ პირობებთან. ამავე დროს ნათლად მიუთითებს, რომ ოჯახის წევრები დისტრესში არიან და ესაჭიროებათ მხარდაჭერა და შესაბამისი განათლება.



დიაგრამა 4 კონფლიქტი ოჯახში შემთხვევა - კონტროლი

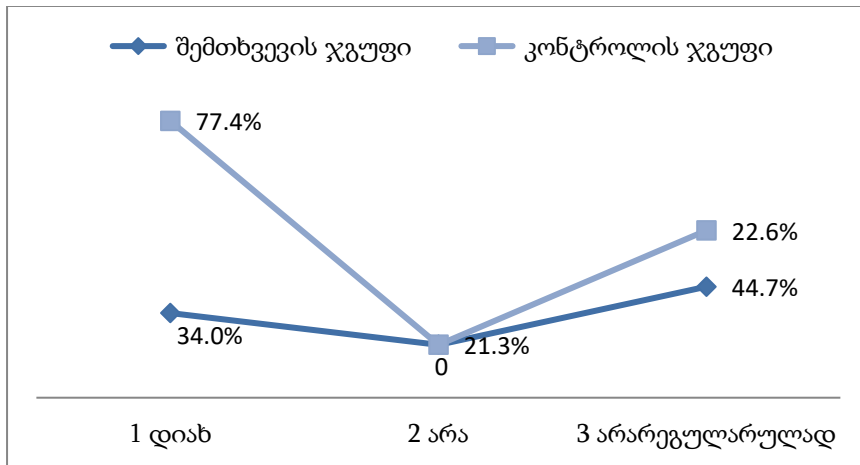
წყარო: კვლევის შედეგები

შემთხვევები და კონტროლი არ განსხვავდებოდა მნიშვნელოვნად შემოსავლის მიხედვით, თუმცა საკონტროლო ჯგუფში დასაქმება მეტი იყო. სავარაუდოდ დროებითი დასაქმება, რომელიც უფრო ჭარბობდა შემთხვევის ჯგუფში აკომპენსირებდა შემოსავალს. თუმცა უნდა ითქვას, რომ ორივე ჯგუფი სოციალურად დაუცველია და შემოსავლის ძირითადი წყარო ოჯახის ფინანსური მხარდაჭერა და სოციალური შემოსავალია. ასევე არ გამოიკვეთა სტატისტიკურად სანდო განსხვავება ისეთ ცვლადებში, როგორცაა ბოლოდროინდელი სტრესული მოვლენის ზემოქმედება და ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება. ეს უკანასკნელი ეწინააღმდეგება გავრცელებულ საერთაშორისო კვლევებს ალკოჰოლის მოხმარებასა და დანაშაულს შორის კავშირის შესახებ. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოში ნარკოლოგიური სამსახური და ფსიქიატრია დამოუკიდებელი დარგებია, რაც ნაწილობრივ განაპირობებს ორმაგი დიაგნოზების გამოვლენის პრობლემას. ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში არ ფასდება რუტინულად თანმხლები ალკოჰოლდამოკიდებულება, მხოლოდ არის მინიშნება ისტორიაში, რომ პაციენტი პერიოდულად სვამს, ან იღებს ალკოჰოლს. ძნელი სათქმელია, რა სიხშირით, რა ოდენობით და აქვს თუ არა ალკოჰოლდამოკიდებულება. ინტერვიუს კითხვა, იღებთ თუ არა 2 სასმელზე მეტს და რა სიხშირით, ვერ ახდენდა რეალური ალკოჰოლდამოკიდებულების იდენტიფიცირებას. ამ მიმართულებით შემდგომი კვლევებია საჭირო რეალური დამოკიდებულების დასადგენად.

## 2.2 ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებით სარგებლობა

დაავადების ხანგრძლივობის მხრივ მნიშვნელოვანი სტატისტიკური განსხვავება ჯგუფებს შორის არ გამოვლენილა. 10 წელზე მეტი ხანგრძლივობის დიაგნოზი ჰქონდათ

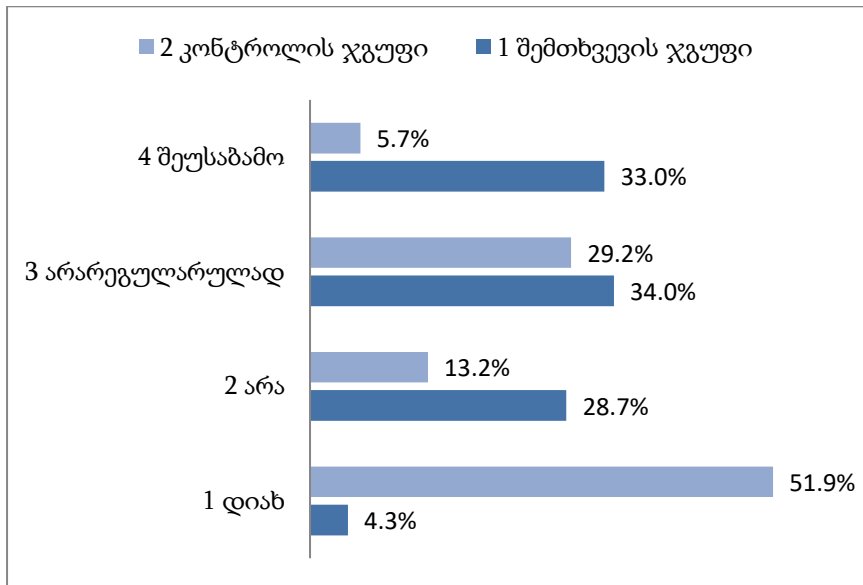
შემთხვევათა 35%-ს vs 41.10% საკონტროლო ჯგუფში და 1 წელზე ნაკლები ხანგრძლივობის ჰქონდათ შემთხვევის ჯგუფში 11%-ს და 5.7%-ს საკონტროლო ჯგუფში. აქ გამოიკვეთა ტენდენცია, რომ ფსიქიკური დაავადების პირველადი დიაგნოსტიკა ხდება ძალადობრივი აქტის შემდეგ, თუმცა, როგორც ისტორიებიდან ჩანს, თვეების განმავლობაში მანამდე ახლობლები ამჩნევდნენ უცნაურ ქცევას და აგრესიულობას, მაგრამ არ იცოდნენ სად მიემართათ და არც პიროვნება თანხმდებოდა ექიმთან კონსულტაციაზე წასვლას. აქვე აღსანიშნავია, რომ შემთხვევის ჯგუფის პაციენტების 44%, რომლებსაც დადგენილი ჰქონდათ დიაგნოზი, არარეგულარულად მიმართავდნენ ფსიქიატრიულ სერვისებს.



დიაგრამა 5 ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებით სარგებლობა წყარო: კვლევის შედეგები

როგორც დიაგრამაზე ჩანს (დიაგრამა 5), შემთხვევის ჯგუფში მხოლოდ 34% სარგებლობდა ფჯ სერვისებით 77.4% წინააღმდეგ. თუმცა აქ უნდა აღინიშნოს, რომ კონტროლის მონაწილე პაციენტები მთლიანად შეირჩნენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში და კვლევის მომენტში ამ სერვისების მოსარგებლეები იყვნენ. ამიტომ არ არის გასაკვირი, რომ მათი 100% სარგებლობდა სერვისებით (რეგულარულად ან არარეგულარულად).

უფრო საინტერესოა მკურნალობაზე დამყოლობის მონაცემები. როგორც დიაგრამაზე ჩანს (დიაგრამა 6), შემთხვევის ჯგუფში 28.7% არ იცავს მკურნალობის რეჟიმს (საკონტროლო ჯგუფში 13.2%) და 34% არარეგულარულად იცავს (წინააღმდეგ 29.2% საკონტროლო ჯგუფში).



დიაგრამა 6 მკურნალობაზე დამყოლობა შემთხვევა-კონტროლის ჯგუფში  
წყარო: კვლევის შედეგები

როგორც ჩანს, მკურნალობის არარეგულარული დაცვა ორივე ჯგუფისთვის დამახასიათებელია და ამ მიმართულებით მნიშვნელოვანი ინტერვენციების დაგეგმვაა საჭირო, რომ გაუმჯობესდეს მკურნალობაზე დამყოლობა, რადგან ეს პირდაპირ უკავშირდება, ჩვენი კვლევის მონაცემებით, ძალადობის გაზრდილ რისკს. სამიზნე გამოსავალთან მიმართებაში სხვადასხვა ცვლადების შანსთა ფარდობა შემთხვევა-კონტროლის ჯგუფებში შემდეგნაირად გადანაწილდა (ცხრილი 2): ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებით არსარგებლობა სტატისტიკურად სარწმუნოდ განსხვავდება ჯგუფებში (OR – 3.15,  $P < 0.001$ ); ამბულატორიული სერვისით სარგებლობა ძალადობის რისკის უკუპროპორციულია (OR – 0.41,  $P < 0.05$ ); შემთხვევის ჯგუფში 10 წელიწადში უფრო მეტი იყო 1 ან 2 ჰოსპიტალიზაცია და ბოლო 1 წელი საერთოდ არ ყოფილან ჰოსპიტალიზებული (OR – 1.9,  $P < 0.039$  და OR – 2.36,  $P < 0.005$  შესაბამისად). შემთხვევის ჯგუფში სარწმუნოდ გამოვლინდა, რომ ბოლო 1 წელი ფსიქოტროპული მედიკამენტები ან დანიშნული არ ჰქონდათ ან დანიშნულ მკურნალობას არ იტარებდნენ (OR – 8.17,  $P < 0.001$  და OR – 4.5,  $P < 0.001$  შესაბამისად). ამგვარად, დანაშაულის ჩადენამდე 1 წელი რეალურად პაციენტებს ან არ ჰქონდათ კონტაქტი ფსიქიატრიულ სერვისებთან ან არ მისდევდნენ დანიშნულ მკურნალობას. კვლევის ეს მონაცემი, მიუთითებს, რომ 1 წლის განმავლობაში მკურნალობის გარეშე ყოფნა ძალადობის სერიოზული რისკფაქტორია.

ცხრილი 2. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებით სარგებლობა შანსთა ფარდობა შემთხვევა-კონტროლის ჯგუფებში (Odds Ratio - OR), 95%CI (95%Confidence Intervals), Chi2 - ტესტისა და სარწმუნოების მაჩვენებლები.



ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები				
10 წელზე მეტი	0.71	0.40 – 1.27	1.01	0.314 (NS)
5 წელზე მეტი	0.66	0.35 – 1.25	1.25	0.264 (NS)
3-5 წელია	1.38	0.64 – 2.99	0.40	0.526 (NS)
1-2 წელია	1.65	0.67 – 4.06	0.77	0.380 (NS)
1 წელზე ნაკლები	2.11	0.75 – 5.96	1.41	0.235 (NS)
უცნობია	N/A	N/A	N/A	N/A
ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურება				
დიახ	0.13	0.07 – 0.25	40.35	< 0.001
არარეგულარულად	N/A	N/A	N/A	N/A
არა	3.15	1.70 – 5.85	12.66	< 0.001
ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები				
ფსიქ. სტაციონარი	1.81	0.98 – 3.35	3.10	0.078 (NS)
ნარკ. სტაციონარი	N/A	N/A	N/A	N/A
ამბულატორია	0.41	0.23 – 0.75	7.87	0.005
სათემო მობილური/ასერტული	N/A	N/A	N/A	N/A
კერძო კონსულტაციები	N/A	N/A	N/A	N/A
კრიზისული ინტერვენცია	N/A	N/A	N/A	N/A
ციხის ფსიქიატრ სისტემა	N/A	N/A	N/A	N/A
ჰოსპიტალიზაცია ბოლო 10 წელიწადში				
არცერთხელ	N/A	N/A	N/A	N/A
1-2 ჯერ	1.90	1.03 – 3.49	4.27	0.039
3-5 ჯერ	0.29	0.15 – 0.56	7.96	0.005
5-ზე მეტად	0.18	0.08 – 0.38	20.61	< 0.001
ციხის ფსიქ.სტაციონარი	N/A	N/A	N/A	N/A
ჰოსპიტალიზაცია უკანასკნელ 1 წ.-ში				
არა	2.36	1.31 – 4.26	7.57	0.005
დანიშნული მედიკამენტები უკანასკნელ 1 წ.-ში				
არა	8.17	3.23 – 20.64	22.89	< 0.001
თუ დიახ, იცავდით თუ არა დანიშნულებას?				
დიახ	0.09	0.04 – 0.23	30.90	< 0.001
არარეგულარულად	1.96	1.02 – 3.77	4.16	0.041
არა	4.50	2.12 – 9.57	15.02	< 0.001

წყარო: კვლევის შედეგები

სამიზნე გამოსავალთან დამოკიდებულებაში სტატისტიკურად სანდო ფაქტორები იყო წამალდამოკიდებულება (OR – 2.63, P< 0.004), გამღიზიანებლობა (OR – 2.24, P< 0.006), კონფლიქტი ოჯახის წევრებთან (OR – 3.79, P< 0.001), ემოციების გამოხატვის სიმწევე (OR

– 4.48,  $P < 0.001$ ), ურთიერთობების დამყარების სირთულე ( $OR = 2.17, P < 0.016$ ), სანდო პირის არარსებობა ( $OR = 3.15, P < 0.001$ ), თვითდაზიანებების მიყენება ( $OR = 1.90, P < 0.049$ ) (ცხრილი 3).

რაც შეეხება წარსულ ტრავმას ფიზიკური ძალადობა უფრო მეტწილად იყო საკონტროლო ჯგუფში და ფსიქოლოგიურ ძალადობა სარწმუნო კორელაციაში იყო ძალადობის გამოსავალთან ( $OR = 0.32, P < 0.016$  და  $OR = 3.86, P < 0.018$  შესაბამისად).

*ცხრილი 3. ნივთიერება დამოკიდებულება და დისპოზიციური რისკფაქტორების შანსთა ფარდობა შემთხვევა-კონტროლის ჯგუფებში (Odds Ratio - OR), 95%CI (95%Confidence Intervals), Chi2 - ტესტისა და სარწმუნოების მაჩვენებლები.*

ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარება					
	დიახ	1.55	0.86 – 2.81	1.69	0.193 (NS)
ალკოჰოლის მიღების სიხშირე					
	კვირაში რამდენჯერმე	1.03	0.35 – 3.01	0.06	0.812 (NS)
	თვეში რამდენჯერმე	0.67	0.25 – 1.77	0.32	0.573 (NS)
	პერიოდული გადაბმით სმა	1.88	0.52 – 6.82	0.42	0.515 (NS)
ნარკოტიკების მოხმარება					
	დიახ	2.63	1.39 – 4.98	8.21	0.004
ნარკოტიკების მიღების სიხშირე					
	კვირაში რამდენჯერმე	0.87	0.22 – 3.43	0.03	0.872 (NS)
	თვეში რამდენჯერმე	0.69	0.24 – 2.06	0.14	0.704 (NS)
	იშვიათად	3.53	0.70 – 17.85	1.60	0.206 (NS)
	როცა ვშოულობ	0.58	0.14 – 2.49	0.12	0.731 (NS)
გალიზიანებადობა					
	დიახ	2.24	1.25 – 4.03	7.50	0.006
მეგობრები					
	დიახ	1.16	0.67 – 2.03	0.30	0.586 (NS)
ურთიერთობა ახლობლებთან					
	საერთოდ არა	1.00	0.54 – 1.88	0.001	0.979 (NS)
	იშვიათად	1.64	0.94 – 2.87	3.01	0.083 (NS)
	ხშირად	0.38	0.18 – 0.84	6.07	0.006
კონფლიქტი ოჯახის წევრებთან					
	დიახ	3.79	2.03 – 7.08	18.41	< 0.001
ემოციების (გრძნობების) გამოხატვა					
	დიახ	0.83	0.47 – 1.49	0.38	0.538 (NS)
	მიჭირს	4.48	2.26 – 9.78	15.75	< 0.001
	არა	0.47	0.26 – 0.83	6.94	0.008
ადვილად ურთიერთობების დამყარება					
	დიახ	1.29	0.70 – 2.42	0.68	0.410 (NS)
	მიჭირს	2.17	1.15 – 4.09	5.80	0.016

გყავთ თუ არა ვინმე, ვისაც ენდობით?	არა	0.43	0.24 – 0.77	8.42	0.004
ტრავმა ბავშვობაში/მოზარდობაში	არა	3.15	1.70 – 5.85	13.75	< 0.001
ტრავმის სახე	დიახ	1.67	0.94 – 2.95	3.08	0.078 (NS)
	ფიზიკური ძალადობა	0.32	0.07 – 0.80	5.83	0.016
	სექსუალური ძალადობა	N/A	N/A	N/A	N/A
	ფსიქოლოგიური სტრესი	3.86	1.20 – 12.39	5.56	0.018
მიგიყენებიათ თუ არა თვითდაზიანებები	დიახ	1.90	1.01 – 3.66	3.84	0.049
გეონიათ თუ არა სუიციდის მცდელობა?	დიახ	0.60	0.28 – 1.31	1.68	0.195 (NS)
ხომ არ ყოფილა ბოლო 1 წელიწადში მტკივნეული მოვლენა?	დიახ	1.50	0.74 – 3.03	1.28	0.258 (NS)

წყარო: კვლევის შედეგები

### 2.3 მძიმე და ნაკლებად მძიმე დანაშაული

მძიმე დანაშაულის ჯგუფში შეირჩნენ პირები, რომელთაც ჩაიდინეს უფრო ძალადობრივი დანაშაული (მკვლელობა/მცდელობა, სექსუალური დანაშაული, ცემა/სხეულის დაზიანება, ოჯახური ძალადობა, ქურდობა/ძარცვა), რომელსაც მსხვერპლი მოყვა. დანაშაულის მსხვერპლი 31.9%-ში ოჯახის წევრი იყო და 36.8%-ში უცხო ადამიანი. ამ ჯგუფში შევიდა 75 პირი, მათ შორის 5 ქალი იყო. ნაკლებად მძიმე დანაშაულის ჯგუფში შემთხვევების ჯგუფიდან შეირჩნენ პირები, რომელთაც ჩაიდინეს უფრო მსუბუქი (არაძალადობრივი) დანაშაული, რომელსაც მსხვერპლი არ მოყოლია. მაგალითად, ნარკოტიკთან დაკავშირებული დანაშაული, ქონების დაზიანება, დევნა/დაშინება, საზღვრის გადაკვეთა/იარაღის ტარება). ამ ჯგუფში შევიდა 19 პირი.

ასაკის საშუალო მაჩვენებელმა ძალადობრივი დანაშაულის ჯგუფში შეადგინა  $34.4 \pm 13.1$  წ., ხოლო არაძალადობრივი დანაშაულის ჯგუფში  $40.5 \pm 10.3$  წ. განსხვავება ამ მაჩვენებლებს შორის არ გამოდგა სტატისტიკურად სარწმუნო. უფრო მძიმე დანაშაულის მიმართ სანდო რისკფაქტორები აღმოჩნდა ალკოჰოლის ჭარბად (თვეში რამდენჯერმე) მოხმარება (OR – 3.16,  $P < 0.048$ ), ნარკოტიკის მოხმარება უკუპროპორციული აღმოჩნდა ძალადობის სიმძიმესთან (OR – 0.11,  $P < 0.013$ ), სტატისტიკურად სანდო ფაქტორები, რომლებიც უკავშირდება მძიმე დანაშაულს შემდეგია (ცხრილი 4): გამღიზიანებლობა (OR – 2.87,  $P <$

0.035), მეგობრების არყოლა (OR – 3.18, P< 0.035), პერსეკუტორული (დევენის) ბოდვითი იდეები (OR – 8.50, P< 0.001), სოციალური ქცევის დაღვევა (OR – 6.08, P< 0.034), აჟიტაციური, აგრესიული ქცევა (OR – 23.13, P< 0.001), სტერეოტიპული ქცევა (OR – 2.73, P< 0.044), ნეგატიური სიმპტომები (ქესტიკულაციის, მიმიკის გაღარიბება) (OR – 3.94, P< 0.009), საუბრის გაღარიბება (OR – 3.00, P< 0.033), სოციალური უყურადღებობა (OR – 3.27, P< 0.022).

ცხრილი 4. რისკ-ფაქტორების შანსთა ფარდობა (Odds Ratio - OR), 95%CI (95%Confidence Intervals), Chi2 - ტესტისა და სარწმუნოების მაჩვენებლები ძალადობრივი და არაძალადობრივი დანაშაულის ჯგუფებში.

რისკ-ფაქტორი	OR	95%CI	Chi2	p
ჰოსპიტალიზაცია უკანასკნელ 1 წ.-ში				
დიახ	0.32	0.12 – 0.89	5.05	0.025
ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარება				
დიახ	3.16	1.17 – 8.52	3.91	0.048
ალკოჰოლის მიღების სიხშირე				
კვირაში რამდენჯერმე	3.56	0.69 – 18.48	2.49	0.114 (NS)
თვეში რამდენჯერმე	10.09	2.02 – 50.45	9.92	0.002
პერიოდული გადაბმით სმა	2.56	0.48 – 13.71	1.26	0.261 (NS)
ნარკოტიკების მოხმარება				
დიახ	0.48	0.18 – 1.29	2.17	0.140 (NS)
ნარკოტიკების მიღების სიხშირე				
კვირაში რამდენჯერმე	0.11	0.02 – 0.75	6.15	0.013
თვეში რამდენჯერმე	1.10	0.26 – 4.65	0.02	0.897 (NS)
იშვიათად	7.69	1.20 – 49.35	4.02	0.044
გალიზიანებადობა				
დიახ	2.87	1.05 – 7.88	4.43	0.035
მეგობრები				
არა	3.18	1.11 – 9.10	4.93	0.035
ურთიერთობა ახლობლებთან				
ადვილად ურთიერთობების დამყარება				
დიახ	0.29	0.11 – 0.79	6.26	0.012
მიჭირს	1.12	0.41 – 3.13	1.86	0.172 (NS)
არა	0.49	0.18 – 1.31	2.09	0.148 (NS)
პერსეკუტორული ბოდვა				
გამოხატული	8.50	2.59 – 27.95	15.12	< 0.001
დამოკიდებულების ბოდვა				
გამოხატული	0.80	0.28 – 2.31	0.17	0.680 (NS)
კონტროლის ბოდვა				
გამოხატული	1.36	0.52 – 3.63	0.40	0.527 (NS)
უცნაური ჩაცმულობა და შესახედაობა				
გამოხატული	1.36	0.52 – 3.61	0.39	0.531 (NS)

სოციალური და სექსუალური ქცევის ნორმების დაღვევა	გამოხატული	6.08	1.28 – 29.03	4.49	0.034
აგრესიული და აჟიტაციური ქცევა	გამოხატული	23.13	2.53 – 211.6	14.15	< 0.001
განმეორებადი ან სტერეოტიპული ქცევა	გამოხატული	2.73	1.01 – 7.40	4.05	0.044
გამომსახველობით მოძრაობათა სიღარიბე (ქესტების)	გამოხატული	3.94	1.36 – 11.39	6.92	0.009
საუბრის გაღარიბება (მოკლე, კონკრეტული)	გამოხატული	3.00	1.07 – 8.43	4.57	0.033
სოციალური უყურადღებობა (არ არის ჩართული, გაუცხოება)	გამოხატული	3.27	1.15 – 9.26	5.27	0.022

წყარო: კვლევის შედეგები

2.4 მრავლობით რეგრესიული ანალიზი

სამიზნე გამოსავალსა (დანაშაული, რომელიც აღნიშნულია Y-ით) და სხვადასხვა ფაქტორებს (აღნიშნულია X-ით) შორის კავშირების დასადგენად შემუშავდა მრავლობითი რეგრესიული მოდელი, რომელიც დამუშავდა სტატისტიკური პროგრამით GNU PSPP 1.2.0 (აშშ).

პირველ ეტაპზე შეიქმნა საწყისი კორელაციური მატრიცა (იხ. ცხრილი 3).

ცხრილი 5. გამოსავალი (Y დანაშაული), ფაქტორები (X) და საწყისი კორელაციური მატრიცა გამოსავალსა და ფაქტორებს შორის.

	Y
Y დანაშაული	
X <sub>1</sub> სქესი	0,060
X <sub>2</sub> ასაკი	0,061
X <sub>3</sub> ეთნიკური წარმომავლობა	-0,112
X <sub>4</sub> დიაგნოზი	-0,241
X <sub>5</sub> შშმპ	0,339
X <sub>6</sub> მსხვერპლი	0,876
X <sub>7</sub> ოჯახური სტატუსი	-0,047
X <sub>8</sub> საცხოვრებელი	-0,020

X <sub>9</sub> თანამცხოვრები	-0,063
X <sub>10</sub> საცხოვრებელი პირობები	0,364
X <sub>11</sub> განათლება	-0,112
X <sub>12</sub> დასაქმება	-0,288
X <sub>13</sub> შემოსავალი	0,038
X <sub>14</sub> ფჯ პრობლემები	-0,117
X <sub>15</sub> ფჯ მომსახურება	-0,345
X <sub>16</sub> ფჯ სერვისი	-0,160
X <sub>17</sub> ჰოსპიტალიზაცია	0,390
X <sub>18</sub> ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა	0,214
X <sub>19</sub> ბოლო ჰოსპიტალიზაცია	-0,216
X <sub>20</sub> მკურნალობა	-0,323
X <sub>21</sub> მკურნალობის დამყოლობა	-0,479
X <sub>22</sub> არმკურნალობის მიზეზები	0,076
X <sub>23</sub> ალკოჰოლდამოკიდებულება	0,178
X <sub>24</sub> ალკოჰოლის მიღების სიხშირე	0,188
X <sub>25</sub> ფსიქოტროპული საშუალებების მიღება	0,133
X <sub>26</sub> ფსიქოტროპული საშუალებების მიღების სიხშირე	0,150
X <sub>27</sub> გაღიზიანებადობა	0,224
X <sub>28</sub> მეგობრები	0,000
X <sub>29</sub> სოციალიზაცია	0,099
X <sub>30</sub> კონფლიქტი ოჯახში	0,329
X <sub>31</sub> ემოციების გამოხატვა	-0,165
X <sub>32</sub> ურთიერთობის უნარი	0,063
X <sub>33</sub> ინტიმური ურთიერთობები	0,235
X <sub>34</sub> ნდობა	-0,355
X <sub>35</sub> პატიმრობა	-0,378
X <sub>36</sub> არანებამყოფლობითი მკურნალობა	0,318
X <sub>37</sub> წარსულში იძულებითი მკურნალობა	-0,240
X <sub>38</sub> დანაშაულის ტიპი	0,238
X <sub>39</sub> ტრავმა წარსულში	0,107
X <sub>40</sub> ტრავმის სახე	-0,031
X <sub>41</sub> თვითდაზღვევა	0,062
X <sub>42</sub> სუიციდის მცდელობა	-0,089
X <sub>43</sub> სტრესის მოვლა	-0,014
X <sub>44</sub> ჰალუცინაცია სმ	0,070
X <sub>45</sub> ჰალუცინაცია მაკომენტირებელი	0,073
X <sub>46</sub> ჰალუცინაცია დიალოგი	0,299
X <sub>47</sub> ჰალუცინაცია ტაქტილური	0,173
X <sub>48</sub> ჰალუცინაცია ყნოსვითი	0,013

X49 ჰალუცინაცია მხედველობითი	-0.051
X50 ჰალუცინაცია გლობალური შეფასება	0.071
X51 ბოდვა დევნის	0.054
X52 ბოდვა ეჭვიანობის	0.041
X53 ბოდვა ცოდვიანობის	0.343
X54 ბოდვა განდიდების	0.032
X55 ბოდვა რელიგიური	0.105
X56 ბოდვა სომატური	0.164
X57 ბოდვა დამოკიდებულების	0.232
X58 ბოდვა კონტროლის	-0.042
X59 ბოდვა გახსნილობის	0.331
X60 ბოდვა აზრთა გადაცემის	0.241
X61 ბოდვა აზრთა ჩადების	0.230
X62 ბოდვა აზრთა ამოღების	0.212
X63 ბოდვის გლობალური შეფასება	-0.062
X64 ქცევა ჩაცმულობა	-0.074
X65 ქცევა სოციალური	-0.305
X66 ქცევა აგრესიული	-0.471
X67 ქცევა სტერეოტიპული	0.003
X68 ქცევა გლობალური შეფასება	-0.430
X69 აზრთა დეზორგანიზაცია	-0.068
X70 აზრთა ტანგენციალობა	-0.014
X71 აზრთა ინკოჰერენცია	0.119
X72 აზრთა ალოგია	-0.127
X73 აზრთა დეტალიზაცია	-0.280
X74 აზრთა აჩქარება	0.119
X75 აზრთა ცვლადობა	0.378
X76 აზრთა ჟღერადობა	0.262
X77 აზრთა გლობალური შეფასება	-0.192
X78 აფექტი მიმიკა	-0.267
X79 აფექტი სპონტანური	-0.096
X80 აფექტი შესტები	-0.074
X81 აფექტი მზერა	-0.380
X82 აფექტური რეაგირება	-0.310
X83 აფექტი შეუსაბამო	0.134
X84 აფექტი მონოტონური	0.031
X85 აფექტის გლობალური შეფასება	-0.316
X86 მეტყველება გაღარიბება	0.051
X87 შინაარსი ღარიბი	-0.053
X88 ბლოკირება	0.271

X89 ლატენტური დროის გაზრდა	0.127
X90 ალოგიის გლობალური შეფასება	-0.157
X91 ჰიგიენა	-0.133
X92 ნება არამდგრადი	0.103
X93 ფიზიკური ინერტულობა	-0.274
X94 ნების გლობალური შეფასება	-0.224
X95 ინტერესები	-0.081
X96 სექს აქტიურობა	-0.107
X97 ახლო ურთიერთობები	-0.205
X98 ურთიერთობები	-0.167
X99 ანჰედონიის გლობალური შეფასება	-0.163
X100 უყურადღებობა	0.085
X101 კონცენტრაციის დეფიციტი	-0.054
X102 ყურადღების გლობალური შეფასება	-0.090
X103 ფუნქციონირების გლობალური შეფასება	0.041

შემდეგ კი უკუბიჯობრივი მეთოდით მოდელიდან თანმიმდევრობით გამოირიცხა ყველაზე არასარწმუნო რისკფაქტორი. მოდელიდან გამორიცხული არასარწმუნო რისკ-ფაქტორების თანმიმდევრობა იყო შემდეგი:

X67, X48, X70, X43, X8, X54, X13, X52, X103, X7, X49, X86, X101, X51, X1, X2, X63, X41, X32, X9, X69, X44, X50, X45, X64, X22, X95, X42, X102, X79, X55, X96, X3, X11, X14, X71, X89, X91, X25, X83, X26, X16, X99, X56, X31, X98, X47, X23, X77, X97, X62, X18, X19, X61, X33, X38, X37, X60, X76, X78, X12, X65, X36, X5, X34, X35, X28, X40, X58, X80, X100, X29, X39, X74, X72, X24, X27, X94, X82, X20, X30, X68, X21, X84, X46, X88, X81, X87, X90, X66, X92, X93, X53, X75, X59.

საბოლოოდ, მრავლობითი რეგრესიული მოდელით დაფიქსირებული სარწმუნო რისკფაქტორებია:

X4 – დიაგნოზი (1 – F20, 2 – F21, 3-F22, 4 – F23, 5 – F25, 6 – F26, 7 – F29)

X6 – მსხვერპლი (1 – ოჯახის წევრი, 2 - ნაცნობი (მეგობარი, მეზობელი, ნათესავი), 3 - უცხო, 4 - მსხვერპლი არ არის, 5 - შეუსაბამო)

X10 – საცხოვრებელი პირობები (0 - არადაამაკმაყოფილებელი, 1 - საშუალო, 2 - დამაკმაყოფილებელი)

X15 – ფჯ მომსახურება (1 - დიახ, 1 - არარეგულარულად, 2 - არა)

X17 – ჰოსპიტალიზაცია (1 - არცერთხელ, 2 - 1-2 ჯერ, 3 - 3-5 ჯერ, 4 - 5-ზე მეტად, 5 - ციხის ფსიქიატრიული სტაციონარი)



X57 – დამოკიდებულების ბოძვა (0 - არ აქვს, 1 - საკამათოა, 2 - მცირედ გამოხატული, 3 - საშუალოდ გამოხატული, 4 - გამოხატული, 5 - მძიმე)

X73 – აზროვნების დეტალიზაცია (0 - არ აქვს, 1 - საკამათოა, 2 - მცირედ გამოხატული, 3 - საშუალოდ გამოხატული, 4 - გამოხატული, 5 - მძიმე)

X85 – აფექტური შემცირების გლობალური შეფასება (0 - არ აქვს, 1 - საკამათოა, 2 - მცირედ გამოხატული, 3 - საშუალოდ გამოხატული, 4 - გამოხატული, 5 - მძიმე)

რეგრესიის შედეგად მიღებულ ფუნქციას ჰქონდა შემდეგი სახე:

$$Y = 1.837 - 0.167 X4 + 1.601 X6 + 0.348 X10 - 0.498 X15 + 0.267 X17 - 0.225 X57 - 0.185 X73 - 0.328 X85$$

რეგრესიის  $\beta_0$  და მოდელში დარჩენილი სარწმუნო რისკ-ფაქტორების შესაბამისი  $\beta$  კოეფიციენტები მოყვანილია ცხრილში 6. როგორც ცხრილიდან ჩანს, გამოსავლის სიმძიმესა (დანაშაულის სიმძიმე) და დიაგნოზს შორის არის სარწმუნო ასოციაცია. სარწმუნო პირდაპირკორელაციური კავშირი ვლინდება გამოსავლის სიმძიმესა და მსხვერპლის მონაცემებს შორის. ეს ნიშნავს იმას, რომ მძიმე დანაშაულები ასოცირებულია უცხო პირებთან. ასევე სარწმუნო პირდაპირკორელაციური კავშირი ვლინდება დანაშაულის სიმძიმესა და საცხოვრებელ პირობებს შორის. არადადამაკმაყოფილებელი საცხოვრებელი პირობები ასოცირებულია მძიმე დანაშაულებთან.

ცხრილი 6. რეგრესიის  $\beta_0$  და მოდელში დარჩენილი სარწმუნო რისკ-ფაქტორების შესაბამისი  $\beta$  კოეფიციენტები

	Coeff	SE	F-test	lower t <sub>0.025(191)</sub>	upper t <sub>0.975(191)</sub>	Stand Coeff	p-value	VIF
$\beta_0$	1,837	0,694	2,646	0,468	3,207	0,000	0,009	
$\beta_4$	-0,167	0,056	-3,007	-0,277	-0,058	-0,100	0,003	1,227
$\beta_6$	1,601	0,087	18,433	1,430	1,773	0,709	< 0,001	1,635
$\beta_{10}$	0,348	0,156	2,223	0,039	0,656	0,078	0,027	1,346
$\beta_{15}$	-0,498	0,120	-4,150	-0,735	-0,261	-0,135	0,000	1,163
$\beta_{17}$	0,267	0,109	2,448	0,052	0,483	0,084	0,015	1,317
$\beta_{57}$	-0,225	0,069	3,259	-0,361	-0,089	-0,101	0,001	1,056
$\beta_{73}$	-0,185	0,079	-2,352	-0,340	-0,030	-0,073	0,020	1,080
$\beta_{85}$	-0,328	0,114	-2,882	-0,553	-0,104	-0,097	0,004	1,255

წყარო: კვლევის შედეგები

დანაშაულის სიმძიმესა და ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობას შორის კავშირი კი სარწმუნოდ უკუკორელაციურია. ჰოსპიტალიზაციის მეტი რიცხვი ან ყოფნა ციხის ფსიქიატრიულ სტაციონარში ასოცირებულია მძიმე დანაშაულებთან.

რაც შეეხება კლინიკურ ცვლადებს, დამოკიდებულების ბოძვა, აზროვნების დეტალიზაცია და აფექტური გასადავების გლობალური მაჩვენებელი ავლენს სარწმუნო უკუკორელაციურ კავშირს დანაშაულის სიმძიმესთან. რაც უფრო მძიმეაა გამოხატული ეს ფაქტორები, მით უფრო მძიმეა დანაშაული.

რაც შეეხება ზოგადად მრავლობითი რეგრესიის სანდობას, ამ ანალიზის შედეგები მოყვანილია ცხრილში 7.

პირსონის კოეფიციენტის კვადრატის R<sup>2</sup>-მნიშვნელობამ შეადგინა - 0.827333.

იგივე პარამეტრის კორექტირებულმა მაჩვენებელმა შეადგინა - 0.820100.

მრავლობითი კორელაციის კოეფიციენტმა კი შეადგინა - 0.909578.

ეს კოეფიციენტები მიუთითებენ სტატისტიკურად ძალზე სანდო პირდაპირკორელაციურ კავშირზე გამოსავალის მოდელით ნაწინასწარმეტყველებ  $\hat{y}_i$ -სა და ფაქტიურ  $y_i$ -ს მონაცემებს შორის (დიაგრამა 7).

ზოგადად, რეგრესიისათვის: მარჯვენამხრივი F-ტესტი = 114.40 ( $p < 0.001$ ). წრფივი რეგრესიული მოდელი  $Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_p X_p$  უზრუნველყოფს უფრო უკეთეს შედეგს, ვიდრე მოდელი ცვლადების გარეშე  $Y = \beta_0$ .

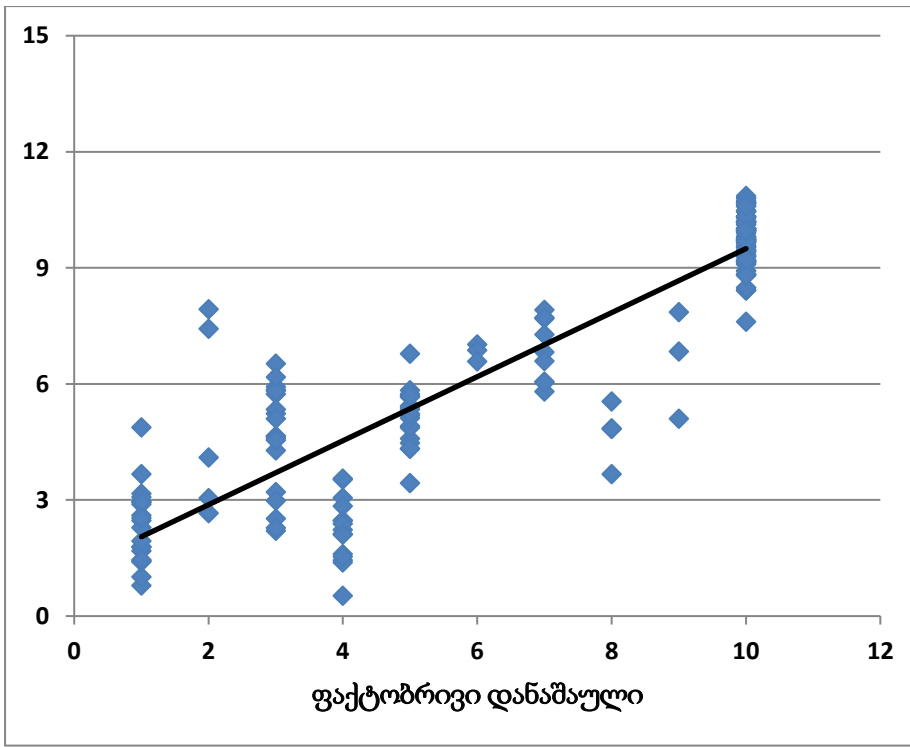
თვით  $\beta_0$  რეგრესიის კოეფიციენტიც სტატისტიკურად სარწმუნოდ განსხვავდება 0-საგან (ორმხრივი T-ტესტი = 2.646156,  $p = 0.00881998$ ).

ცხრილი 7. მრავლობითი რეგრესიის სტატისტიკური სანდობის პარამეტრები.

	თავისუფლების ხარისხი	კვადრატების ჯამი	კვადრატების საშუალო	F-ტესტი	p
რეგრესია (მოდელით ნაწინასწარმეტყველებ $\hat{y}_i$ -სა და ფაქტიურ $y_i$ -ს შორის)	8	1910.77	238.85	114.40 < 0.001	
სხვაობა (მოდელით ნაწინასწარმეტყველებ $\hat{y}_i$ -სა და ფაქტიურ $y_i$ -ს შორის)	191	398.78	2.09		
სულ (მოდელით ნაწინასწარმეტყველებ $\hat{y}_i$ -სა და ფაქტიურ $y_i$ -ს შორის)	199	2309.56	11.61		

წყარო: კვლევის შედეგები

მაშასადამე, გამოსავალის სიმძიმეზე (დანაშაულის სიმძიმე) სარწმუნო ერთობლივ ზეგავლენას ახდენს შემდეგი ფაქტორები: დიაგნოზი, მსხვერპლის მონაცემები, საცხოვრებელი პირობები, ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა ან ყოფნა ციხის ფსიქიატრიულ სტაციონარში, დამოკიდებულების ბოძვა, აზროვნების დეტალიზაცია და აფექტური დაქვეითების გლობალური მაჩვენებელი.



დიაგრამა 7. დანაშაულის რეგრესიული მოდელით ნაწინასწარმეტყველები და ფაქტორივი მონაცემების ურთიერთდამოკიდებულება

წყარო: კვლევის შედეგები

### 2.5 კვლევის შეზღუდვები

კვლევის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი შეზღუდვაა, რომ კლინიკური და ძალადობასთან დაკავშირებული ფაქტორები ძირითადად ეფუძნება მონაწილეთა ინფორმაციას და კლინიციისტების მოსაზრებებს, ვიდრე დადასტურებულ ფაქტებს ძალადობასთან დაკავშირებული შესაძლო მოვლენების შესახებ, ასევე ფსიქიკური სიმპტომების შეფასებისას. თუმცა კვლევაში სტანდარტიზებული ინსტრუმენტის გამოყენება და პაციენტთა ინფორმაციის შედარება სამედიცინო დოკუმენტაციასთან ამცირებს შესაძლო მიკერძოებას. შედარებით დეტალური ინფორმაცია და დანაშაულთან დაკავშირებული გარემოებები მოვიპოვეთ სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის დასკვნებში.

კვლევის დამატებითი შეზღუდვაა, რომ ძალადობრივი ქცევის შესახებ მონაცემები საკონტროლო ჯგუფში ძირითადად ეფუძნებოდა თვითანგარიშს, რამაც შესაძლოა ვერ გამოავლინოს ფაქტობრივი ძალადობრივი ქცევა ამ ჯგუფში. ასევე გასულმა დრომ შეიძლება გავლენა იქონია მნიშვნელოვანი ცხოვრებისეული მოვლენების გახსენებაზე. ამ შეზღუდვის შემცირებისთვის პაციენტის წარსულ სამედიცინო ისტორიას ვსწავლობდით და მკურნალ ექიმთან გასაუბრებით ვცდილობდით სრულად შეგვესწავლა წარსული აგრესიული ქმედებები.

მესამე შეზღუდვა, რომ საკონტროლო ჯგუფის მონაწილეები შეიძლება არ იყვნენ შიზოფრენიით დაავადებულთა რეპრეზენტატიული წარმომადგენლები, რადგან ისინი წარმოდგენენ პაციენტთა ჯგუფს, რომლებიც კვლევის მომენტში სარგებლობენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებით და გამოთქვეს სურვილი, რომ ჩაერთონ გამოკითხვაში. ამრიგად, კვლევაში ვერ მოხვდნენ ის ადამიანები, რომლებიც არ აკითხავენ ფსიქიატრიულ სერვისებს, არ სურთ მკურნალობა და არ გამოირჩევიან კოოპერატიულობით. კვლევის მიხედვით, სწორედ ეს ფაქტორები უკავშირდება უმეტესად ძალადობრივ/აგრესიულ ქცევას და, ამრიგად, საკონტროლო ჯგუფის დასკვნები სრულად ვერ განზოგადდება ყველა ამ დიაგნოზის მქონე პირზე. თუმცა კვლევის მიხედვით, შესაძლებელია ვიმსჯელოთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების გამოყენებისა და მკურნალობის ეფექტურობაზე ძალადობრივ ქცევასთან დაკავშირებით. პანდემიამ კვლევის დროული ჩატარების გაუთვალისწინებელი შეზღუდვები შექმნა. შემთხვევის ჯგუფის ინტერვიუება მოხდა პანდემის დაწყებამდე, თუმცა ქვეყანაში გამოცხადებული რეგულაციების გამო სრულიად შეიზღუდა ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში გარედან ვიზიტები და კვლევის ჩატარება შეუძლებელი გახდა.

საკონტროლო ჯგუფის ერთი ნაწილი კვლევაში ჩაერთო 2019 წლის ნოემბერსა 2020 წლის იანვარში. შესაბამისად, შესაძლოა ამ პერიოდში სახლში ჩაკეტვამ და სხვა შეზღუდვებმა თეორიულად შეამცირა ძალადობრივი ქმედების რისკი ამ ჯგუფში. თუმცა, კვლევაში ფასდებოდა არამარტო უკანასკნელი წელი, არამედ ბოლო 10 წლის მონაცემები, რაც იძლეოდა იმის საშუალებას, რომ გამოგვეკეთა მონაწილეთა სახასიათო ტენდენციები. კვლევის შეზღუდვაა ასევე ძალადობრივი ქცევის კონცეპტუალიზაცია. შემთხვევის ჯგუფში ძალადობრივი ქცევა გულისხმობდა მართლსაწინააღმდეგო ქმედებას, რომელიც სისხლის სამართლის კოდექსის გარკვეულ მუხლს შეესაბამებოდა. დანაშაულის ტიპების ჩამოყალიბებისას ჩვენ გავითვალისწინეთ ეს მუხლები. რაც შეეხება შედარებით მძიმე და

ნაკლებად მძიმე დანაშაულს, აქ გამოვყავით ადამიანზე თავდასხმა, შეჭრა (მკვლელობა, მკვლელობის მცდელობა, ქურდობა, ძარცვა, ფიზიკური დაზიანება, სექსუალური დანაშაული, ოჯახური ძალადობა, ქონების დაზიანება); ამ შემთხვევაში განისაზღვრა დანაშაულის მსხვერპლიც. მეორე ჯგუფი მოხვდა დანაშაულის ტიპები ადამიანზე თავდასხმის გარეშე ( ნარკოტიკული დანაშაული, დევნა/დაშინება, იარაღის ტარება, საზღვრის გადაკვეთა, სადაც არ იკვეთებოდა მსხვერპლი). რაც შეეხება საკონტროლო ჯგუფს, მთავარი კრიტერიუმი იყო, რომ წარსულში არ გასამართლებულან დანაშაულის გამო, თუმცა ეს არ გამორიცხავდა სხვადასხვა ტიპის აგრესიულ ან ძალადობრივ ქცევას, როდესაც არ მიუმართავთ პოლიციისთვის. მსგავსი სიტუაციების გამორიცხვა ვცადეთ წარსული სამედიცინო ისტორიების შესწავლით და პაციენტთა ინტერვიუებისას შესაბამისი კითხვების დასმით.

კვლევის კიდევ ერთი შეზღუდვაა, რომ არ გამოკითხულან მონაწილეთა ოჯახის წევრები ან სხვა ინფორმატორები, თუმცა ეს გამოიწვევდა კვლევის მოცულობის ზრდას და მოითხოვდა მეტ დროს.

### დასკვნები

*ჰიპოთეზა 1. შიზოფრენიის და შიზოფრენიისმაგვარი აშლილობის მქონე პაციენტებს აქვთ უფრო მძიმე პოზიტიური ფსიქიკური სიმპტომები ვიდრე საკონტროლო ჯგუფს.*

კვლევის მონაცემებით დადასტურდა ჰიპოთეზა, რომ შიზოფრენიის და შიზოფრენიისმაგვარი აშლილობის მქონე პაციენტებს აქვთ უფრო მძიმე პოზიტიური ფსიქიკური სიმპტომები ვიდრე საკონტროლო ჯგუფს; სტატისტიკური გასხვავება გამოიკვეთა ბოდვითი აშლილობის დიაგნოზის შემთხვევაში. ქრონიკული ბოდვითი

აშლილობის დიაგნოზი უკავშირდება ძალადობის გაზრდილ რისკს, რაც ემთხვევა საერთაშორისო კვლევით მონაცემებს. სამედიცინო ისტორიების შესწავლისას გამოვლინდა, რომ უფრო ხშირია დევნის აზრები.

*ჰიპოთეზა 2. შიზოფრენიის და შიზოფრენიისმაგვარი აშლილობის მქონე პაციენტებს აღნიშნებათ წარსული ძალადობრივი გამოცდილების და გარემო სტრესორების უფრო მეტი ზემოქმედება ვიდრე საკონტროლო ჯგუფს.*

შემთხვევები და კონტროლი მნიშვნელოვნად არ განსხვავდებოდა საცხოვრებელი პირობებით, შემოსავლით, ბოლოდროინდელი სტრესული მოვლენის ზემოქმედებით. თუმცა სარწმუნო პირდაპირკორელაციური კავშირი ვლინდება დანაშაულსა და არადამაკმაყოფილებელ საცხოვრებელ პირობებს შორის. კონფლიქტური სიტუაცია ოჯახში უფრო ხშირია შემთხვევის ჯგუფში (50%), შედარებით საკონტროლო ჯგუფთან (19.8%). უნდა აღინიშნოს, რომ კონფლიქტი ოჯახში პირდაპირ კორელაციაში იმპულსურობასთან და საცხოვრებელ პირობებთან. აღნიშნული ნათლად მიუთითებს, რომ ოჯახის წევრები დისტრესში არიან და ესაჭიროებათ მხარდაჭერა და შესაბამისი განათლება.

*ჰიპოთეზა 3. შიზოფრენიის და შიზოფრენიისმაგვარი აშლილობის მქონე პაციენტებს თანმხლები ნივთიერებადამოკიდებულებით აქვთ ძალადობის უფრო მაღალი რისკი ვიდრე საკონტროლო ჯგუფს.*

შემთხვევები და კონტროლი მნიშვნელოვნად არ განსხვავდებოდა ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარებით. რაც ეწინააღმდეგება საერთაშორისო კვლევებს ალკოჰოლის მოხმარებასა და დანაშაულს შორის კავშირის შესახებ. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოში ნარკოლოგიური სამსახური და ფსიქიატრია დამოუკიდებელი დარგებია, რაც ნაწილობრივ განაპირობებს ორმაგი დიაგნოზების გამოვლენის პრობლემას. ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში არ ფასდება რუტინულად თანმხლები ალკოჰოლდამოკიდებულება, მხოლოდ არის მინიშნება ისტორიაში, რომ პერიოდულად სვამს, ან იღებს ალკოჰოლს. ძნელი სათქმელია, რა სიხშირით, რა ოდენობით და აქვს თუ არა ალკოჰოლდამოკიდებულება. ჩვენი ინტერვიუს კითხვა, იღებთ თუ არა 1-2 სასმელზე მეტს ხშირად, ვერ ახდენდა რეალური ალკოჰოლდამოკიდებულების იდენტიფიკაციას. ამ მიამრთულებით საჭიროა დამატებითი კვლევები.

*ჰიპოთეზა 4. შიზოფრენიის და შიზოფრენიისმაგვარი აშლილობის მქონე პაციენტებს რომლებიც არ სარგებლობენ ფჯ სერვისებით აქვთ ძალადობის უფრო მაღალი რისკი ვიდრე საკონტროლო ჯგუფს.*

შემთხვევის ჯგუფში მხოლოდ 34% სარგებლობდა ფჯ სერვისებით 77.4% წინააღმდეგ. უფრო საინტერესოა მკურნალობაზე დამყოლობის მონაცემები. შემთხვევის ჯგუფში 28.7% არ იცავს მკურნალობის რეჟიმს (საკონტროლო 13.2%) და 34% არარეგულარულად იცავს (წინააღმდეგ 29.2% საკონტროლო ჯგუფში).

როგორც ჩანს ამ მიმართულებით მნიშვნელოვანი ონტერვენციების დაგეგმვაა საჭირო, რომ გაუმჯობესდეს მკურნალობაზე დამყოლობა, რადგან ეს პირდაპირ უკავშირდება ჩვენი კვლევის მონაცემებით, ძალადობის გაზრდილ რისკს.

რეგრესიულმა ანალიზმა აჩვენა, რომ ძალადობრივი ქცევის შემთხვევები უფრო მაღალი იყო ფსიქოზური სიმპტომების, თანმხლები ნივთიერების ბოროტად გამოყენების, ფსიქიატრიული მომსახურების ხელმისაწვდომობის ნაკლებობისა და მკურნალობის რეჟიმის ცუდი დაცვის შემთხვევაში. კვლევის შედეგების თანახმად, მედიკამენტების მიუღებლობა, განსაკუთრებით ნივთიერებების ბოროტად გამოყენების პრობლემებთან ერთად, დაკავშირებულია ხელახალი დანაშაულის მომატებულ რისკთან.

დაავადების ხანგრძლივობის მხრივ მნიშვნელოვანი სტატისტიკური განსხვავება არ არის. გამოიკვეთა ტენდენცია, რომ დაავადების პირველადი დიაგნოსტიკა შეიძლება მოხდეს ძალადობრივი აქტის შემდეგ. თუმცა, როგორც ისტორიებიდან ჩანს, თვეების განმავლობაში ახლობლები ამჩნევდნენ უცნაურ ქცევას და აგრესიულობას, მაგრამ არ იცოდნენ სად მიემართათ და არც პიროვნება იყო თანახმა ექიმთან ვიზიტზე.

*ჰიპოთეზა 5. ფსიქიკური აშლილობა თავისთავად არ არის ერთადერთი კონტრიბუტორი ძალადობის ხასიათისა და განმეორების რისკის ასახსნელად.*

კვლევის შედეგების თანახმად, სოციალური და კონტექსტური ფაქტორების დინამიური ურთიერთქმედება კლინიკურ ცვლადებთან მნიშვნელოვან როლს ასრულებს, როგორც ძალადობის განმსაზღვრელი ფაქტორები. ვინაიდან ფსიქიკური დაავადების არსებობა თავისთავად არ წარმოადგენს ძალადობის რისკ ფაქტორს, მნიშვნელოვანია სერვისების შემუშავებისას ამ ფაქტორების გათვალისწინება და შესაბამისი ინტერვენციების დაგეგმვა. შეჯამების სახით შეიძლება ითქვას, რომ კვლევით თანახმად, ძალადობრივი ქცევის რისკფაქტორებია ფსიქოზური სიმპტომები, თანმხლები ფსიქოაქტიური ნივთიერების

ბოროტად გამოყენება, ფსიქიატრიული მომსახურების ხელმისაწვდომობის ნაკლებობა და მკურნალობის ცუდი დამყოლობა. .

ჩვენმა ანალიზმა ასევე აჩვენა, რომ გამოხატული ნეგატიური სიმპტომები მნიშვნელოვნად ასოცირდება სერიოზული ძალადობის რისკთან; კვლევის შედეგების თანახმად, მედიკამენტების მიუღებლობა, განსაკუთრებით ნივთიერებების ბოროტად გამოყენების პრობლემებთან ერთად, დაკავშირებულია ხელახალი დანაშაულის მომატებულ რისკთან. მულტივარიანტიული ანალიზის შედეგად დადგინდა, რომ შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანების ძალადობრივი ქცევა ასოცირდება ისტორიულ (წარსული ძალადობა, ტრავმული გამოცდილება), კლინიკურ (ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენება, მწვავე ფსიქოზური სიმპტომები, მკურნალობის დაუცველობა), დისპოზიციური (შემოსავალი, იმპულსურობა, სოციალური უნარების ნაკლებობა, დაბალი განათლების დონე) და კონტექსტური (უმუშევრობა, ოჯახური კონფლიქტები, საცხოვრებელი გარემო) ფაქტორებთან.

ლიტერატურაში კვლევები ადასტურებს კავშირს ალკოჰოლის მოხმარებასა და აგრესიულ ქცევას შორის. თუმცა, ჩვენი კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ მნიშვნელოვანი განსხვავება არ იყო საკონტროლო ჯგუფსა და შემთხვევებს შორის ალკოჰოლის ბოროტად გამოყენების კუთხით. ამავე დროს გამოვლინდა კორელაცია ალკოჰოლის მოხმარებასა და მძიმე დანაშაულს შორის. ამ საკითხის სამომავლო კვლევა საინტერესოა თანმხლები ალკოჰოლ და წამალდამოკიდებულების სამართავად. კვლევის შედეგების თანახმად, დადასტურდა, რომ სოციალური და კონტექსტური ფაქტორების დინამიური ურთიერთქმედება კლინიკურ ცვლადებთან მნიშვნელოვან როლს ასრულებს, როგორც ძალადობის განმსაზღვრელი ფაქტორები.

კვლევის შედეგებით დასტურდება, რომ ადეკვატური მკურნალობა ინტერდისციპლინური მიდგომით, თანმხლები ნივთიერებების ბოროტად გამოყენების მართვით, ამცირებს ძალადობის გამოვლენის ალბათობას. ამიტომ საავადმყოფოდან გაწერის შემდგომ დანიშნული მკურნალობის დაცვამ და სერვისებით რეგულარულმა სარგებლობამ შეიძლება მნიშვნელოვნად შეამციროს დანაშაულის ჩადენის რისკი. არსებობს ზოგადი შეთანხმება, რომ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მულტიდისციპლინური მიდგომა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების სამართავად მიზნად ისახავს პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში ფსიქიატრიული დახმარების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებას, ფსიქო-სოციალურ დახმარებას, პრევენციას და



მკურნალობის გაუმჯობესებულ მომსახურებას, რაც წარმოადგენს უკეთესი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის წინაპირობას. ამგვარი ზომების განხორციელება, რათქმა უნდა, აისახება მთელ მოსახლეობაზე, მათ შორის ფსიქიკური დაავადებების მქონე პირებზე. ამ მიდგომამ შეიძლება გააუმჯობესოს პაციენტებზე ზრუნვა ფსიქიკური ჯანმრთელობის საჭიროებების გათვალისწინებით და დაიცვას საზოგადოება განმეორებითი ძალადობის რისკის შემცირებით და რისკფაქტორების არსებობისას ეფექტური ჩარევის შეთავაზებით.

ამრიგად, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა შორის ძალადობის კვლევები უნდა გასცდეს ძალადობის სიმძიმისა და სიხშირის კლინიკურ ტიპებთან დაკავშირებას და ამის ნაცვლად ფოკუსირდეს კონტექსტური და თანმხლები ფაქტორების სიღრმისეულ კვლევაზე, ურთიერთქმედების რთული მოდელების დასადგენად. მხოლოდ ასეთი მიდგომით არის შესაძლებელი შესაბამისი ჩარევების დაგეგმვა და პაციენტებისათვის საჭირო დროსა და ადგილზე მიწოდება. დაბოლოს, საჭიროა სანდო მონაცემები საზოგადოებისთვის სათანადო ინფორმირების შესახებ ფსიქიკურ დაავადებასა და საშიშროებას შორის კავშირის შესახებ, ფსიქიკურ დაავადებასთან დაკავშირებული პოტენციურად გაუმართლებელი სტიგმატიზაციის თავიდან ასაცილებლად.

### *რეკომენდაციები*

პაციენტზე ორიენტირებული ინტერვენციები

1. კვლევით გამოვლენილი რისკ ფაქტორებს ყურადღება უნდა მიექცეს რისკის შემცირების პროგრამებში სასამართლო ფსიქიატრიული პაციენტების მკურნალობისას;
2. თანმხლები ნივთიერებებზე დამოკიდებულების მართვა მნიშვნელოვნად შეამცირებს ძალადობის/განმეორებითი ძალადობის რისკს;
3. ალკოჰოლ დამოკიდებულების დიაგნოსტიკას ყურადღება უნდა მიექცეს, რომ დროულად გამოვლინდეს პრობლემა და შესაბამისად იმართოს.
4. პაციენტთა რესოციალიზაცია/რეაბილიტაცია მიმართული უნდა იყოს საცხოვრებელი პირობებისა და გარემოს გაუმჯობესებაზე;

ოჯახის მხარდაჭერა

1. ოჯახური ინტერვენცია ხელს შეუწყობს ოჯახში ძალადობის შემცირებას;
2. ოჯახის წევრები საჭიროებენ დახმარებას დისტრესის შესამცირებლად;

3. პიროვნების გარემოცვა უნდა იცნობდეს ფსიქიკური აშლილილობის ნიშნებს და კრიზისული მდგომარეობის დროს შეემდოს შესაბამისი მოქმედება;

#### ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები და პოლიტიკა

1. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების სახელმწიფო მომსახურების მოცულობაში უნდა შევიდეს რისკის ამოცნობისა და მართვის პროგრამები;
2. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგიულ პრიორიტეტულ მიმართულებად უნდა განისაზღვროს რისკის ინსტრუმენტის, აგრესიის მართვისა და სასამართლო ფსიქიატრიული პაციენტების რესოციალიზაციის აქტივობები;
3. გაუმჯობესდეს პენიტენციურ სისტემაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის მართვა და ყურადღება დაეთმოს ძალადობის რისკ ფაქტორების მართვას; მკურნალობის და მეთვალყურეობის უწყვეტობის უზრუნველსაყოფად გაუმჯობესდეს ინფორმაციის გაცვლა პენიტენციურ დაწესებულებასა და სამოქალაქო ჯანდაცვის სერვისებს შორის;
4. მნიშვნელოვანია, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მართვა ინტეგრირდეს პირველადი ჯანდაცვის დონეზე, რადგან პრობლემების გამოვლენა ხშირად შესაძლებელია ექიმთან ვიზიტზე, თუ შესაბამისი ცოდნა არსებობს. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ხელმისაწვდომობის გაზრდა პოზიტიურად აისახება ძალადობის შემცირებაზე;
5. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების ტრენინგის დროს მეტი ყურადღება უნდა დაეთმოს რისკ ფაქტორების ამოცნობისა და მათი შემცირებისკენ მიმართული ეფექტური პროგრამების შესახებ ცოდნა-უნარების დასწავლას.
6. ფსიქიკური ჯანმრთელობის კანონმდებლობაში ინიცირებული იყოს სათემო სასამართლო ფსიქიატრიული მკურნალობის მოდელი, რომელიც ხელს შეუწყობს ამ ადამიანთა ინტეგრაციას და მკურნალობაზე მეთვალყურეობას;
7. მნიშვნელოვანია საზოგადოებრივი კამპანიის დაგეგმვა და კვლევებით მოპოვებული ინფორმაციის მიწოდება ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებს შორის ძალადობის რეალურ რისკსა და თანამხლებ პრობლემებზე.

დანართი 1

*SCALE FOR THE ASSESSMENT OF POSITIVE SYMPTOMS (SAPS)*

პოზიტიური სიმპტომების შეფასების შკალა

კოდი

თარიღი

ინტერვიუერი

ჰალუცინაციები

1) სმენითი ჰალუცინაციები.	0. 1. 2. 3. 4. 5.
2) მაკომენტირებელი ხმები.	0. 1. 2. 3. 4. 5.
3) ხმები დიალოგის სახით.	0. 1. 2. 3. 4. 5.
4) სომატური ან ტაქტილური ჰალუცინაციები.	0. 1. 2. 3. 4. 5.
5) ყნოსვითი ჰალუცინაციები.	0. 1. 2. 3. 4. 5.
6) მხედველობითი ჰალუცინაციები.	0. 1. 2. 3. 4. 5.
7) ჰალუცინაციების გლობალური შეფასება.	0. 1. 2. 3. 4. 5.

ბოდვა

8) პერსეკუტორული ბოდვა.	0. 1. 2. 3. 4. 5.
9) ლაზვიანობის ბოდვა.	0. 1. 2. 3. 4. 5.
10) ცოდვიანობის და თვითდანაშაულის ბოდვა.	0. 1. 2. 3. 4. 5.
11) განდიდების ბოდვა.	0. 1. 2. 3. 4. 5.
12) რელიგიური ბოდვა.	0. 1. 2. 3. 4. 5.
13) სომატური ბოდვა.	0. 1. 2. 3. 4. 5.
14) დამოკუდებულების ბოდვა.	0. 1. 2. 3. 4. 5.
15) კონტროლის ბოდვა.	0. 1. 2. 3. 4. 5.
16) გახსნილობის ბოდვა.	0. 1. 2. 3. 4. 5.
17) აზრთა გადაცემა.	0. 1. 2. 3. 4. 5.

18) აზრთა ჩადება.	0.	1.	2.	3.	4.	5.
19) აზრთა ამოღება.	0.	1.	2.	3.	4.	5.
20) ბოდვითი იდეების გლობალური შეფასება	0.	1.	2.	3.	4.	5.

უცნაური ქცევა

21) ჩაცმულობა და შესახედაობა.	0.	1.	2.	3.	4.	5.
22) სოციალური და სექსუალური ქცევა.	0.	1.	2.	3.	4.	5.
23) აგრესიული და აჯიტაციური ქცევა.	0.	1.	2.	3.	4.	5.
24) განმეორებადი ან სტერეოტიპული ქცევა.	0.	1.	2.	3.	4.	5.
25) ქცევის უცნაურობის გლობალური შეფასება.	0.	1.	2.	3.	4.	5.

აზროვნების ფორმის აშლის პოზიტიური პათოლოგია.

26) დეზორგანიზაციული, დაშლილი აზროვნება.	0.	1.	2.	3.	4.	5.
27) ტანგენციალობა.	0.	1.	2.	3.	4.	5.
28) ინკოჰერენტულობა.	0.	1.	2.	3.	4.	5.
29) ალოგიკურობა.	0.	1.	2.	3.	4.	5.
30) დეტალიზაცია.	0.	1.	2.	3.	4.	5.
31) აჩქარებული, შემჭიდროვებული მეტყველება.	0.	1.	2.	3.	4.	5.
32) ცვლადი, დაბნეული მეტყველება.	0.	1.	2.	3.	4.	5.
33) ჟღერადობა.	0.	1.	2.	3.	4.	5.
34) აზროვნების ფორმის აშლის პოზიტიური პათოლოგიის გლობალური შეფასება	0.	1.	2.	3.	4.	5.

შეუსაბამო აფექტი

35) შეუსაბამო აფექტი	0.	1.	2.	3.	4.	5.
----------------------	----	----	----	----	----	----

დანართი 2

*SCALE FOR THE ASSESSMENT OF NEGATIVE SYMPTOMS (SANS)*

ნეგატიური სიმპტომების შეფასების შკალა

კოდი  
თარიღი  
ინტერვიუერი

აფექტური გასადავება და გაღარიბება

1. სახის გახევებული გამომეტყველება	0. 1. 2. 3. 4. 5.
2. სპონტანური მოძრაობის შემცირება	0. 1. 2. 3. 4. 5.
3. გამომსახველობით მოძრაობათა სიღარიბე	0. 1. 2. 3. 4. 5.
4. მზერითი კონტაქტის სიმცირე	0. 1. 2. 3. 4. 5.
5. აფექტური რეაგირების არარსებობა (აფექტური გასადავება)	0. 1. 2. 3. 4. 5.
6. შეუსაბამო აფექტი (პარათიმია)	0. 1. 2. 3. 4. 5.
7. ვოკალური გამოხატვის უნარის ნაკლებობა (მონოტონური მეტყველება)	0. 1. 2. 3. 4. 5.
8. სუბიექტური ჩივილები სიცარიელის გრძნობაზე ან შეგრძნების უნარის დაკარგვაზე	0. 1. 2. 3. 4. 5.
9. აფექტური შემცირების გლობალური შეფასება	0. 1. 2. 3. 4. 5.

ალოგია და პარალოგია

10. საუბრის გაღარიბება	0. 1. 2. 3. 4. 5.
11. მეტყველების შინაარსობრივი გაღარიბება	0. 1. 2. 3. 4. 5.
12. აზრების წყვეტა, ბლოკირება	0. 1. 2. 3. 4. 5.
13. პასუხის ლატენტური დროის გაზრდა	0. 1. 2. 3. 4. 5.
14. ალოგიის სუბიექტური შეფასება	0. 1. 2. 3. 4. 5.

15. ალოგიური აზროვნების გლობალური შეფასება	0.	1.	2.	3.	4.	5.
15.ა პარალოგია	0.	1.	2.	3.	4.	5.

აბულია-აპათია

16. თავის მოვლა და ჰიგიენა	0.	1.	2.	3.	4.	5.
17. არათანამიმდევრულობა პროფესიასა და განათლებაში	0.	1.	2.	3.	4.	5.
18. ფიზიკური ანერგია	0.	1.	2.	3.	4.	5.
19. სუბიექტური ჩივილები აბულიასა და აპათიაზე	0.	1.	2.	3.	4.	5.
20. გლობალური შეფასება	0.	1.	2.	3.	4.	5.

ანჰედონია – ასოციალურობა

21. გართობა და აქტიურობები	0.	1.	2.	3.	4.	5.
22. სექსუალური ინტერესები	0.	1.	2.	3.	4.	5.
23. უნარი, იგრძნოს ინტიმურობა და სიახლოვე	0.	1.	2.	3.	4.	5.
24. დამოკიდებულება ნათესავებთან, მეგობრებთან და თანატოლებთან (აუტიზმი)	0.	1.	2.	3.	4.	5.
25. ანჰედონია – ასოციალურობის სუბიექტური გაცნობიერება	0.	1.	2.	3.	4.	5..
26. ანჰედონია – ასოციალურობის გლობალური შეფასება	0.	1.	2.	3.	4.	5.

ყურადღება

27. სოციალური უყურადღებობა	0.	1.	2.	3.	4.	5.
28. უყურადღებობა ფსიქ. ტესტირების მიმდინარეობისას	0.	1.	2.	3.	4.	5.
29. სუბიექტური ჩივილები უყურადღებობაზე	0.	1.	2.	3.	4.	5.
30. გლობალური შეფასება	0.	1.	2.	3.	4.	5.

დანართი 3

ID

--	--	--	--	--	--	--

ინტერვიუერი: -----

რესპონდენტის ასაკი: Age-----

სქესი: Gender

ეთნიკური ჯგუფი --Ethnicity

<p>დანაშაული:</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 ქურდობა/მარცვა</li> <li>2 ოჯახური ძალადობა</li> <li>3 მკვლელობა/მცდელობა</li> <li>4 ნარკოტიკთან დაკავშირებული დანაშაული</li> <li>5 ძალადობრივი დანაშაული (ცემა, სხეულის დაზიანება)</li> <li>6 ქონების დაზიანება</li> <li>7 სექსუალური დანაშაული</li> <li>8 არ ჩაუდენია</li> <li>9 დევნა/დაშინება</li> <li>10 სხვა (საზღვრის გადაკვეთა, იარაღის ტარება)</li> </ol>
<p>მსხვერპლი:</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 ოჯახის წევრი</li> </ol>

	<p>2 ნაცნობი(მეგობარი, მეზობელი, ნათესავი)</p> <p>3 უცხო</p> <p>4 მსხვერპლი არ არის</p> <p>5 შეუსაბამო</p>
დიაგნოზი:	DS F20- F29
შესაძლებლობების შეზღუდვის სტატუსი Disab	<p>0 არ აქვს</p> <p>1 ზომიერად გამოხატული</p> <p>2 მნიშვნელოვნად გამოხატული</p>
ოჯახური მდგომარეობა Marital Status	<p>1 დაუქორწინებელი</p> <p>2 დაქორწინებული</p> <p>3 დაცილებული</p> <p>4 ქვრივი</p> <p>5 ცხოვრობს პარტნიორთან</p>
საცხოვრებელი Housing	<p>1 საკუთარი სახლი</p> <p>2 ბინა</p> <p>3 უსახლკარო</p> <p>4 თავშესაფარი</p> <p>5 ქირაობს/დროებითი საცხოვრებელი</p>
ვისთან ერთად ცხოვრობს Family	<p>1 მარტო</p> <p>2 საკუთარი ოჯახი</p> <p>3 გაფართოებული ოჯახი</p> <p>4 მშობლებთან</p> <p>5 და/მმა</p>
საცხოვრებელი პირობები Livingenv	<p>0 არადამაკმაყოფილებელი</p> <p>1 საშუალო</p> <p>2 დამაკმაყოფილებელი</p>
განათლება Education	1 არასრული საშუალო



	<p>2 საშუალო</p> <p>3 არასრული უმაღლესი</p> <p>4 უმაღლესი</p> <p>5 სპეციალური</p>
უკანასკნელი 1 წელი დასაქმება (დანაშაულამდე) employment	<p>1 დიახ                      2 არა</p> <p>3 დროებითი</p>
შრომითი საქმიანობა Job	
შემოსავალი Income	<p>0 არ აქვს</p> <p>1 გამომუშავება/ხელფასი</p> <p>2 სოციალური დახმარება/პენსია</p> <p>3 ოჯახის/მეგობრების დახმარება</p>
როდის გამოვლინდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები (წლების რაოდენობა)? MHprobl	<p>1. 10 წელზე მეტი</p> <p>2. 5 წელზე მეტი</p> <p>3. 3 -5 წელია</p> <p>4. 1-2 წელია</p> <p>5. 1 წელზე ნაკლები</p> <p>6. უცნობია</p>
საერგებლობდით თუ არა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებით ბოლო 1 წელი? MHservice	<p>1 დიახ</p> <p>2 არა</p> <p>3 არარეგულარულად</p>
თუ დიახ, ძირითადად რომელი სერვისით სარგებლობდით?	<p>1 ფსიქ. სტაციონარი</p> <p>2 ნარკ. სტაციონარი</p> <p>3 ამბულატორია</p> <p>4 სათემო მობილური/ასერტული</p> <p>5 კერძო კონსულტაციები</p>

	<p>6 კრიზისული ინტერვენცია</p> <p>7 ციხის ფსიქიატრ სისტემა</p>
<p>რამდენჯერ იყავით ჰოსპიტალიზებული ბოლო 10 წელიწადში? Hospitnum</p>	<p>1 არცერთხელ</p> <p>2 1-2 ჯერ</p> <p>3 3-5ჯერ</p> <p>4 5-ზე მეტად</p> <p>5 ციხის ფსიქ.სტაციონარი</p>
<p>ჰოსპიტალიზაციის საშუალო ხანგრძლივობა? (დღეები) (სამოქალაქო სექტორში) Hosplength</p>	
<p>იყავით თუ არა სტაციონარში უკანასკნელი 1 წელი? Lastdate</p>	<p>1 დიახ</p> <p>2 არა</p>
<p>ბოლო 1 წელი გქონდათ თუ არა დანიშნული მედიკამენტები? Treatm</p>	<p>1 დიახ 2 არა</p>
<p>თუ დიახ, იცავდით თუ არა დანიშნულებას? Adherence</p>	<p>1 დიახ 2 არა</p> <p>3 არარეგულარულად</p>
<p>თუ არა (არარეგულარულად), რატომ? Reason</p>	<p>1 არ მჭირდება</p> <p>2 ცუდათ მხდის</p> <p>3 არ მინდა მაკონტროლონ</p> <p>4 მავიწყდება</p> <p>5 შეუსაბამო</p>
<p>მოიხმარდით თუ არა ალკოჰოლს ჭარბად (1-2 სასმელზე მეტი)? Alcohol</p>	<p>1 დიახ 2 არა</p>
<p>თუ დიახ, რა სიხშირით? Alcabuse</p>	<p>1 კვირაში რამდენჯერმე</p> <p>2 თვეში რამდენჯერმე</p> <p>3 პერიოდული გადაბმით სმა</p> <p>4 არ შეესაბამება</p>
<p>მოიხმარდით თუ არა ფსიქოაქტიურ</p>	<p>1 დიახ 2 არა</p>

საშუალებებს? Substance	
თუ დიახ, რა სიხშირით? Subabuse	<p>1 იშვიათად</p> <p>2 კვირაში რამდენჯერმე</p> <p>3 თვეში რამდენჯერმე</p> <p>4 როცა ვშოულობ</p> <p>5 არ შესაბამება</p>
ადვილად ღიზიანდებით თუ არა? Disph	1 დიახ 2 არა
გყავთ თუ არა მეგობრები? Friends	1 დიახ 2 არა
გაქვთ თუ არა ურთიერთობა ნაცნობ/მეგობრებთან ან ნათესავებთან? Socializ	<p>1 საერთოდ არა</p> <p>2 იშვიათად</p> <p>3 ხშირად</p> <p>4 დისტანციური (ტელ, ინტერნეტი)</p>
გაქვთ თუ არა კონფლიქტი ოჯახის წევრებთან? relations	<p>1 დიახ</p> <p>2 არა</p>
შეგიძლიათ ემოციების (გრძნობების) გამოხატვა? Emotexpr	1 დიახ 2 არა 3 მიჭირს
ადვილად შეგიძლიათ ურთიერთობების დამყარება? Socialskills	<p>1 დიახ</p> <p>2 არა</p> <p>3 მიჭირს</p>
გაქვთ ინტიმური ურთიერთობები? Sexrel	1 დიახ 2 არა 3 მიჭირს
გყავთ თუ არა ვინმე, ვისაც ენდობით? Trust	1 დიახ 2 არა
იყავით თუ არა დაპატიმრებული ბოლო 10 წელიწადში? Arested	<p>1 არა</p> <p>2 ერთხელ</p> <p>3 რამდენჯერმე</p>
იყავით თუ არა წარსულში არანებაყოფლობით მკურნალობაზე ციხეში	<p>0 ara</p> <p>1 Diax</p> <p>2 sheusabamo</p>
იყავით თუ არა წარსულში იძულებით მკურნალობაზე (ბოლო 10 წელიწადი)? Comptr	<p>1 არა</p> <p>2 ერთხელ</p> <p>3 ორჯერ</p>

	4 სამჯერ
თუ დიახ, რა ტიპის დანაშაულისთვის იყავით იძულებით მკურნალობაზე? TypeCR	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 ქურდობა/მარცვა</li> <li>2 ოჯახური ძალადობა</li> <li>3 მკვლელობა</li> <li>4 ნარკოტიკი</li> <li>5 ძალადობრივი დანაშაული</li> <li>6 ქონების დაზიანება</li> </ol>
გეონიათ თუ არა ტრავმა ბავშვობაში/მოზარდობაში? trauma	1 დიახ 2 არა
თუ დიახ, რა სახის?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 ფიზიკური ძალადობა</li> <li>2 სექსუალური ძალადობა</li> <li>3 ფსიქოლოგიური სტრესი</li> <li>4 შეუსაბამო</li> </ol>
მიგიყენებიათ თუ არა თვითდაზიანებები? selfh	1 დიახ 2 არა
გეონიათ თუ არა სუიციდის მცდელობა? suicatt	1 დიახ 2 არა
ხომ არ ყოფილა ბოლო 1 წელიწადში მტკივნეული მოვლენა? Traumaexpos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. არა</li> <li>2. განქორწინება/დამორება</li> <li>3. ახლობლის გარდაცვალება</li> <li>4. სხვა მტკივნეული მოვლენა</li> </ol>

## გამოყენებული ლიტერატურა

- საქართველოს მთავრობა (2014). ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტი და 2015-2020 წლის სამოქმედო გეგმა. საქართველოს მთავრობის დადგენილება #762. თბილისი. (დოკუმენტი 470010000.10.003.018382). <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2667876?publication=0>
- საქართველოს პარლამენტი (2006). საქართველოს კანონი ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ. (470.080.000.05.001.002.359). <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/24178?publication=17>
- საქართველოს პარლამენტი (2009). საქართველოს კანონი საქართველოს სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსი. (090.000.000.05.001.003.644). [https://matsne.gov.ge/ka/document/view/90034?publication=137#part\\_223](https://matsne.gov.ge/ka/document/view/90034?publication=137#part_223)
- Andreasen, N. C. (1989). The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS): conceptual and theoretical foundations. *The British journal of psychiatry*, 155(S7), 49-52.
- Andreasen, N.C. (1984) Scale for the assessment of positive symptoms (SAPS). University of Iowa, Iowa City.
- Appelbaum P. S. (2006). Violence and mental disorders: data and public policy. *The American journal of psychiatry*, 163(8), 1319–1321. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.8.1319>
- Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., & Monahan, J. (2000). Violence and delusions: Data from the MacArthur violence risk assessment study. *American journal of psychiatry*, 157(4), 566-572.
- Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., & Monahan, J. (2000). Violence and delusions: data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *The American journal of psychiatry*, 157(4), 566–572.
- Asnis, G. M., Kaplan, M. L., Hundorfean, G., & Saeed, W. (1997). Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 20(2), 405–425.
- Avila, M., Thaker, G., & Adami, H. (2001). Genetic epidemiology and schizophrenia: a study of reproductive fitness. *Schizophrenia research*, 47(2-3), 233–241.
- Blomhoff, S., Seim, S., & Friis, S. (1990). Can prediction of violence among psychiatric inpatients be improved?. *Hospital & community psychiatry*, 41(7), 771–775.
- Bonta, J., Law, M., & Hanson, K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 123(2), 123–142.
- Buchanan A. (2008). Risk of violence by psychiatric patients: beyond the "actuarial versus clinical" assessment debate. *Psychiatric services* (Washington, D.C.), 59(2), 184–190.

- Buckley, P. F., Noffsinger, S. G., Smith, D. A., Hrouda, D. R., & Knoll, J. L., 4th (2003). Treatment of the psychotic patient who is violent. *The Psychiatric clinics of North America*, 26(1), 231–272.
- Caqueo-Urizar, A., Fond, G., Urzúa, A., Boyer, L., & Williams, D. R. (2016). Violent behavior and aggression in schizophrenia: Prevalence and risk factors. A multicentric study from three Latin-America countries. *Schizophrenia research*, 178(1-3), 23–28.
- Carroll, A., Lyall, M., & Forrester, A. (2004). Clinical hopes and public fears in forensic mental health. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15, 407 - 425.
- Cerulli, C., Conner, K. R., & Weisman, R. (2004). Bridging healthcare, police, and court responses to intimate partner violence perpetrated by individuals with severe and persistent mental illness. *The Psychiatric quarterly*, 75(2), 139–150.
- Choe, J. Y., Teplin, L. A., & Abram, K. M. (2008). Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: balancing public health concerns. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 59(2), 153–164.
- Coid, J. W., Ullrich, S., Kallis, C., Keers, R., Barker, D., Cowden, F., & Stamps, R. (2013). The relationship between delusions and violence: findings from the East London first episode psychosis study. *JAMA psychiatry*, 70(5), 465–471.
- Cole, T. B., & Glass, R. M. (2005). Mental illness and violent death: major issues for public health. *JAMA*, 294(5), 623–624.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625.
- Davis, S. (1991). An overview: Are mentally ill people really more dangerous? *Social Work*. <https://doi.org/10.1093/sw/36.2.174>.
- Dean, K., Walsh, E., Morgan, C., Demjaha, A., Dazzan, P., Morgan, K., Lloyd, T., Fearon, P., Jones, P. B., & Murray, R. M. (2007). Aggressive behaviour at first contact with services: findings from the AESOP First Episode Psychosis Study. *Psychological medicine*, 37(4), 547–557.
- Douglas, K. S., Guy, L. S., & Hart, S. D. (2009). Psychosis as a risk factor for violence to others: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 135(5), 679–706. <https://doi.org/10.1037/a0016311>
- Drew, N., Funk, M., Tang, S., Lamichhane, J., Chávez, E., Katontoka, S., Pathare, S., Lewis, O., Gostin, L., & Saraceno, B. (2011). Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *Lancet (London, England)*, 378(9803), 1664–1675.

- Elbogen, E. B., & Johnson, S. C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*, 66(2), 152–161.
- Eronen, M., Hakola, P., & Tiihonen, J. (1996). Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Archives of general psychiatry*, 53(6), 497–501.
- Erstling S. S. (2006). Police and mental health collaborative outreach. *Psychiatric services* (Washington, D.C.), 57(3), 417–418.
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2010). Violence and personality disorders: clinical and forensic implications. *Actas espanolas de psiquiatria*, 38(5), 249–261.
- Estroff, S. E., Swanson, J. W., Lachicotte, W. S., Swartz, M., & Bolduc, M. (1998). Risk reconsidered: targets of violence in the social networks of people with serious psychiatric disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 33 Suppl 1, S95–S101.
- Farnham, F. R., & James, D. V. (2001). "Dangerousness" and dangerous law. *Lancet* (London, England), 358(9297), 1926.
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., & Grann, M. (2009, b). Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 6(8), e1000120.
- Fazel, S., Långström, N., Hjern, A., Grann, M., & Lichtenstein, P. (2009, a). Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA*, 301(19), 2016–2023.  
<https://doi.org/10.1001/jama.2009.675>
- Fazel, S., Lichtenstein, P., Grann, M., Goodwin, G. M., & Långström, N. (2010). Bipolar disorder and violent crime: new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Archives of general psychiatry*, 67(9), 931–938.
- Fazel, S., Zetterqvist, J., Larsson, H., Långström, N., & Lichtenstein, P. (2014). Antipsychotics, mood stabilisers, and risk of violent crime. *Lancet* (London, England), 384(9949), 1206–1214.
- Friedman R. A. (2006). Violence and mental illness--how strong is the link?. *The New England journal of medicine*, 355(20), 2064–2066.
- Frogley, C., Taylor, D., Dickens, G., & Picchioni, M. (2012). A systematic review of the evidence of clozapine's anti-aggressive effects. *The international journal of neuropsychopharmacology*, 15(9), 1351–1371.
- Gosden, N. P., Kramp, P., Gabrielsen, G., Andersen, T. F., & Sestoft, D. (2005). Violence of young criminals predicts schizophrenia: a 9-year register-based followup of 15- to 19-year-old criminals. *Schizophrenia bulletin*, 31(3), 759–768.

- Halle, C., Tzani-Pepelasi, C., Pylarinou, N. R., & Fumagalli, A. (2020). The link between mental health, crime and violence. *New Ideas in Psychology*, 58, 100779.
- Harris, A. W., Large, M. M., Redoblado-Hodge, A., Nielssen, O., Anderson, J., & Brennan, J. (2010). Clinical and cognitive associations with aggression in the first episode of psychosis. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 44(1), 85–93.
- Hodgins S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. Evidence from a birth cohort. *Archives of general psychiatry*, 49(6), 476–483.
- Hodgins S. (2008). Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 363(1503), 2505–2518.
- Hodgins, S., & Riaz, M. (2011). Violence and phases of illness: differential risk and predictors. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 26(8), 518–524.
- Holcomb, W. R., & Ahr, P. R. (1988). Arrest rates among young adult psychiatric patients treated in inpatient and outpatient settings. *Hospital & community psychiatry*, 39(1), 52–57.
- Huguelet, P., & Perroud, N. (2010). Is there a link between mental disorder and violence?. *Archives of general psychiatry*, 67(5), 540.
- Junginger J. (1995). Command hallucinations and the prediction of dangerousness. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 46(9), 911–914.
- Katz, P., & Kirkland, F. R. (1990). Violence and social structure on mental hospital wards. *Psychiatry*, 53(3), 262–277.
- Kessler, R. C., Birnbaum, H., Demler, O., Falloon, I. R., Gagnon, E., Guyer, M., Howes, M. J., Kendler, K. S., Shi, L., Walters, E., & Wu, E. Q. (2005). The prevalence and correlates of nonaffective psychosis in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Biological psychiatry*, 58(8), 668–676.
- Krakowski, M. I., & Czobor, P. (1994). Clinical symptoms, neurological impairment, and prediction of violence in psychiatric inpatients. *Hospital & Community Psychiatry*, 45(7), 700–705.
- Krug, Etienne G, Dahlberg, Linda L, Mercy, James A, Zwi, Anthony B, Lozano, Rafael. et al. (2002). *World report on violence and health / edited by Etienne G. Krug ... [et al.]*. World Health Organization.
- Lamers, F., van Oppen, P., Comijs, H. C., Smit, J. H., Spinhoven, P., van Balkom, A. J., Nolen, W. A., Zitman, F. G., Beekman, A. T., & Penninx, B. W. (2011). Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *The Journal of clinical psychiatry*, 72(3), 341–348.



- Large, M. M., Ryan, C. J., Singh, S. P., Paton, M. B., & Nielssen, O. B. (2011). The predictive value of risk categorization in schizophrenia. *Harvard review of psychiatry*, 19(1), 25–33.
- Latalova, K., Kamaradova, D., & Prasko, J. (2014). Violent victimization of adult patients with severe mental illness: a systematic review. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 10, 1925–1939.
- Link, B. G., & Stueve, A. (1994). Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls. In J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp. 137–159). The University of Chicago Press.
- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American journal of public health*, 89(9), 1328–1333.
- Link, B. G., Stueve, A., & Phelan, J. (1998). Psychotic symptoms and violent behaviors: probing the components of "threat/control-override" symptoms. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 33 Suppl 1, S55–S60.
- Link, B.G., Andrews, H.F., & Cullen, F.T. (1992). The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *American Sociological Review*, 57, 275.
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. (2008). Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic reviews*, 30, 67–76.
- McNiel, D. E., & Binder, R. L. (2007). Effectiveness of a mental health court in reducing criminal recidivism and violence. *The American journal of psychiatry*, 164(9), 1395–1403.
- McNiel, D. E., & Binder, R. L. (2007). Effectiveness of a mental health court in reducing criminal recidivism and violence. *The American journal of psychiatry*, 164(9), 1395–1403.
- Monahan J, Steadman HJ, Silver E, Appelbaum PS, Robbins PC, Mulvey EP, Roth LH, Grisso T, Banks SM. (2001). *Rethinking Risk Assessment: the MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*. Psychiatry Publications. Retrieved from [https://escholarship.umassmed.edu/psych\\_pp/317](https://escholarship.umassmed.edu/psych_pp/317)
- Monahan, J. (1988). Risk assessment of violence among the mentally disordered: Generating useful knowledge. *International Journal of Law and Psychiatry*, 11(3), 249–257.
- Monahan, J., Bonnie, R. J., Appelbaum, P. S., Hyde, P. S., Steadman, H. J., & Swartz, M. S. (2001). Mandated community treatment: beyond outpatient commitment. *Psychiatric services* (Washington, D.C.), 52(9), 1198–1205.
- Mulvey E. P. (1994). Assessing the evidence of a link between mental illness and violence. *Hospital & community psychiatry*, 45(7), 663–668.

- Mulvey, E. P., Odgers, C., Skeem, J., Gardner, W., Schubert, C., & Lidz, C. (2006). Substance use and community violence: A test of the relation at the daily level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 743–754. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.743>
- Nathan W. Link, Francis T. Cullen, Robert Agnew & Bruce G. Link (2016) Can General Strain Theory Help Us Understand Violent Behaviors Among People with Mental Illnesses?, *Justice Quarterly*, 33:4, 729-754, DOI: 10.1080/07418825.2015.1005656
- National Alliance on Mental Illness. (2007). The Virginia Tech tragedy: distinguishing mental illness from violence. Available <https://www.nami.org/Press-Media/Press-Releases/2007/The-Virginia-Tech-Tragedy-Distinguishing-Mental-II>. Accessed 10 October 2019
- Newman, J. M., Turnbull, A., Berman, B. A., Rodrigues, S., & Serper, M. R. (2010). Impact of traumatic and violent victimization experiences in individuals with schizophrenia and schizoaffective disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(10), 708–714.
- Norko, M. A., & Baranoski, M. V. (2005). The state of contemporary risk assessment research. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 50(1), 18–26.
- Norström, T., & Pape, H. (2010). Alcohol, suppressed anger and violence. *Addiction (Abingdon, England)*, 105(9), 1580–1586.
- Patterson, A., Sonnweber, M., Lau, S., Günther, M. P., Seifritz, E., & Kirchbner, J. (2021). Schizophrenia and substance use disorder: Characteristics of coexisting issues in a forensic setting. *Drug and alcohol dependence*, 226, 108850.
- Pedersen, G., & Karterud, S. (2012). The symptom and function dimensions of the Global Assessment of Functioning (GAF) scale. *Comprehensive psychiatry*, 53(3), 292–298.
- Pedersen, W., & Skardhamar, T. (2010). Cannabis and crime: findings from a longitudinal study. *Addiction (Abingdon, England)*, 105(1), 109–118.
- Petit J. R. (2005). Management of the acutely violent patient. *The Psychiatric clinics of North America*, 28(3), 701–710.
- Pickard, H., & Fazel, S. (2013). Substance abuse as a risk factor for violence in mental illness: some implications for forensic psychiatric practice and clinical ethics. *Current opinion in psychiatry*, 26(4), 349–354.
- Popovici, I., Homer, J. F., Fang, H., & French, M. T. (2012). Alcohol use and crime: findings from a longitudinal sample of U.S. adolescents and young adults. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 36(3), 532–543.
- Powell, G., Caan, W., & Crowe, M. (1994). What events precede violent incidents in psychiatric hospitals?. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 165(1), 107–112.

- Priebe, S., Frottier, P., Gaddini, A., Kilian, R., Lauber, C., Martínez-Leal, R., Munk-Jørgensen, P., Walsh, D., Wiersma, D., & Wright, D. (2008). Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 59(5), 570–573.
- Rockville, MD: Office of the Chief Medical Officer, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. ( 2019). *Civil Commitment and the Mental Health Care Continuum: Historical Trends and Principles for Law and Practice*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Rudolph, M. N., & Hughes, D. H. (2001). Emergency assessments of domestic violence, sexual dangerousness, and elder and child abuse. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 52(3), 281–306.
- Rueve, M. E., & Welton, R. S. (2008). Violence and mental illness. *Psychiatry (Edgmont (Pa.: Township))*, 5(5), 34–48.
- Rund B. R. (2018). A review of factors associated with severe violence in schizophrenia. *Nordic journal of psychiatry*, 72(8), 561–571.
- SANE Australia. (2008). Violence and mental illness, SANE factsheet 5. Available: [http://www.sane.org/information/factsheets/violence\\_and\\_mental\\_illness.html](http://www.sane.org/information/factsheets/violence_and_mental_illness.html). Accessed 10 October 2019
- Sartorius N. (1998). Stigma: what can psychiatrists do about it?. *Lancet (London, England)*, 352(9133), 1058–1059. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)08008-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(98)08008-8)
- Saya, A., Brugnoli, C., Piazzini, G., Liberato, D., Di Ciaccia, G., Niolu, C., & Siracusano, A. (2019). Criteria, Procedures, and Future Prospects of Involuntary Treatment in Psychiatry Around the World: A Narrative Review. *Frontiers in psychiatry*, 10, 271.
- Sells, D. J., Rowe, M., Fisk, D., & Davidson, L. (2003). Violent victimization of persons with co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 54(9), 1253–1257.
- Serper M. R. (2011). Aggression in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 37(5), 897–898.
- Shaw, J., Hunt, I. M., Flynn, S., Meehan, J., Robinson, J., Bickley, H., Parsons, R., McCann, K., Burns, J., Amos, T., Kapur, N., & Appleby, L. (2006). Rates of mental disorder in people convicted of homicide. National clinical survey. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 188, 143–147.
- Shepheld, M., & Lavender, T. (1999) Putting aggression into context: An investigation into contextual factors influencing the rate of aggressive incidents in a psychiatric hospital, *Journal of Mental Health*, 8:2, 159-170, DOI: 10.1080/09638239917535

- Skeem, J. L., Monahan, J., & Mulvey, E. P. (2002). Psychopathy, treatment involvement, and subsequent violence among civil psychiatric patients. *Law and human behavior*, 26(6), 577–603. <https://doi.org/10.1023/a:1020993916404>
- Soyka, M. (2000). Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 176(4), 345-350. doi:10.1192/bjp.176.4.345
- Steadman, H. J., Mulvey, E. P., Monahan, J., Robbins, P. C., Appelbaum, P. S., Grisso, T., Roth, L. H., & Silver, E. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of general psychiatry*, 55(5), 393–401.
- Steven M. Silverstein, Jill Del Pozzo, Matthew Roché, Douglas Boyle & Theresa Miskimen (2015) Schizophrenia and violence: realities and recommendations, *Crime Psychology Review*, 1:1, 21-42, DOI: 10.1080/23744006.2015.1033154
- Stuart H. (2003). Violence and mental illness: an overview. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2(2), 121–124.
- Swanson, J. W., Holzer III, C. E., Ganju, V. K., & Jono, R. T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Psychiatric Services*, 41(7), 761-770.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, R. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., & Lieberman, J. A. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, 63(5), 490–499.
- Swanson, J. W., Van Dorn, R. A., Monahan, J., & Swartz, M. S. (2006). Violence and Leveraged Community Treatment for Persons With Mental Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1404–1411.
- Swanson, J. W., Van Dorn, R. A., Swartz, M. S., Smith, A., Elbogen, E. B., & Monahan, J. (2008). Alternative pathways to violence in persons with schizophrenia: the role of childhood antisocial behavior problems. *Law and human behavior*, 32(3), 228–240.
- Swanson, J., Borum, R., Swartz, M., & Hiday, V. (1999). Violent behavior preceding hospitalization among persons with severe mental illness. *Law and human behavior*, 23(2), 185–204.
- Taylor P. J. (1985). Motives for offending among violent and psychotic men. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 147, 491–498.
- Teplin L. A. (1990). The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees: comparison with the Epidemiologic Catchment Area Program. *American journal of public health*, 80(6), 663–669.

- Torrey E. F. (1994). Violent behavior by individuals with serious mental illness. *Hospital & community psychiatry*, 45(7), 653–662.
- Torrey E. F. (2002). Stigma and violence. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 53(9), 1179. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.9.1179>
- Torrey, E. F., Stanley, J., Monahan, J., Steadman, H. J., & MacArthur Study Group (2008). The MacArthur Violence Risk Assessment Study revisited: two views ten years after its initial publication. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 59(2), 147–152.
- Van Dorn, R. A., Swanson, J. W., Elbogen, E. B., & Swartz, M. S. (2005). A comparison of stigmatizing attitudes toward persons with schizophrenia in four stakeholder groups: perceived likelihood of violence and desire for social distance. *Psychiatry*, 68(2), 152–163.
- Varshney, M., Mahapatra, A., Krishnan, V., Gupta, R., & Deb, K. S. (2016). Violence and mental illness: what is the true story?. *Journal of epidemiology and community health*, 70(3), 223–225.
- Volavka J. (2013). Violence in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatria Danubina*, 25(1), 24–33.
- Wallace, C., Mullen, P. E., & Burgess, P. (2004). Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *The American journal of psychiatry*, 161(4), 716–727.
- Wallace, C., Mullen, P., Burgess, P., Palmer, S., Ruschena, D., & Browne, C. (1998). Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 172, 477–484.
- WHO global consultation on violence and health (1996). *Violence: a public health priority*. Geneva: World Health Organization.
- Witt, K., van Dorn, R., & Fazel, S. (2013). Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PloS one*, 8(2), e55942.
- World Health Organization. (2014). *Mental health atlas*. Geneva (Switzerland): World Health Organization.
- Wynn, R. (2018). Involuntary admission in Norwegian Adult Psychiatric Hospitals: A systematic review. *International Journal of Mental Health Systems*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0189->
- Yu, R., Geddes, J. R., & Fazel, S. (2012). Personality disorders, violence, and antisocial behavior: a systematic review and meta-regression analysis. *Journal of personality disorders*, 26(5), 775–792.

