

## התנהגות עבריינית ואינתיגר פסיכיאטרי

משה ארז

המחלקה לקרימינולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן, רמת-גן

ג'ורא י"ג

בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת תל-אביב, תל-אביב

סביבתיות, ורק מיעוטם (12.7%) כסימפטום של המחלה או כביטוי מקדים להופעת המחלה (4.7%). מסתבר, איפוא, כי ההתנהגות העבריינית של חולי הנפש נובעת לרוב מאותם גורמי מצב ואישיות הפרועים על העבריין שאינו חולה נפש. מכאן, שעבריינותם של חולי הנפש, אינה כהכרח תולדה של המחלה, אם-כי זו מורידה את ה"סף העברייני" של החולה ובכך היא מביאה, במקרים מסוימים, להופעתה של העבריינות.

עבריינותם של החולים יכולה להיות מופנית כלפי עצמם (התאבדויות, פציעות וכד') או כלפי זולתם. כאשר היא מופנית כלפי הזולת, היא יכולה להתבטא בפגיעה גופנית ישירה (פגיעה, תקיפה, רצח, נסיונות לרצח, איומי רצח וכד'), או פגיעה כאישיות המוסרית של הזולת (מכתבים אונימיים, הלשנות שווא, אונס, פגיעה בכללי המוסר, פדופיליה, אקס-היביציונים, וכד'). יש והפגיעה מופנית אל רכושו של הזולת, כמו גניבות, הצתות ושאר נזקים.

ההתנהגות העבריינית יכולה להופיע בטרם מחלה, בשלבים הראשונים של המחלה או אחרי התפרצותה והתבססותה של המחלה. כש-העבריינות מופיעה בשלבים הראשונים של המחלה, היא מתבטאת בהתפרצויות של ריב ומדון, בהבעת טינה כלפי הזולת, וכד'. לעיתים

מבוא

הקשר בין ההתנהגות העבריינית ובין ההפרעות הנפשיות העסיק רבים, אך המחקר האמפירי נחלום זה מצומצם. חוקרים כמו ג'וז (1976) וסאסווסקי (1978) השתמשו בשיטות סטא-טיסטיות, בכדי לבדוק את מידת שכיחותה של העבריינות בקרב חולי הנפש בהשוואה להופעתה באוכלוסיה הרגילה. ההתעניינות העיקרית של החוקרים הוסבה סביב השאלות הכמותיות, שבאמצעותן ביקשו לרעה על הקשר שבין שתי התופעות. חשוב לציין, כי אחוז חולי הנפש בין העבריינים הוא יחסית נמוך ונע מסביב ל-2%. פעילותם העבריינית היא פולימורפית. רוב המבצעים אותה הם חולים פסיכויים או פסיכופתים, כשחלקם של הגורדטים הוא מועט ונע בין 1% ל-1.5% (השווה עם בנזש ואח', 1977, 1981; טננט ואח', 1974).

אוד (1976, 1978, 1980, 1981) וכן בנזש ועמיתיו (1976, 1978, 1981), ביקשו לעמוד מחד-גיסא, על המאפיינים ההתנהגותיים הייחודיים של חולי נפש עבריינים, ומאידך-גיסא, על הגורמים שהובילו את האוכלוסיות הללו להתנהגותן העבריינית. כך נמצא, למשל, כי רוב (63.4%) העבריינים החולים נסכיזופרניה, שנחקרו על-ידי אוד (1980; עמ' 64), ביצעו את עבירותיהם כתולדה של השפעות

קטגוריה איבחנית. סביר, איפוא, להניח כי קטגוריות איבחון הדומות באופן יחסי זו לזו בסמיני המחלה (הסימפטומטולוגיה) הקלינית, תהיינה קשורות בדמיון באיפיון העברייני.

קיימות ההשערות הנוספות שהן תולדה מן המידגם. לצורך מחקר זה, נעזרנו בשבע קטגוריות איבחניות לסיווג המידגם, האיבחונים נקבעו על-ידי הצוות המטפל, שהרוח המכוונת אותו היא רפואית-פסיכיאטרית. במידגם היו חולי פרנויה, חולי סכיזופרניה (עם דליריום ובלעדיו), פסיכופתים, רבילים, אפילפטיים ואלכוהוליסטים. המיון הושתת על האיבחון של הרפואה ושל הרפואה הפסיכיאטרית הצרפתית, השונה במקצת מן האמריקנית (ראה ארד, 1981). כפי שיובהר להלן, כל אוכלוסיית המחקר נלקחה מהמרכז הרפואי של קארילאק (צרפת). נבחנו כל 518 המאושפזים שעברו את המרכז הזה בין השנים 1967 ועד 1976 וביניהם גם הקטגוריות של אוכלוסיות ייחודיות, שאינן חולות במחלות נפש. כל המאושפזים שהו במרכז הרפואי-פסיכיאטרי שבקארילאק, על פי צו של בית-המשפט.

על בסיס ההכרחה הכללית עם המעורבות המינית, ניתן להעלות מספר השערות בקשר לדמיון ולשוני בין הקטגוריות הללו. ראשית, ניתן להניח, כי הקטגוריה של הרבילים תהיה שונה מן האחרות (ארד, 1974; ארד ובנוש, 1980), כיוון שזוהי הקטגוריה היחידה הקשורה כמובנות שכלית. שנית, סביר להניח, כי יהיה קיים שוני בין הקבוצות במובנים של הפעילות הכללית שלהן, כאשר הסכיזופרנים ללא דליריום, מחד-גיסא והרבילים, מאידך-גיסא, יהיו שונים מהסכיזופרנים עם דליריום מחולי הפרנויה.

השערה שלישית נוגעת למידת הריחוק של הנבדק מהמציאות. האלכוהוליסטים והסכיזופרנים ידורגו כמרוחקים מהמציאות ואילו פסיכופתים, אפילפטיים ואולי גם רבילים (שלא קטגוריות של מאושפזים שאינם חולי מחלות נפש) ידורגו כקרובים יחסית למציאות.

קורה שהחולה תוקף, באופן אקטיבי, את כן משפחתו או את שכנו הקרוב אליו, ורק לעיתים רחוקות יותר הוא תוקף אדם זר.

#### מטרה

מטרתו של מחקר זה היא לבדוק האם האבחנה הרפואית או הרפואית-פסיכיאטרית של סוגי החולי תואמת את הדיפרנציאציה המתקבלת מההתנהגות העבריינית. שאלה זו הועלתה על-ידי חוקרים אחדים (גאון, 1977; זיטרין, 1976; לאנגסליי, 1975); שהתמקדו בהתנהגות האלימה של חלק מחולי הנפש. מקובל לחשוב, כי בקרב עבריינים אלימים יש אחוז גבוה מן הרגיל של פסיכופתים או של אנשים הסובלים ממחלה ייחודית, כמו אפילפסיה או מסוגים אחרים של מופרעות או אי-תקינות נפשית או שכלית.

#### השערות

ההנחה המונחת ביסוד המחקר הנוכחי היא, כי התנהגותו העבריינית של אדם משקפת, בין היתר, את אישיותו ובמידה מסוימת גם את מצבו הפתולוגי. אימותה של השערה זו יביא למסקנה, כי קטגוריות הומוגניות (מבחינת האבחנה) של חולי נפש בעלי עבר פלילי תהיינה, באופן יחסי, הומוגניות לגבי סוגי העבירות המבוצעות על-ידם. הוא-זהו גם לגבי קטגוריות ייחודיות נוספות (אפילפסיה, פיגור שכלי, פסיכופתיה). למעשה, אין לצפות כי הומוגניות זו תהיה גבוהה מאד, כיוון שהן העבירה והן האיבחון הרפואי או הרפואי-פסיכיאטרי לוקים בעודף קטגוריות מעורפלות, שחוצאתן מהימנות יחסית נמוכה במיון ובאיבחון (ארד, 1977). הנחה אחרת, שניתן להקיש מן הראשונה, היא כי הדמיון והשוני בין העבירות המבוצעות על-ידי חולים מאושפזים משקפים את הצדדים השונים והשונים כמצבם הנפשי. כמילים אחרות, ככל שגדל הדמיון בין עבירותיהם של שני חולים, כך תגדל גם הסבירות של השתייכותם לאותה

שיטה

ובדקים. המידגם, שכלל 518 נבדקים, היווה את כל האוכלוסיה שאושפזה בין השנים 1967-1976 במרכז הרפואי-פסיכיאטרי של קאדילאק (צרפת). מרכז רפואי זה נפתח בשנת 1963, בהתאם לתקנה מיוחדת בחוק (תקנה 109 מה-5 ביוני 1950). הוא מאכלס בתוכו עבריינים מסוכנים, המחאפיינים בחולי נפשי, או במופרעות הנכעת מליקויים באישיותם (פסי-נופתיות) או מפיגור שכלי, וכן חולים אפילפטיים. בנוסף לכך, מצויים במרכז רפואי-פסיכיאטרי זה עבריינים שהם חולי נפש, הנתונים להסתכלות על להעמדתם למשפט. החיקים הפליליים של החוסים נבדקו בעבודתיהם מוינו לשלוש קטגוריות: א. עבירות שהופנו כאופן אקטיבי כלפי גי-אדם.

ב. עבירות רכוש.

ג. עבירות שונות.

לצרכי עבודה זו, קיבצנו את סוגי העבירות השונים לשבע קטגוריות: רצח וניסיון לרצח, אלימות פיזית לשני סוגיה (עקב שכרות או עקב גורם של אופי), איומים, הצתה, גניבה (שני הסוגים), אונס וניסיון לאונס, שונות.

עיבוד הנתונים

התפלגות העבירות ככל קבוצת אבחנה הושוותה לזו של כל קבוצת אבחנה אחרת (למשל: הפרנזיים הושוו לדכילים, לפסיכופתים, וכו'), ונערך חישוב של מובהקות ההבדל ביניהן ( $\chi^2$ ). לערכים שנתקבלו נערכה טרנספורמציה למקדמים של Phi. מקדמים אלה סיפקו מדד להשוואה לגבי ההתנהגות העבריינית בין שבע קבוצות האבחנה.

לוח 1

הדמיון בין ההתנהגות העבריינית בקטגוריות השונות של האיבחון הרפואי

איבחון	מרווח	מרווח	מרווח	מרווח	מרווח	מרווח	מרווח
מרווח	1.00						
סכיזופרניה	.53	1.00					
סכיזופרניה מלווה בדליריוז	.62	.19	1.00				
אלכוהוליזם	.48	.54	.59	1.00			
פסיכופתיה	.84	.53	.41	.57	1.00		
אפילפסיה	.61	.50	.50	.50	.66	1.00	
מיגור שכלי בדרגת הדביליות	.63	.27	.18	.48	.40	.41	1.00

המקדמים בלוח 1 עובדו באמצעות  $\chi^2$  (Smallest Space Analysis (SSA). טכניקה זו ממקמת ערכת נקודות במרחב האוקלידי הקטן ביותר שיחסי המרחבים בין הנקודות יהיו דומים לחסי הקשרים בין המשתנים. במילים אחרות, כל פיזור של נקודות שהמרחקים ביניהן

יעניקו לנו משמעות: אם המרחק לנקודה B הוא קצר יותר מן המרחק C, פירושו של דבר הוא שהיחס בין A ו-B חזק יותר מאשר היחס בין A ו-C (לתיאור מפורט יותר ראו

## תוצאות

א. אופיה של העבירה

לוח 2 מתאר את התפלגות עבירותיהם של 518 הנבדקים, מהם 127 חולי נפש, 85 מפגרים בשכלם, 210 פסיכופתים, 35 אלכוהוליסטים, ושכללו התנהגויות סטיות או אסורות, שלא היו

לוח 2

התפלגות ההתנהגות העבריינית בין הקטגוריות הפסיכיאטריות השונות

אחוז	סך-הכל	עבירות המופנות		עבירות המופנות כלפי אדם				סוג העבירה	
		עבירות שונות	כלפי רכוש	אונס	ניסיון אלימות וניסיון רצח לרצח	פיזית לאונס	רצח לרצח		
7.7	40	8	0	4	1	7	6	14	פונדק
8.7	45	5	1	13	5	7	4	10	סכיופריים ללא דליריום
6.2	32	2	0	5	5	8	4	8	סכיופריים פנואידים
1.9	10	4	0	0	0	1	3	2	סכיופריים מסוגים שונים
40.5	210	18	3	131	20	23	4	11	פסיכופתים
16.4	85	14	8	22	12	15	5	9	דבילים
6.7	35	14	0	2	5	8	2	4	אלכוהוליסטים
4.8	25	4	4	3	1	10	2	1	אפילפטים
6.9	36	4	7	7	4	4	2	8	שונות
—	518	73	23	187	53	83	32	67	סך-הכל
99.8	—	14.1	4.4	36.1	10.1	16	6.1	13	אחוז

לאמוד את המרחק או את עוצמת הקשר בין האיבחון הרפואי או הרפואי פסיכיאטרי לבין ההתנהגות של החולה. (עיין בתרשים 1). בדיקה תרשים זה מגלה, כי המפגרים בשכלם (הדבילים) מהווים את הקטגוריה השונה ביותר, כלומר, מקדם ה-Phi הממוצע הוא 0.396, והינו הנמוך ביותר מבין שבע הקטגוריות.

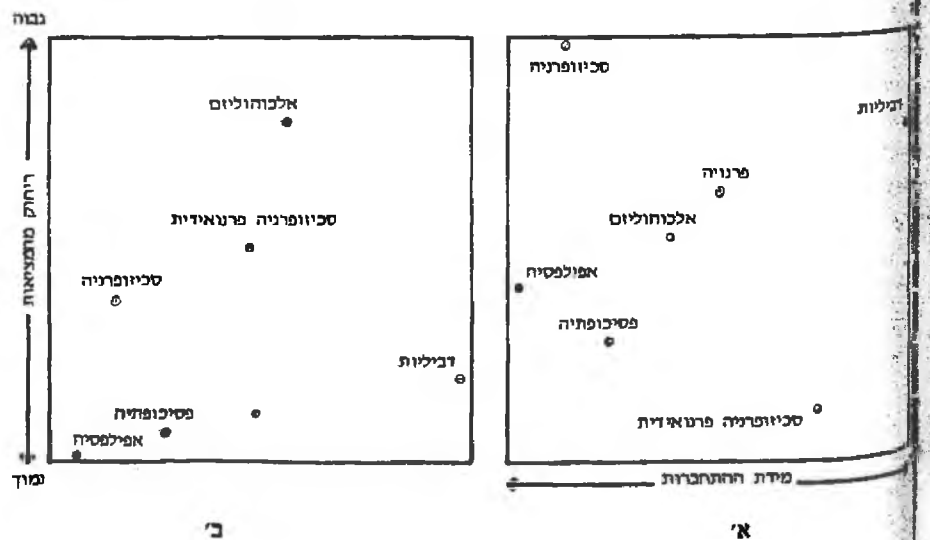
תרשים זה מציג כפנינו את שני המקדמים הראשונים והחשובים ביותר, מתוך הפתרון התלת-ממדי שהושג על-ידי ה-Smallest Space

אלא בגדר איומים לביצוע מעשה אסור, ניתן לסווג את כל שאר העבירות כמופנות כלפי בני-אדם או כנגד רכוש, כפי שמתואר בלוח 3. מלוח 3 עולה, כי עבירותיהם של בני כל הקבוצות, זולת הפסיכופתים, היו מופנות כלפי בני-אדם בסדר העולה דלהלן: מפגרים, אפילפטים, סכיופריים ואלכוהוליסטים.

ב. פעילות עבריינית ומעורבות במציאות. כפי שצויין לעיל, ניתן להעזר במקדמי Phi בכדי

לוח 3  
התפלגות ההתנהגות העבריינית

סך-הכל	עבירות נגד רכוש	עבירות נגד אדם	סוג העבירה	איבחון רפואי
92	23	69	מספר	זולי
100	25	75	אחוז	סכיופרניה
71	30	41	מספר	מפגים
100	42.23	57.77	אחוז	(דבילות)
210	152	58	מספר	פסיכופתים
100	72.38	27.62	אחוז	
21	2	19	מספר	אלכוהוליטיה
100	9.52	90.48	אחוז	
21	7	14	מספר	אפילמטים
100	33.33	66.67	אחוז	



חולי ואיפיונים אישיותיים

הנמוך ביותר. אכן, הקטגוריית הרפואיות של חולים אלה תואמות את הממצאים.

מעניין במיוחד לציין עד כמה קרובים כלומר דומים, האפילפטים לפסיכופתים: בשני מצבים אלה אין הגבדקים סובלים כמעט מליקוי בתפקודם הקוגניטיבי. ואכן, כפי שצויין לעיל, קטגוריות אלו אינן צריכות להחשב כגדר "חולי נפש". במילים אחרות, דפוסי הדמיון והשוני בין ההתנהגויות העברייניות תואמים במידה רבה את מה שניתן לצפות על בסיס האיבחון הרפואי או הפסיכיאטרי.

#### דיון

באופן כללי ניתן לראות, כי עבריינותם של החולים הפסיכופטים הינה המסוכנת ביותר, שכן היא מחבטת באלימות ובתוקפנות פיסית, המגיעה לעיתים קרובות עד כדי רצח. עבריינותם של האלכוהוליסטים הינה אלימה ביותר, זו של האפילפטים תוקפנית אף היא, זו של המפגרים מופנית "כנגד הכל", חו של הפסיכופתים מופנית יותר כלפי רכוש. סכר להינה, כי המידגם שלפנינו אינו מייצג את הפסיכופתים באופן כללי. העברייני המוגדר כפסיכופת, אינו זוכה בדין בשל הכרה בחוסר אחריות פלילית, ולכן הוא מוצא את מקומו בבתי-הסוהר הרגילים. העברתו למרכז רפואי פסיכיאטרי נובעת מחוסר אפשרות להוסיף ולהחזיקו בבית-סוהר רגיל. לכן, מועברים למרכז הרפואי רק פסיכופתים עם בעייתיות מיוחדת.

המחקר מראה, כמו-כן, כי האיפיון העברייני של הקטגוריות הרפואיות שנחקרו הוא בעל משמעות. ברור לנו, שההתנהגות העבריינית אינה חייבת להיות תולדה ישירה של המחלה, וברוב המקרים, אף אינה כזאת. סכר גט להינה, כי רקע של סכיזה פתוגנית יש בו כדי לסייע בקליטתם של דפוסי התנהגות שלילית. בחו שבחלק מהמקרים (אפילפטים, מפגרים) המחלה או המצב המיוחד של הנבדק יכולים להיות גורם מסייע למעבר מהתנהגות נור

Analysis שלנו. העדפנו לבחור בפתרון התלת-ממדי, היות והוא מציג שיפור משמעותי ביחס לפתרון הדו-ממדי, בהגיעו למקדם ניכור של 0.11 (אנאלוגי למיתאם מרובה של 0.18). עיון בתרשים וא מראה, כי המימד הראשון (ציר ה-X) יוצר קשר לשני יסודות ב"התנהגות החריגה" של החולים. משמאל נמצא את הסוטים החברתיים והאימפולסיביים באופן יחסי (שכאן הם הדבילים), בה כשעה שכמד ימין נמצא את הכוזדים והמבודדים (האפילפטים מחד-גיסא וחולי הסכיזופרניה ללא דליריום מאידך-גיסא). במידה והסבר זה של הממדים אכן תקף, יהא זה מענייננו לציין עד כמה קרוב הסבר זה לקונצפטואליזציה של אייסק גלבי ציר ההצנה (אקסטרברט-אינטרברט): האקסטרברט, לפי תפישתו, הוא בעל אישיות חברתית ואימפולסיבית, בעוד שהאינטרברט נוטה למיעוט קשרים חברתיים ולריסון בתגובותיו. נראה, אם כן, שסוג הסימפטומים הפסיכיאטריים (המתבטא באבחנה) וסוג העבירה הפלילית מצליחים לשקף את ההבדלים בין דפוסי האישיות השונים.

המימד השני (ציר ה-Y) נראה קל יותר להסבר. הוא מבדיל, לכאורה, בין אקטיביות ובין פסיביות לפי האיבחון הרפואי. אלה שדורגו גבוה על הציר, הם החולים הפעילים שאיבחנום הרפואי אכן מאשר זאת. כך גם לגבי החולים הסבילים והאדישים שדורגו נמוך על הציר. הקטגוריה היחידה שאינה נראית תואמת הסבר זה היא זו של הפסיכופתים, שלפי ציפיותינו, היתה צריכה להיות במקום גבוה על הציר, ואולם היא נמצאה במקום נמוך.

המימד השלישי (ציר ה-Z) הוא הברור ביותר. הוא מסווג את הקטגוריות הרפואיות והפסיכיאטריות על-פי ריחוקם של החולים מן המציאות. האלכוהוליסטים דורגו במקום הגבוה ביותר (כלומר — המנותקים ביותר מהמציאות), אחריהם מופיעים שני מצבי הסכיזופרניה (עם דליריום ובלעדיו), בה כשעה שהאפילפטים והפסיכופתים דורגו במקום

שיותית (פסיכופתית) או הליקוי האורגני המסוים (אפילפסיה) מאידך-גיסא, משפיעים על האדם, כך שהוא מסגל לעצמו דרכי התנהגות מסוימות המאפיינות את מצבו. בכוחה של הסביבה לחזק או להחליש דרכי התנהגות אלו.

#### מסקנות

מנתוני מחקר זה נראה לנו, כי ההתנהגות העבריינית של חולים, בקטגוריות הרפואיות שנחקרו, שיקפה בין היתר, את אישיותו של החולה ובמידה מסוימת גם את מצבו הפתולוגי. דבר זה מתבטא בכך, שבעלי אבחנות פסיכיאטריות דומות נטו להיות הומוגניים מבחינת סוגי ההתנהגות הפלילית שלהם. דבר זה מעלה את האפשרות שאת הקשר בין מחלות נפש לעבריינות יש לחפש במישור האיכותי, בהבחנה בין סוגי ההתנהגות, יותר מאשר במישור הכמותי. המבחין בין ההסכברויות השונות להתנהגות סוטה או הרסנית.

מטיבית להתנהגות תוקפנית או סוטה. במקרים אלה, ירודה יכולת הכלימה של הפרט מפני ביצועה של ההתנהגות האסורה ("סף עברייני" (מוך).

אפשר גם לטעון, שסביבה פחוגנית מונעת מהאנשים בקטגוריות הנחקרות את האפשרות הכריאה לבנות לעצמם מסגרת של מעצורים נפשיים (inner controls), שהיו מאפשרים להם להפקד בהתאם לנורמות המקובלות.

ככל זאת נראה מהמחקר, כי אישיותו של החולה, מצב בריאותו, התפתחותו הנפשית והשפעת תנאי הסביבה, גודלים אותו ל"סגנון חיים" מיוחד, ומולידים בו דרכי תגובה ייחודיות.

קשר זה בין האיפיון העברייני לבין האיבחון הרפואי אינו בבחינת צירוף מקרים גרידא. קיימות דרכים מספר להסביר את הקשר הזה. בוד, כי סוגים שונים של חולשה שכלית, מוצאים את השתקפותם בצורות התנהגות שונות (אדד 1974, 1981; פרנקשטיין 1971). שנית, החולי הנפשי מחד-גיסא, והמופרעות האי-

#### ביבליוגרפיה

- אדד, מ., עבריינות בין חולים פסיכופתים. עבריינות וסטייה חברתית, 1978, 6, 29-34.
- אדד, מ., אימונים בעבריינותם של סכיזופרנים. עבריינות וסטייה חברתית, 1980, 8, 21-75.
- אדד, מ., עבריינות בין חולים אפילפטיים. עבריינות וסטייה חברתית, 1981, 9, 27-34.
- Addad, M. and Benezech, M. Schizophrenia and Delinquency. *Annales Medico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 1977, 1, 1-33.
- Addad, M. and Benezech, M. The intellectually subnormal: Definition and eventual connection with delinquency. *Revue de Droit Penal et de Criminologie*, 1980, 5, 443-462.
- Addad, M., Benezech, M., Bourgeois, M., and Yessavage, J. Criminal acts among psychotic patients in french mental hospitals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1981, 169, 289-293.
- Benezech, M., Addad, M., and Robert, G. Clinical forms and dangerousness in schizophrenia. *Bordeaux Medical*, 1976, 20, 1610-1611.

- Benezech, M., Venkirsblick, D., Addad, M. and Bourgeois, M. Difficult and/or dangerous mental patients: Criminological investigation. *Annales Medico-Psychologiques*, 1978, 6, 641-675.
- Benezech, M., Addad, M. and Gasset, A. Criminology and Psychiatry. *Encyclopedie Medico-Chirurgicale*. Paris: Edition Masson, 1981.
- Bloombaum, M. Doing smallest space analysis. *Journal of Conflict Resolution*, 1979, 14, 409-416.
- Gunn, J. Chriminal behavior and mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 1977, 130, 317-329.
- Guze, S.B. *Criminality and Psychiatric Disorders*, New York: Oxford University Press, 1976.
- Langsley, D.G., and Barper, J.T. Community mental health in california. *Western Journal of Medicine*, 1975, 122, 271-276.
- Nunnaly, J.C. *Popular Conceptions of Mental Health*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1961.
- Ossowsky, L. Crime and violence among mental patients reconsidered in view of the new legal relationships between the state and the mentally ill. *American Journal of Psychiatry*, 1978, 135, 33-42.



כוחה של  
שעים של  
לי לפשט  
זוג זה של  
זוג שאנו  
יים למדי  
דים, ולא

מבוא  
1. בעזרת  
ניה בדבר  
כדיוני על  
ישם של  
זריאלים  
עיה ולא  
ה: לעמח  
מנוסחים  
נו כמעט  
ו מנסים  
ים קצרה  
חשיפת  
נע אני  
ת לשטח  
א יתחלק  
על בניית

## עבריינות בין חולים אפילפטיים

משה אדר

אורחות רגילות.<sup>8</sup> אכן, היעדר מיגבלות תיפקודיות והתייחסות רגילה כלפיהם, מסייעת להם בבניית הדימוי העצמי החיובי, ומקלה על השתלבותם החברתית.<sup>9</sup> שכוחות<sup>10</sup> האפילפסיה, באוכלוסיה הכללית, נעה בין 0.1%-0.5% בהתאם למחקרים השונים. במשפחות המטופלות במחלות עצבים ובמחלות נפש, היא מופיעה בשכיחות גבוהה של כ-10%. שיעור העבריינים<sup>11</sup> בין חולי האפילפסיה אינו גבוה רדומה לשיעור המצוי באוכלוסיה הכללית. תוך כדי ההתקף האפילפטי, אין חולים אלה מסוגלים במתכוון לבצע עבירה פלילית. הם גם לא יבצעו עבירה פלילית מכוונת, מיד לאחר ההתקף, כי בדרך כלל הם חסרי הכרה או שהכרתם מעורפלת או שהם נכנסים לתרדמה עמוקה.

במצבים האקויוולנטים-אפילפטיים,<sup>2</sup> שאין לשייכם לאפילפסיה והמהוורים, כנראה, תחליף להתקף האפילפטי, נמצא החולה במצב של אוטומטיזם. הוא עלול להיות אימפולסיבי ומסוכן. אם יבצע עבירה במצב זה, היא תידון על-פי ההגנה של "דחף שאינו פרי-כיבוש".<sup>12</sup> עבריינותו של האפילפטי, כעבריינותם של בני האוכלוסיה הכללית, הינה תולדה של גורמי מצב וגורמי אישיות. המחלה עצמה הינה גורם עקיף, שהשפעתה על האישיות חלויה בגורמי הסכיבה.

מטרת המחקר

1. לערוך קלאסיפיקציה של הפעילות העבריינית, באוכלוסיה מסוימת (25 חולים) של אפילפטיים מאושפזים על-פי צו בית-משפט.
2. להשוות את עבריינותם של החולים באפילפסיה לזאת של קבוצת חולים אחרות.

מבני האפילפסיה<sup>1</sup> הם אוסף של חוליים נוריר-פסיכיים, שמופיעה בהם הפרעה של פעולת המוח, כשהיא מלווה בהתפרקות חשמלית מטוימת בזמן ההתקף.<sup>2</sup>

מבני האפילפסיה מאופיינים על-ידי התקפים חוזרים, במירווחי זמן ובאורך זמן משתנה המשפיעים במידה זו או אחרת על הכרתו של החולה.<sup>3</sup> אפילפטיים אינם חולי-נפש. שכיחות החולי הנפשי בין האפילפטיים גבוהה מהממוצע האוכלוסיתי (סוטר, 1965), אך אין הוא תולדה ישירה מן המחלה.

כפוטנציה כל אדם הינו בחזקת אפילפטי.<sup>4</sup> ניתן ליצור התקף אפילפטי באופן ניסויי נמעבדה. אדם בריא, שאינו חולה אפילפטי, שיוחק לו קארדיאזול או חומר כימי דומה אחר או שיטופל באלקטרו-שוק, יגיב בהתקף אפילפטי.<sup>5</sup>

בין חולי הנפש, הלא אפילפטיים, קיימת נשכיחות מסוימת, התופעה הפסודואפילפטית.<sup>6</sup> חולים נורוטיים אלה מכיעים בהתקף האפילפטי חוקפנות או ביטוי תחליף למגע המיני.<sup>7</sup>

אישיותו של החולה האפילפטי, כדומה לזו של כולנו, היא תולדה של האינטראקציה שבין השפעות הגומלין של גורמי הסכיבה לבין אלה של גורמי התורשה. תגובותיהם והתייחסותם הטבעית של בני סביבתו הקרובה אליו, תסייע להתהוותה של אישיות בריאה ובעיצובו של אופי תקין.

החולים האפילפטיים, המקפידים על דרך הטיפול הרפואי המוכתב להם, מסוגלים לנהל חיים פתוחים או יותר תקינים ומסוגלים למלא את רוב התפקידים וכן לקחת חלק במטלות ובזכויות

לחלק אחר מהחולים (כמידגם של פורו ובארדנא 2/17 חולים, שהם 11.37% ואילו כמידגמו 10/23 חולים, שהם 43.48%). הוכרה אחריות מוגבלת. שאר החולים (5/23 : 3/17). הוכרו כבעלי אחריות פלילית.

לוח מס' 3

האחריות הפלילית: השוואת מידגמים

מידגם ב' מחקרנו				מידגם א' פורו ובארדנא				העבירה
אחריות פלילית	אחריות חסדי	סה"כ החולים	מידגם ב'	אחריות פלילית	אחריות חסדי	סה"כ החולים		
—	10	8	18	—	2	12	14	
2	—	—	1	2	—	—	2	
4	—	—	4	1	—	—	1	
5	10	8	23	3	2	12	17	

השוואה בין-קבוצתית  
מציגו לנוכח להשוות את עבריינותם של החולים האפילפטיים עם זו של החולים הפסיכופתים, ועם זו של חולים בסכיזופרניה, מאותו מרכז של העבירה.

לוח מס' 4

סוגי העבירות ושכיחותן בין שלוש קבוצות חולים

סוג העבירה	אפילפטיים		פסיכופתים		סכיזופרניים	
	%	מספר	%	מספר	%	מספר
א. רצח	4	1	11	5.24	32	27.36
ב. ניסיון לרצח	8	2	4	1.90	14	11.96
ג. איומים לרצח	8	2	9	4.29	8	6.84
ד. תקיפה ומציעה בעקבות שכרות	4	1	18	8.58	1	0.85
ה. תקיפה ומציעה	36	9	5	2.38	21	17.94
ו. ניסיון לאונס	4	1	3	1.42	7	5.98
ז. גניבה המלווה באגרסיביות	8	2	20	9.54	4	3.43
ח. גניבה	4	1	111	52.86	18	15.38
ט. השתתפות	16	4	3	1.42	1	0.85

(המשך לוח מס' 4 כעמוד הבא)

שהיו מאושפזים באוהה התקופה. (1967-1976). כאותו מרכז רטואי.

החולים, שעברו את המרכז הרטואי הזה השנים 1967-1976.

קלאסיפיקציה של העבריינות

אופי העבירה המובא בלוח מס' 1, כדלקמן. בהתאם לסעיף האישים על-פיו נשפט העבירה החולה. כשלוש הקבוצות נלקחו למידגם החולים.

לוח מס' 1

אפיוני הפעילות העבריינית של החולים האפילפטיים

העבירה	רצח	ניסיון לרצח	תקיפה ומציעה בנות שכרות	תקיפה בעקבות שכרות	גניבה מלווה באלימות	גניבה	הצגה	איומים לרצח	ניסיון לאונס	שנות	סה"כ
המספר	1	2	9	1	2	1	4	2	1	2	25
% האחוז	4	8	36	4	8	4	16	8	4	8	100

אם נושה לעצמנו לחלק את העבירות לכאלו שהן כנגד בני-האדם וכאלו שהן כנגד רכוש. יאפשר לנו להשוות את עבודתנו עם זו של הפסיכיאטרים הצרפתים, פורו ובארדנא, (1967-OT et BARDEMAT).

לוח מס' 2

השוואת מידגמים: קלאסיפיקציה של עבריינים אפילפטיים

האוכלוסייה המידגם של פורו ובארדנא	העבירה	עבירות נגד בני-אדם	עבירות נגד רכוש	שנות	סה"כ
מספר	14.00	3.00	1.00	18	
אחוז	77.78	16.67	5.55	100	
מספר	14.00	7.00	4.00	25	
אחוז	56.00	28.00	16.00	100	

לכאורה, נראה המידגם של פורו ובארדנא נאלים יותר. לאמיתו של דבר, בעבירות נגד רכוש. הכללנו כמידגמו גם עבירות רכוש שנעשו תוך כדי אלימות (שני מקרים), ואם שני המידגמים.

(המשך לוח מס' 4 מהעמוד הקודם)

סכיומרינים		פסיכופטים		אמילפטים		סוג העבירה
%		%		%		
2.56	3	0.48	1	8	2	י. ללא פרטים מספיקים
1.72	2	3.80	8	0	0	יא. אונס
3.41	4	3.80	8	0	0	יב. התנהגות לא מוסרית ללא ביצוע האקטוס ריאוס
1.72	2	4.29	9	0	0	יג. עבירות נגד המטרי
100%	117	100%	210	100%	25	סה"כ

עיונים בממצאים

אם נתמקד בשלוש חטיבות הפשיעה, שהן חלק מהפעילות העבריינית שנבדקה, נמצא:

סכיומרינים	פסיכופטים	אמילפטים	סוג העבירה
			גניבה
3.42	9.52	8	חוך תקיפה
<u>15.38</u>	<u>52.85</u>	<u>4</u>	ללא תקיפה
18.80%	62.37%	12%	
			תקיפה
0.85	8.57	4	חוך שיכרות
17.94	2.38	36	ללא שכרות
<u>3.42</u>	<u>9.52</u>	<u>8</u>	מלווה בגניבה
22.21%	20.47%	48%	
			סביב רצח
27.35	5.23	4	רצח
11.96	1.90	8	ניסיון לרצח
<u>6.83</u>	<u>4.28</u>	<u>8</u>	אידמים לרצח
46.14%	11.41%	20%	

הפעילות העבריינית בשלוש הקבוצות שומה הוא. הפסיכופת, בעשירתו העבריינית, יודע ומבין את אשר הוא עושה. הסכיומריני, יש ועשירתו העבריינית הינה בכוונה וברציה מלאה, יש והיא חולדה ישירה של מחלתו. עשירתם העבריינית של האמילפטים לא נראתה לנו כתולדה ישירה מהמחלה, אלא כהתנהגות היונקת מהסביבה ומהמצב שהיו החולים נתונים בו. ברוב המקרים קשה היה לנו לקבוע, אם העשירה העבריינית נעשתה מתוך כוונה וחילה,

עיון בלוח זה השוואתי הגיל מורה על כך, שהאמילפטים שבמידגם הנחקר, היו אגרסיביים בפעילותם העבריינית יותר מהפסיכופטים. התנהגותם התוקפנית (68%), דמתה לזו של הסכיומרינים (68.438%), אם כי היתה פחות קיצונית. הפעילות סביב הרצח היו שכיחות יותר בקבוצת הסכיומרינים, שכללה גם חולים כפריטיה. עבריינות הרכוש היתה שכיחה יותר בין הפסיכופטים. יש להדגיש, כי גם באותן עבירות כמו גניבה, תקיפה וכו', איפיונה של

וולתי אותם מקרים בודדים שבהם הכיר בית המשפט, כי החולים ביצעו את עבריינותם מתוך אחריות פלילית מלאה.

אכן, אם נשודה את ההתנהגות העבריינית, זו מול זו, של חולים אפילפטיים ושל חולים בטכיופרניה, וכן בין חולים אלה לבין החולים הפסיכופתים, ישוב ריתאשר הנאמר לעיל.

## לוח מס' 5

ההתנהגות העבריינית של חולי אפילפסיה מול עבריינותם של חולים פסיכופתים

שח"כ	איומי רצח	גניבה	אלימות - תקיפה ומציעה	ניסיון לרצח	רצח	מחלה	
						עבירה	מספר
140	9.0	111.0	5.0	4.0	11.0	מספר	פסיכופתיה אפילפסיה
100	6.4	79.2	3.6	2.9	7.9	%	
15	2.0	1.0	9.0	2.0	1.0	מספר	
100	13.3	6.7	60.0	13.3	6.7	%	
155	11	112	14	6	12	סה"כ	

$$\chi^2=68.4949 \quad d.f.=4 \quad p<.001$$

בהיבטה החברתי-משפטי, ולא הרפואי. פציי-לוחם העבריינית של הסכיופרנים ושל האפילפטיים התאפיינה, כמובא בלוח מס' 6, כאלימות (רצח, ניסיון לרצח, תקיפה ופציעה). מעניין היה לעמוד, כמתקן נפרד, על מניעה של אותה אגרסיביות.

פעילותם העבריינית של הסכיופרנים נבעה בחלקה הגדול מגורמים סביבתיים.<sup>13</sup> מתוך עיון בחקיקת החולה, נראה לנו להסיק מסקנה דומה גם לגבי החולים האפילפטיים, אף שכתבי-המשפט קישרו, בחלק נכבד מהמקרים (40%), את הפעילות העבריינית עם מהוחה של המחלה

## לוח מס' 6

ההתנהגות העבריינית של חולי אפילפסיה מול עבריינותם של חולים סכיופרנים

שח"כ	איומי רצח	גניבה	אלימות - תקיפה ומציעה	ניסיון לרצח	רצח	מחלה	
						עבירה	מספר
34	1.0	12.0	7.0	4.0	10.0	מספר	סכיופרניה
100	2.9	35.3	20.6	11.8	29.4	%	
15	2.0	1.0	9.0	2.0	1.0	מספר	אפילפסיה
100	13.3	6.7	60.0	13.3	6.7	%	
49	3.0	13.0	16.0	6.0	11.0	סה"כ	

$$\chi^2=12.4123 \quad d.f.=4 \quad p<.02$$

סוף דבר מהאמור עולה, איפוא, כי ההתנהגות העבריינית אצל אפילפטיים שנחקרו, לא היחה תולדה ישירה של המחלה, כי אם תוצאה (נורמלית) של השפעת הסכיכה. סכיר להניח, כי רקע של סכיכה פתוגנית היה בו כדי לסייע בקליטתם של דפוסי התנהגות שליליים. יתכן וכחלק מהמקרים המחלה כשלעצמה היוותה כשביל החולה גורם להיחלות בו, שסייע לו את המצבר מהתנהגות נורמאטיכית להתנהגות אגרוסיבית או סוטה. במקרים אלה, יודה יכולת הכלימה של הפרט מפני כיצועה של ההתנהגות האסורה ("סף עברייני" נמוך). אפשר להניח, שהסכיכה הפתוגנית מנעה מחולים אפילפטיים אלה לכנות לעצמם מסגרת של מפצרים נפשיים (inner controls), שהיחה מאפשרת להם לתפקד בהתאם לנורמות המקובלות.

הערות

1. אפילפסיה (יוניקה), לפנים קראו למחלה בשמות שונים: המחלה הקדושה, מחלה הנפילה, תקיפת שוכן ועוד. בתלמוד: חלה נקפה; כפיה וכן בעל הכפיה (אבן-עזרא — ספר הנסיונות).
2. לרמן (1917) מציע שלא להרחיב את היריעה הדיאגנוסטית של האפילפסיה, מעבר למבוסס על הידע הקליני והנירופיולוגי הברור. משום מכך הוא סובר, שיש להוציא מן השימוש את המונח "אקרוולנט אפילפטי" מכאן, שחבלות מוחיות הנורמות לשינויים בפעילות החשמלית של המוח והנדרות, לציתים, אירישאכיליות מוגברת ולשינויים בהתנהגות, ישייכו לקטגוריה נפרדת מאפילפסיה (שם, עמ' 235).

במצבי האפילפסיה הכאים מצבה של ההכרה של החולה, בזמן ההתקף, היא כדלקמן:

המצב האפילפטי	המצב ההכרתי בזמן ההתקף
ג'רנד מאל (Grand mal)	בזמן התקף החולה מחוסר הכרה. אחרי ההתקף, ההכרה מעורפלת, בהמשך, הוא חש עייפות ורטה לישון. בתום השינה הוא חוזר לצלילות הרע.
פטיס מאל (Petit Mal)	ישנו טשטוש הכרתי הנמשך, בדרך כלל, מספר שניות
ג'קסוניאן (Jacksonian) (קשורה בשמו של ג'קסון, 1861)	בהתחלת ההתקף החולה בהכרה, בהמשך הוא מאבד את הכרתו.
פסיכומטור (Psychomotor)	ישנו מצב של כלכול ההכרה, אך הפעילות האוטומאטית, הסרת המטרה, נמשכת, ההתקף נמשך מספר שניות או דקות ולציתים זמן רב יותר.
סטאטוס פטיס מאל (Status Petit mal)	הכרה מטושטשת ומעורפלת, הפרט מתקפד כרמה נמוכה, נטשה לאפתייה (עפ"י לרמן).

(ע"י ג'קסון ושוח, 1948 וכן פופילד וג'נספר, 1954).

מבירים על ה"סף האפילפטי" של האדם, הגמורד על-ישי מנת הקארדיאזול הדרושה, כדי להביאו לידי התקף אפילפטי (סוטר, 1965, עמ' 209, בקובץ של סוטר).

קארדיאזול (Cardiazol); קאמפר (Camphic) וכד'.

הנירוולוג הצרפתי שארקוי הבחין היטב בין מצבי אפילפסיה לבין המצבים הפסודיר-אפילפטיים המצויים בין תולי ההיסטריה. הוא ריכר על היסטריה עוריתית. אצל תולים אלה, כשעת ההתקף, רפלקס האישון נשאר במצבו הרגיל, אך כי קשה לפתוח את עיניהם. צבע פניהם של החולים הוא במקרים רבים אדום, שעה שאצל תולי האפילפסיה הוא כחול. תולים הפסודיר-אפילפטיים נטועים כשעת ההתקף, ירדעים ליפול במקום המתאים, כך שאין הם נפגעים פיזית.

זאת בהתאם לגישה הפסיכואנליטית. הרואה בסימפטום לגול מתק של קונפליקט בלתי מודע. חוקפניות: הם כאלו רצוחים את מאן-דווא, המהווה תחליף לרצח עצמם. הפעילות המוטורית של ההתקף האפילפטי היא האקרוולונט לעשיה התוקפנית. במקרים אחרים, מהווה מצב זה ביטוי של תחליף למגע המיני. (ע"י ג'קסון, 1967).

חחוק הישראלי מתייבם לשרת כצה"ל (זכות שהיא חובכה). הם רשאים להינשא, זכותם לעבודה, לעדות בפני בית משפט, לרשיודן-נהיגה (אחרי הצגת אישור רפואי ובהתאם להגבלות הועדה הממונה) וכד'.

מעניינת הגישה המתקדמת, המובעת על-ידי רכי משה בן-מימן (הלכות עדות, ט, הלכה ט'), שבהתבססו על המקורות התלמודיים (ראש השנה, כח, עמוד א' וכן בחובות כ עמוד א'), קובע את זכותו של האפילפטי להעיד וכי עדותו קבילה: "הנכפה (הוא האפילפטי) בעת כפירתו פסול ובעת שהוא בריא כשור, ואחר הנכפה מוזמן לזמן או הנכפה תמיד בלא עח קבע; והוא שלא תהיה רעתו משובשח חמיד, שהרי יש נכפים שגם בעת בריאותם רצוחם מיטרפת עליהם וצריך לחיישב בעדות הנכפין הרבה".

האנציקלופדיה העברית, כך חמישי, עמ' 200.

על-פי לרמן, 1977.

.12 בוק (תשכ"ד), עמ' 39-40.

.13 עיין אודר-במוש, 1978/79, עמ' 69-101; וכן בנוש ושות' 1977.

### ביבליוגרפיה

- אדד, מ'. עבריינות בין חולים פסיכופתים - עבריינות וסטיה חברתית, 1978, ו', 3-4, עמ' 34/29.  
 אדד, מ'. איפיונים בעבריינותם של סכיזופרנים - עבריינות וסטיה חברתית, 1980, ח', 2, עמ' 75-21.  
 בוק, י'. האחריות הפלילית של הלקוי בנפשו, ירושלים, הוצאת קרית ספר, תשכ"ד.  
 כהן, ש'. היבטים נפשיים של מחלת הנפילה, סעד, 1972, טז, עמ' 15-11.  
 לרמן, פ'. האם יש קשר בין אפילפסיה ופשיעה, עבריינות וסטיה חברתית, 1977, א', 4, עמ' 237-223.  
 שחם, ש' ג'; רהב, ג'; אדד מ'. קרימינולוגיה, הוצאת שוקן, 1980.

ADAD, M. BENEZECH, M., Schizophrenia and Delinquency. *Israel Studies in Criminology*, 1978/79, 5, 69-101.

ADAD, M. BENEZECH, M., BOURGEOIS, M., YESAVAGE, J. — Criminal Acts among Psychotic Patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, in press.

GLEBY, C. *The Social Psychology of the Child with Epilepsy*. Routledge and Kegan Paul, London, 1971.

BENEZECH, M., VANKEIRSBLICK, D., ADDAD, M., BOURGEOIS, M., Les Malades Mentaux Difficiles et/ou Dangereux. *Annales Medico-Psychologiques*, Paris, 1977, T.2, 4, 641-675.

BENEZECH, M., ADDAD, M., GRASSET, A., Criminologie et Psychiatric, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Paris, 89 p., in press.

ERVIN, F.R., Psychiatric Aspects of Epilepsy in: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Freedman and Kaplan (eds.), Baltimore: Williams and Wilkins, 1967.

GIBBS, E.L., GIBBS F.A., and FUSTER, B. Psychomotor Epilepsy. *Arch. Neurol. Psychiat.*, 1948, 60, 331-339.

LENN, J., *Epileptics in Prison*. Academic Press, London, 1977.

MINOX, G., *Epilepsy and Related Disorders*. Little Brown and Co., Boston, 1960.

ERVIN, F.R. and ERVIN, F.R. *Violence and the Brain*. Harper and Row, New York and London, 1970.

FIELD, W. and JASPER, H. *Epilepsy and Functional Anatomy of the Brain*. Boston: Little Brown, 1954.

LOT, A. et BARDENAT, C. *Anormaux et Malades Mentaux Devant la Justice Pénale*. Librairie Maloine, Paris, 1960.

LOT, A. *Manuel Alphabétique de Psychiatrie*. Presses Universitaires de France, Paris, 1965.