

234522

מספר מערכת:

המשתתפים

אוד משה, ד"ר, המחלקה לקרימינולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן רמת-גן

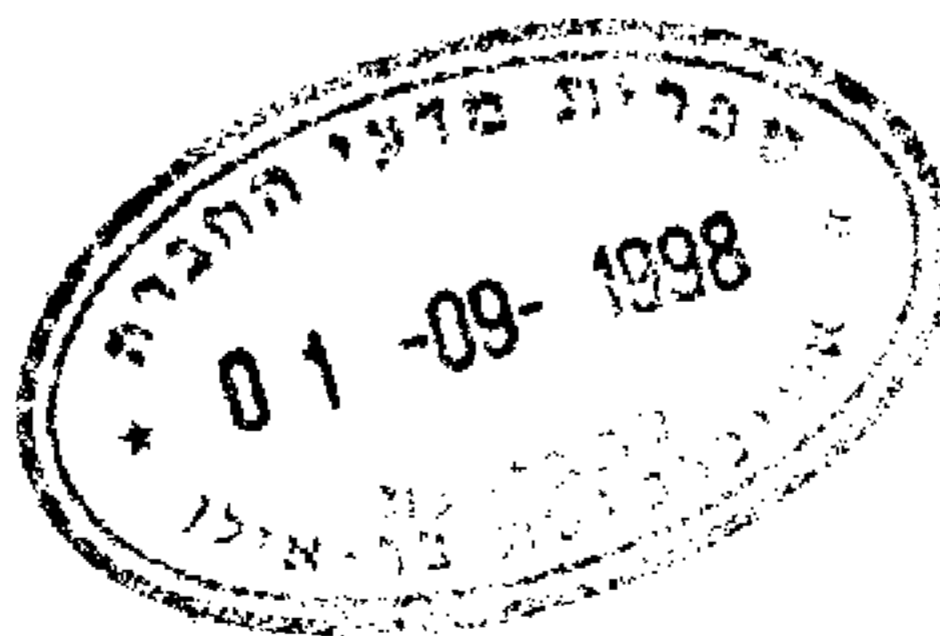
בזק יעקב, פרופ', ביהמ"ש המחוזי ירושלים והמחלקה לקרימינולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן, רמת-גן

בן-דוד, שרה, מ.א., המחלקה לקרימינולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן, רמת-גן, והמרכז לבריאות הגנש שירות בתי-הסוהר, רמלה

חפין יעל, ד"ר, המרכז לקרימינולוגיה, האוניברסיטה העברית, ירושלים

כהן יונה, פרופ', המחלקה לקרימינולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן, רמת-גן

נחשון ישראל, פרופ', המחלקה לקרימינולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן, רמת-גן



איפיונים בעבריינות של סכיזופרנים

משה ארד

המחלקה לקרימינולוגיה, אוניברסיטת ברייטלין, רמת-גן

זו כתולדה של מחלתו, ואילו אחרים סוברים, שהתגובה הסכיזופרנית היא תוצאה מההתמודדות הלקויה של הפרט עם בעיותיו הקיומיות, שלא הותירה לו ברירה, אלא להגיב בנסיגה פנימית לתוך עצמו, ולסגל לעצמו סגנון חיים הקרוי בשפתנו סכיזופרניה. החסמונת הסכיזופרנית כוללת צורות קליניות רבות. האבחנה ביניהן אינה קלה, ולא תמיד נחוצה לצורכי הטיפול. הצורות העיקריות הן:

1. הצורה הפשוטה (סכיזופרניה סימפלקס)
2. ההיפרניה
3. הצורה ההביודופרנית
4. הצורה הפראנואידית
5. הפראנויה
6. הקטאטוניה

1. בצורה הפשוטה מופרע בעיקר התחום הרגשי. מופיעה דלות רגשית, דלות המחשבה, ריקנות והבעות מוזרות (מוזרויות למיניהן). החולה חסר כוח רצון וחסר יוזמה. האפאתיה הקיצונית שלו היא אבן נגף בפני המטפלים. הוא אינו סובל מהלוצינציות או מדלוזיות. בין החולים בצורה זו יש הפונים להתנהגויות עברייניות. ובין החולות יש העוסקות בזנות.

2. ההיפרניה הוא טיפוס הקשה להגדרה ולאבחון. מצויה אצל החולה דיסאינטגרציה מהירה של האישיות. מחשבותיו מלוות בדלוריות אירציונליות ובלתי שיטתיות, אשר מלוות

הסכיזופרניה (השסעת) הינה מחלת גפש קשה, זמנית או קבועה. היא מאופיינת על ידי החלשתן או היעלמן של התחושות הרגשיות. אפשר לתאר חולי זה כ"סרטן הרגש". החולה מתנהג בצורה אדישה, צינית ואינטרסנטית (ברוך, 1959). מפעמות בו תחושות של ריקנות, של היעדר יכולת לקיים מגע חברתי, של התכנסות עצמית, ושל ניתוק קשרים עם העולם (מולאהי, 1967). חשיבתו איננה תקינה; היא דיריאלית או דיריאיסטית, מנותקת ממגע ישיר עם המציאות וניזונה בעיקר מבעיותיו של החולה. יכולתו האסוציאטיבית חלשה. דבר זה משפיע על מסוגלותו לחשיבה גורמלית. משום כך הוא מאבד את השליטה על מחשבותיו ועל מעשיו. לעיתים מופיעים מחשבות שוא, רעיונות תעתועים, דמיונות והזיות; הלוצינציות (תחושות ללא גירוי חיצוני) ודלוזיות (הלוצינציות מחשבתיות, כמחשבות רדיפה וכד'). הוא סובל מניתוק תכוף של חוט מחשבתו. יש והוא חש לחץ של מחשבות הרודפות אלו את אלו. קשה לו למקד את קישבו. העולם החושי מכביד עליו, היות והוא סובל מרגישות יתירה לאיכויות מסביבו. התמונה הכללית מצביעה על ירידה באינטגרציה של אישיות החולה, דפרסונאליזציה, וכן תחושות של היעדר יכולת להזדהות עם עצמו. מופיעות הפרעות בדרך שיחתו (דיבור מסביב לנושא, חזרה על מילים, יצירת מילים חדשות, ועוד). החולה נוטה להתכנס בתוך עצמו ולסגת מהמציאות. יש הרואים תופעה

בתחום החולי הסכיופרני. החולה בפראנויה מפתח לעצמו השקפת עולם בלתי מציאותית, ואינו מנסה לעשותה רלוונטית לחוקי הריאליה. החולה נראה כנורמלי בכל התנהגותו, בדיבורו, בשיתותיו, ובאופן ניתול חייו, כל עוד אין התחומים הללו מתנגשים בסיסטמה, אותה הוא פיתח ובנה לעצמו כהשקפת עולמו.

בדרך כלל, מחשבתו צלולה והגיונית. הוא ממשיך לתפקד בעשייתו היום-יומית, זולת התחומים שיש להם נגיעה לסיסטמה. אלימותו, אם תתגלה, תהיה עקב נגיעה בתחום הסיסטמה, או עקב דחף מהסיסטמה.

6. במצב הקטאטוני נמצא החולה באלם (מוטיזם). הוא נוקשה, כאילו הפסיק להתיחס אל המציאות ואל עולם החי והדומם. החולה נמצא במצב אינרטי. הוא יושב, שוכב, או עומד בצורה מסויימת. לעיתים, הוא מתקפל כעובר בכטן אמו ומסוגל להישאר בעמדה זו שעות ארוכות. בשעת ההתקף הקטאטוני, אברי ריני של החולה מתוחים, כאילו הם עשויים שעווה. פניו מביעות דיקנות. במצב זה מוסיף הקטאטוני לשמוע ולראות את כל המתרחש סביבו, אך בלא להגיב לגירויי הסביבה. ישנה מעין הפגנה תיצונית של יכולת אינטגרטיבית בית מושלמת מצד האישיות, על רקע מעורר ביותר. קורה שהחולה יוצא בפתאומיות, באופן בלתי צפוי, מהסטופור הקטאטוני, ועובר למצב של ריגזון קטאטוני, המתאפיין באי-שקט ובפעילות אלימה. במצב זה הוא מסוכן, כי הוא עלול לתקוף את המטפלים בו. יש המת-יחסים אל המצב הקטאטוני כאל מצב מסוים ולא כאל מחלת נפש (ברוך, 1958).

הסכיופרניה מצויה בכל מקום, אם כי בשינויים מסויימים. שכיחותה במערב היא מסביב ל-0.8%, ובמזרח היא פורצת בגילאים שונים, אך בתדירות גבוהה יותר בגיל ההת-בגרות והבגרות המוקדמת (16—26 שנים). נשים לוקות בה יותר מאשר גברים ביחס של (1:1.3). טוברים כי כ-15% מהחולים נמצאים מעורבים בהתנהגות עבריינית. לפעמים העבריי-

בהתפארות רבה ובגרגריוניות מודגשת. מופיי-עות הלוצינציות, בעיקר שמיעתיות. ההבפרני מראה תמונה קלינית של אדם שעשה רגרסיה: התנהגותו ילדותית, טיפשית, ולפעמים מופיעה התעניינות רבה בהפרשותיו. החולה נתקף לעיתים בתחושות של זעם, ואז רבה סכנתו לטובכים אותו.

3. הצורה ההבוידופרנית מציינת מצב קליני קל של ההבפרניה. החולה ההבוידופרני מתאפיין באפאתיה, בחוסר פעילות חברתית ובהיעדר יכולת של הסתגלות לקבוצה. הוא אינו פרודוקטיבי, לא לעצמו ובוודאי לא לוולתו. החולים מתקיימים בשולי הקבוצה ומנצלים את בני משפחותיהם בדרכי טירור למיניהם. לעיתים קרובות מוצאים ביניהם חולים המחנהגים באלימות כדרך להשיג את מבוקשם. שכיחה ביניהם ההתנהגות העבריינית, וכן הזנות בקרב הנשים.

ההבוידופרני איטי בפעולותיו המוטוריות, אך הוא אימפולסיבי בתגובותיו. הוא אינו שולט על תנועות המימיקה שלו, ומשום כך הוא מרבה "בעשית פרצופים". חיי הרגש שלו פגומים, בדומה למצוי בשאר הצורות הסכיופרניות.

4. בצורה הפראנואידית החולה חשדני וממורמר. הוא מגלה תגובות כעס, התנגדות ושנאה. הדלוזיות שכיחות מאוד בעיקר אלו המביעות סמכותיות; כוח, שלטון, שררה וכד'. הדלוזיות שיטתיות יותר מאשר בצורה ההבפרנית, והן מתפרסות על כל תחומי החיים. הפראנואידים מקיים קשר מסויים עם סביבתו. קשר זה טוב יותר מזה שמקיימים ההבפרני, ההבוידופרני או הסכיופרני הפשוט. הוא חשדן, ולכן הוא עלול להתנהג בצורה מרדנית או אלימה. הוא עלול לרצוח באכזריות, זמן ההכרח לעמוד על המשמר ולפקח עליו היטב.

5. החולה בפראנויה הוא הסכיופרני פרוני בעל הסיסטמה (שיטה). בחלק מהארצות האירופיות אין מכלילים את הצורה הזאת

למחצה. המרחק בין שאיפתו היסודית הזאת לבין תחושתו באשר להתגשמותה, הוא המניע את התנהגותו. פעולותיו והתנהגותו העבריינית של הסכיופרן הן מעין הכרזה על מצבו, המלווה בדרך כלל, בתחושות של נחיתות, של דחיה, של היותו לא רצוי, וכדומה (השווה עם לידו, 1962, ועם רוונצוויג, 1962).

בפוטנציה יכול כל אדם ליהפך לעבריין ולנהוג כעבריין, ובכל זאת, לא כל אדם מפר את החוק. הוא הדין בחולה הסכיופרני. לא כל סכיופרן הופך לעבריין, אם כי בכוח יכול היה כל סכיופרן לנהוג בדרך עבריינית.

ההתנהגות העבריינית הינה תולדה של מצב ושל אישיות הפועלת בתוככי אותו מצב. (אדד, 1976, אדד ובנוש, 1978). סכיופרן אינו נעשה עבריין מפני שהוא חולה-נפש. לא מצאנו שמתלת-הנפש בפני עצמה היא, באופן כללי, הגורם להתנהגות העבריינית, אלא שהיא תורמת לה את ה"סף העברייני" של החולה, ובכך הביאה, במקרים מסויימים, לעשייה העבריינית. יש וההתנהגות העבריינית קודמת להתפרצות המחלה, ואז נראה בבירור, שהמחלה איננה הגורם הבלעדי, ואף לא הגורם המכריע, של ההתנהגות העבריינית (השווה עם שוהם ואח' 1977 וכן 1980).

עבריינותם של החולים יכולה להיות מופנית כלפי עצמם (התאבדויות, פציעות), או כלפי זולתם. כאשר היא מופנית כלפי הזולת, היא יכולה להיות פגיעה גופנית ישירה (פציעה, תקיפה, רצח, נסיונות לרצח, איומי רצח, וכד'), או פגיעה באישיות המוסרית של הזולת (מכת-בים אנונימיים, הלשנות שוא, אונס, פגיעה בכללי המוסר, פדופיליה, אקהיביציניזם, וכד'). יש והפגיעה של הסכיופרן מופנית אל רכושו של הזולת, כמו גניבות, הצתות, ושאר גזקים. יש להבחין בין התנהגות עבריינית המופנית עה בשלבים הראשונים של המחלה, לבין התנהגות עבריינית המופיעה עם התפרצותה של המחלה או אחריה. כשהעבריינות מופיעה בשלבים הראשונים של המחלה, היא מתבטאת

נות קודמת להתפרצות המחלה, ולפעמים היא התגלות משנית של הסכיופרניה.

בשל גטייתם של חלק מן הסכיופרנים להתנהגות אלימה ועבריינית, הם מהווים תופעה חברתית הראויה לחשומת-לב, הן מעצם מהותה, והן מההיבט של ההתנהגות הסוטה. (אדד, 1976).

תופעת העבריינות בקרב החולים הסכיופרנים

תופעת העבריינות קשורה בפנומן החברתי. מקובל לחשוב, כי אדם מסויים הינו עבריין, אם הוא עבר על אחת הנורמות שנקבעו כאסורות על-ידי המחוקק. הנורמות החוקתיות הינן קבועות, כל עוד לא שונו על-ידי הריבון, והן חלות במידה שווה על הפרטים, שהם במהותם, בני אדם השונים זה מזה. המידה של הסטייה מן הנורמה מותאמת למידת יכולתו של הפרט להסתגל לאותן הנורמות (השווה עם ברוך 1960, 1974).

יש ועצם הדרישה להסתגלות נורמטיבית מהווה לחץ נפשי כל כך כבד על הפרט, שהוא נאלץ למרוד ולפשוע. המוטיבציה להתנהגות עבריינית היא תמיד אינדיבידואלית. התנאים הביולוגיים, וכן התנאים החברתיים והתרבותיים, אינם מהווים גורמי-תחליף למוטיבציה האישית של "להיות או לא להיות עבריין".

ההתנהגות על-פי החוק, או בניגוד לנורמה החוקית, מצביעה על סגנון חייו של הפרט. סגנון החיים, כדברי אדלר (1952), מרכיב את האינטרפרטציה של האדם על העולם ועל עצמו. המכלול כולו מושלך אל מחשבותיו, אל רגשותיו, אל רצונותיו, אל פעולותיו, אל חלומותיו ואל התנהגותו של הפרט.

על סמך עבודותינו נראה לנו, שהסכיופרן, ככל אדם אחר, שואף לשלוט במצב ולהשתייך אל הטובב אותו. הוא מחפש להגיע אל אותה מטרה, אליה שואפים שאר בני אנוש, וכל התנהגותו היא ביטוי ופועל יוצא של רצונו זה. רצון זה הוא בלתי מודע לחלוטין, או

בהתייחסות של טינה, בריב ובמדון, או בשנ-
אה כלפי בני המשפחה. לעיתים תוקף החולה,
באופן אקטיבי את בן משפחתו או את קרובו,
ולעיתים רחוקות יותר, יכול הוא לתקוף אף
אדם זר. במקרים אלה אין החולה יודע להס-
ביר, בדרך כלל, מדוע התנהג בצורה המסויי-
מת. נראה לנו, שאין הוא מבין בעצמו את
התנהגותו, וקשה לו להסבירה אף לעצמו.
יש והתנהגות העבריינית היא ביטוי חיצו-
ני למופרעות הנפשית. ברבים מן המקרים
העברייניים הללו, מתגלה המחלה מאוחר יותר.
לעיתים, מתפרצת המחלה בסוף ההליכים
המשפטיים, או בתקופת המאסר. יש והתנה-
גות העבריינית מתחילה בשוטטות. החולה
בפוטנציה עוזב את ביתו ומהלך ללא מטרה
מוגדרת, כשאין ביכולתו לעמוד בפני הדחף
לברוח, ללכת אל הבלתי נודע. בכל פוגה
(Fugues), ישנם, בדרך כלל, שלושה מאפיי-
נים: היא אינה צפויה מראש; קשה, או אי
אפשר, לתאר אותה כגורם ישיר למצב הנתון,
והיא מוגבלת בזמן. הפוגה (השוטטות ללא
מטרה) אצל הסכיזופרני, מתחילה באופן אימ-
פולסיבי, בפתאומיות, ללא מוטיבציה מוקדמת,
ומהותה אבסורדית. שוטטות זו, איננה בגדר
עבירה, אך לפעמים היא כרוכה בביצוע מעשים
עברייניים.

לפעמים מתבטאת ההתנהגות העבריינית של
החולה בפוטנציה, בהגבה ישירה באמצעות
פעולות אנטי חברתיות (כמו הרס רכוש צי-
בורי), תקיפה (נגד הזרים, קרובי משפחה או
אחרים) וגנבות.

יש הסבורים (הוייר ואחרים), שעבריינות
זו, מתבצעת על ידי החולים בפוטנציה ללא
השתתפות רגשית, בקור רוח, ללא מוטיבציה,
וללא בקשת הנאה מהמעשה עצמו. אולם
הכללה זאת לא נראית לנו, מסיבות שנפרט
בהמשך.

עיון בשלושת המחקרים שערכנו באוכלו-
סיות של חולים בסכיזופרניה (שניים בין
השנים 1975—1976, והשלישי בין השנים

1977—1978) מעלה, כי ההתנהגות העבריינית
שנתגלתה התחלקה לארבעה מצבים: א. ביטוי
מקדים להופעת המחלה, ב. סימפטום של המח-
לה, ג. תולדה מ"סף עבריינות" נמוך, ד. גורם
עצמאי שהיה תולדה סביבתית של דחיה,
ולזול, או שנאה. במדגם החולים בסכיזופרניה
של 1976, שבו נמקד את דיוננו, היו 63 חולים
עבריינים. ביניהם היו שלושה חולים (4.76%),
שעבריינותם קדמה להתפרצות המחלה; תשעה
עשר חולים (30.15%) שעבריינותם החלה
ונמשכה, מאז שנזרקו פיזית מבית ההורים;
שישה עשר חולים (25.39%) שסבלו מתחושות
של דחיה ולזול מצד אימותיהם ("היא לא
אוהבת אותי"; "היא שנאה אותי"; "לא הייתי
חשוב בעיניה"; "היא העדיפה את אחותי";
"היא היתה תמיד לצידו של אחי", וכד');
חמישה חולים (7.93%) שבמשפחתם היו
אחים או אבות עבריינים, ולכן החיקוי, מחד
גיסא, וההזדהות, מאידך גיסא, עשויים היו
להיות בין הגורמים לקליטתם של הדפוסים
האנטי-סוציאליים. בין עשרים החולים הנותרים
(31.74%) היו שמונה (12.69%) שעבריינותם
התבטאה כסימפטום של המחלה, זאילו אצל
שניים עשר החולים הנותרים (19.04%), הוד-
גשו, כללית, תחושות תיסכול, שהובילו לע-
שייה העבריינית. מחלתם של אלה תרמה כפי
הנראה, להורדת ה"סף העברייני", (בשאר
המדגמים שנחקרו היו הממצאים דומים). נתו-

נים אלה מסוכמים בלוח 1.

מסתבר, שההתנהגות העבריינית של רוב
החולים בסכיזופרניה, שנחקרו על ידינו, נבעה
בעיקר מגורמים משפחתיים; בעיקר מן היחסים
הישירים והעקיפין שבין הפרט לבין אימו (או
תחליף האם). הפסיכוזה היא תולדה של
הדיסאורגאניזציה של ה"אני". הפרט נמצא
בחיפוש אחרי עצמיותו, אשר בחלקה אינה
אלא השתקפותם של האחרים בו. האיש החולה
בסכיזופרניה לא הצליח ליצור לעצמו תדמית
עצמית ועצמאית בכוחותיו הוא. ראיתו את

לוח 1

ההתנהגות העבריינית למקורותיה

אחוז החולים	מספר החולים	הופעתה של ההתנהגות העבריינית
4.77	3	כביטוי מקדים להופעת המחלה
12.70	8	כסימפטום של המחלה
19.05	12	כתולדה מ"סף עברייני" נמוך
63.48	40	כתולדה סביבתית
100.00	63	סך-הכל

ה של כה פיזית: הילד נדחה ונזרק פי-זית מהבית. העבריינות התפתחה, בעיקר, כהגנה עצמית, מעין מכניזם להגנה מפני הנטישה.

ה של כה פסיכולוגית: הילד חש את הבוז שכוון כלפיו על-ידי אימו, שהיא האוביקט החשוב לו ביותר, והרגיש את עצמו מושפל ונעלב. תחושות אלו הפכו אצלו, במשך הזמן, למקור התפתחותם של רגשי האשם. ההתנהגות העבריינית בקרב חולים אלה היתה ביטוי של יאוש, ומעין קריאה לעזרה. (במחקר אחר שטרם פורסם, בדקנו את מעמדו של האב, בתא המשפחתי הסכיופרני, כפי שהשתקף בעיני החולה. ברוב המקרים לא מצא החולה תמיכה מוסרית באביו).

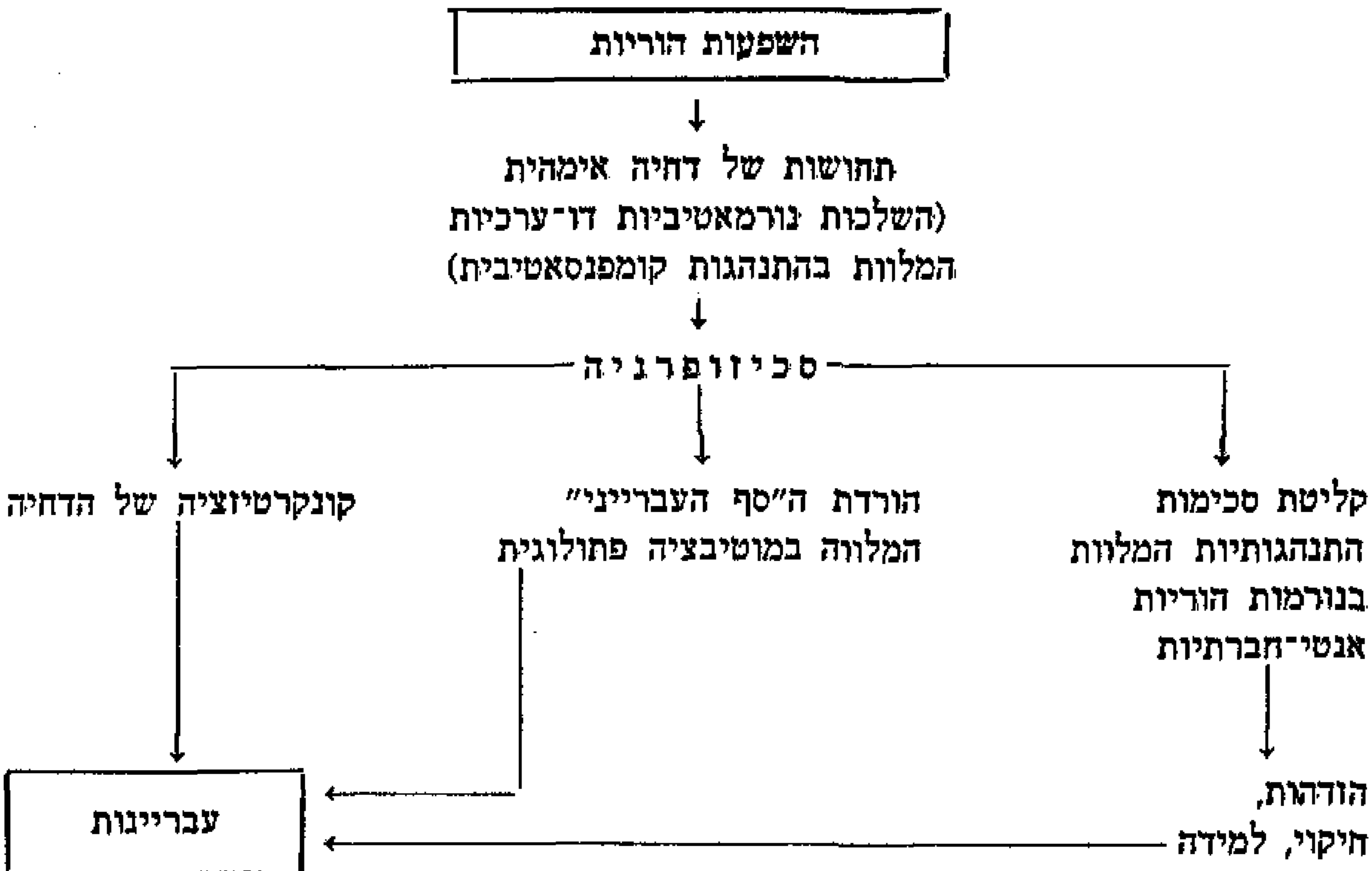
באותם המקרים שהדחיה הפיזית והדחיה הפסיכולוגית היו שזורות יחדיו, אם בוז-ומנית או בתכיפות זו אחר זו, עמד בפנינו חולה, שגדל בעולם דוחה, אשר לווה בשוללנות עצמית ברורה, בסביבה שנעדרה ערכים שלי-טים, באווירה דו-משמעית, ביי-פולרית, שבה המילה המושמעת וההתנהגות המלווה איתה היו שונות בתכלית. אין ספק, כי להפנמת המצב הזה היתה השפעה מאיצה על התהוותה של ההתנהגות העבריינית שאכן הופיעה.

הסביבה ואת העולם היא ראייה בכלי שני. המחלה היא גם מעין ביטוי של מרידה כנגד המצב הנפשי הבלתי נסבל. תולדת המרידה הזו הותירה ערבוביה, תוהו ובוהו, געש ורעדה.

רגשות הדחיה של האם, התנהגותה הקומ-פנסאציונית, שלוותה, לעיתים, בהגנת-יתר בלתי יציבה ומוגזמת, הבעת ריגשותיה במטר כפול, תחושות אשם שהיא העבירה, דחפו את החולה לעבר הפתרון הסכיופרני (השווה עם בייטסון, 1960; הואן, 1960; לידו ואח' 1962; שוהם ואח' 1980). ההתנהגות האנטי סוציא-לית, אצל רוב החולים, היתה תוצאה של הקומפלקס "אישיות — משפחה — מצב". היעדר היציבות הרגשית של ההורים כלפי החולים; האגרסיביות הפיזית והמילולית, חס-רת ההגיון והלא-מבוקרת של בני המשפחה כלפיהם; חוסר התמיכה מצד ההורים; הדתייה והסכסוכים, הובילו, כפי הנראה, את החולים לעבר התגובה העבריינית.

הסטיה החברתית, שהתבטאה בהתנהגות הע-בריינית, של חולי הסכיופרניה במדגמים שב-דקנו (1976—1978), נבעה ברוב המקרים, מן הגורמים הבאים:

אם נתעלם מטעמים דיאקטיים, מהסכנה נוכל לתאר את מהלך והתפתחותה של ההתנהגות שבתיאור סכימתי של מערכת התנהגותית, גות העבריינית כדלקמן:



ציור 1. סכימה התפתחותית של ההתנהגות העבריינית אצל סכיוזופרנים

מלוח 2 עולה, שעבריינותם של החולים הפראנואידים מתאפיינת באלימות ואילו זו של הקבוצה המקבילה (חולי הסימפלקס וה-חולים ההביודופרנים) מתמקדת במעשי גניבה למיניהם.

אם נשווה את פיזור ההתנהגות העבריינית בקרב חולי הסכיוזופרניה הללו עם ממצאיו של ליאוטה (1976) על אוכלוסיית אסירים נורמ-לית (לוח 3), נראה כי האלימות היתה שכיחה בעיקר בקרב חולי הסכיוזופרניה, ואילו הגניבה היתה שכיחה יותר בקרב העבריינים הבריאים.

איפיונים בעבריינותם של סכיוזופרנים

המחקר הנוכחי התמקד ב-63 סכיוזופרנים ש-הוגדרו כעבריינים, אשר הוצאו מהמדגם של 116 חולים שנבדק בשנת 1976. הם הואשמו, נשפטו כחוק, ואושפזו בצו בית המשפט. החו-לים הללו כללו הבפרני אחד, 39 פראנואידים, 23 הביודופרנים או חולים בסכיוזופרניה סימ-פלקס (בנוסף להם נכללו במחקר, כקבוצת בקורת, 53 חולים לא עבריינים, אולם בשל ההתמקדות באיפיונים של ההתנהגות העבר-יינית, לא תידון במאמר זה התנהגותם של החולים הלא-עבריינים).

לוח 2

שכיחות ההתנהגות העבריינית בקרב חולי הסכיזופרניה (מדגם 1976)

אופי העבירה	פראנואידים		הבוידופרנים וסימפלקס		סך-הכל	
	שכיחות	אחוז	שכיחות	אחוז	שכיחות	אחוז
גנבה	3*	7.69	15*	65.21	19	30.15
קטטה, חגרת ידיים	2	5.21	3	13.04	5	7.93
הצתה	0	0	1	4.34	1	1.58
רצח	13*	33.3	1	4.34	14	22.22
שוטטות	3	7.68	0	0.1	3	4.76
תקיפה	18*	46.15	2	8.69	20	31.74
שונות	0	0	1	4.34	1	1.58
סה"כ	40	0	23	0	63	0

* P < .05

לוח 3

פיזור השכיחויות בהתאם לסוג העבירה בשתי אוכלוסיות שונות

אופי העבירה	שכיחות העבירה בין סכיזופרנים (אדר)	שכיחות העבירה בקרב אסירים בריאים (ליאומה)
גניבה	30.15%	83.88%
תקיפה, רצח	53.96%	2.92%
שוטטות	4.76%	1.88%

כמדגם אתר (אדר ואח' 1978), בין 117 חולים, שכלל גם חולי פראנויה, נמצאה עבריינות אלימה עוד יותר, אשר נבעה, כפי הנראה, מהנוכחות של חולי הפראנויה (לוח 4).

לוח 4

שכיחות ההתנהגות העבריינית בקרב חולי פכיזופרניה (מרגם 1978)

סוג העבירה	שכיחות	אחוז
רצח	32	27.35
נסיון לרצח	14	11.96
תקיפה ופציעה בעקבות שכרות פתלוגית	1	0.85
תקיפה ופציעה	21	17.94
אונס	2	1.71
נסיון לאונס	7	5.98
עבירות נגד המוסר	2	1.71
גניבות מלוות בתקיפה פיזית	4	3.42
גניבה	18	15.38
הצתה	1	0.85
איומים לרצח	8	6.83
התנהגות סוטה בלא ביצוע		
האקטוס ריאוס	4	3.41
תיק ללא פרטים מספיקים	3	2.56

השוואת מימצאי 1978 למימצאי 1976, ללא המלווה בדליריום (המצבים הפראנואידים ומי חולי הפראנויה, מצביעה על דמיון רב בהתנהגות של שתי האוכלוסיות (לוח 5). המחלה נית ואלימה.

לוח 5

שכיחות ההתנהגות העבריינית בשתי אוכלוסיות של חולי פכיזופרניה ללא חולי פראנויה

האוכלוסיה				
סוג העבירה	מרגם 1976		מרגם 1978	
	שכיחות	אחוז	שכיחות	אחוז
גניבה	19	35.20	18	34.78
הצתה	1	1.85	1	1.92
רצח	14	25.92	18	34.46
תקיפה	20	37.03	15	28.84
סה"כ	54	100	52	100

ניתוח של לוח 5 מראה דמיון בפעילותם 62.95% במדגם 1976 כנגד 63.32% במדגם העבריינית של שני המדגמים: פעילות אלימה 1978; וכן בעבירות הגניבה או ההצתה.

לוח 6

שכיחות ההתנהגות העבריינית בקרב חולי הסכיוופרניה עם דליריום או בלעדיו

האובלוסיה								
מדגם 1978				מדגם 1976				סוג העבירה
ללא דליריום		ללא דליריום		ללא דליריום		ללא דליריום		
פראנואידים		פראנואידים		פראנואידים		פראנואידים		
אחוז	שכיחות	אחוז	שכיחות	אחוז	שכיחות	אחוז	שכיחות	
23.82	5	41.95	13	16.63	3	42.88	15	גניבה
0.00	0	3.22	1	0.00	0	2.85	1	הצתה
38.09	8	32.25	10	72.25	13	2.85	1	רצח *
38.09	8	22.58	7	11.12	2	51.42	18	תקיפה *
100	21	100	31	100	18	100	35	סך-הכל

* P < .05

תחת השפעתה הישירה של המחלה. ואילו שאר החולים הוכרו כחולי נפש שעבריינותם היתה פועל יוצא ממחלתם. חולים אחרונים אלו, לא הוכרו כאחראים למעשיהם, אך בגלל היותם מהומים סכנה לציבור, אושפזו תחת צו.

אוכלוסיית החולים העבריינים שנחקרה על ידינו אושפזה כולה בצו בית המשפט. חלק מהחולים (3) חלו רק לאחר שנפסק להם עונש המאסר. חלק אחר של החולים (24), הוכרו כחולי נפש, אך בית המשפט לא הכיר בפעולתם העבריינית כעבירה שיצאה אל הפועל

לוח 7

התנהגות של עבריינים חולי סכיוופרניה

אובלוסית החולים						הצגות
פראנואידים		הבוידופרנים		פראנואידים		
אחוז	שכיחות	אחוז	שכיחות	אחוז	שכיחות	
55.55	35	26.08	6	71.79	28*	העבירה בוצעה בהשפעת המחלה
42.85	27	73.91	17	25.14	10*	העבירה לא בוצעה בהשפעת המחלה
1.58	1	0	0	2.56	1	אין מידע

א. השפעת הסכיוופרניה על העבריינות

אובלומיית החולים

סך הכל		הבוידופרנים וחולי סימפלס		פראנואידים		ה פ ש ת נ ה
אחוז	שכיחות	אחוז	שכיחות	אחוז	שכיחות	
ב. דרך ביצוע העבירה						
49.20	31	47.82	11	48.71	19	בידים
4.76	3	4.34	1	5.12	2	באמצעות מכשיר שנמצא בשטח
39.68	25	39.13	9	41.02	16	באמצעות מכשיר שהוכן מראש
6.34	4	8.69	2	5.12	2	בדרך אחרת
ג. הצהרה על כוונה לביצוע העבירה						
22.22	14	39.13	9*	12.82	5*	קיים
76.19	48	60.86	14*	84.61	33*	לא קיים
1.58	1	0	0	2.56	1	אין מידע
ד. אורח ביצוע העבירה						
84.12	53	59.56	16*	92.30	36*	לבד
6.34	4	13.04	3	2.56	1	עם אדם נוסף
9.52	6	17.39	4	5.12	2	בקבוצה
ה. חלקו של החולה בקבוצה העבריינית						
84.12	53	69.56	16*	92.30	36*	פעל ביחידות
3.17	2	4.34	1	2.56	1	יום
7.93	5	13.04	3	5.12	2	פעל בהשפעת אחרים
4.76	3	13.04	3	0	0*	פעל "כמו כולם"
0	0	0	0	0	0	פעל בצורה אחרת
ז. קרבן העבירה						
7.93	5	0	0	10.35	4	ההורים
1.58	1	0	0	2.56	1	בן (בת) הזוג
1.58	1	0	0	2.56	1	ילדיו
4.34	4	4.34	1	7.69	3	קרובו
33.33	21	17.39	4*	43.58	17*	אנשים מוכרים
42.85	27	68.56	16*	28.20	11*	אנשים זרים

P < .05 *

אובלוסיית החולים						ה מ ש ת נ ה
סך הכל		הכוידופרנים וחולי סימפלם		פראנואידים		
אחוז	שכיחות	אחוז	שכיחות	אחוז	שכיחות	
						ז. ביצוע עבירות נוספות
74.60	47	91.30	21*	64.10	25*	כן
22.22	14	8.69	2*	30.76	17*	לא
3.17	2	0	0	5.12	2	אין מידע
						ח. ביצוע פעולות הסחה
40.31	26	65.21	15*	28.20	11*	כן
58.73	37	34.78	8*	71.79	28*	לא
						ט. עבירות קודמות
57.14	36	86.95	20*	38.46	15*	יש
38.09	24	8.6	2*	56.41	22*	אין
3.17	2	4.34	1	2.56	1	אחדות
1.58	1	0	0	2.52	1	אין מידע
						י. מניעי העבריינות
9.52	6	13.04	3	7.69	3	צורך תחושת
6.34	4	8.69	2	5.12	2	איי-הבנה של אחרים כלפיו
30.15	19	26.08	6	30.76	12	תחושת מרידה והתנגדות
12.69	8	8.69	2	15.38	6	אימפולס
17.46	11*	4.34	1*	25.64	10*	נקמה
22.22	14*	30.13	9*	12.82	5*	תועלתנות
1.58	1	0	0	2.58	1	סיבות אחרות
						יא. התחושה
34.92	22	60.86	14*	20.51	8*	שביעות רצון
33.33	21	13.04	3*	46.15	18*	הרגעה
7.93	5	4.34	1	10.25	4	יסורי מצפון
9.52	6	0	0	12.82	5	כעס
7.93	5	13.04	3	5.12	2	פחד
4.76	3	8.69	2	2.56	1	איי-תלות
0	0	0	0	0	0	הנקמה
1.58	1	0	0	2.56	1	אחרת

P < .05 *

גפש" מהבחינה המשפטית. השופט כהן יוצא מההנחה כי "למעשה אין בעולם ברייה ולא בריא, אשר מימיהם לא היו להם אימפולסים אגרסיביים, או נטיות נזירותיות, מחשבות כפייה או הזיות, או הרגשות אמביוולנטיות, וכיוצא באלה, סממנים לסבלותיהם המופרעים והחולים בגפשמ". לכן הוא מסיק: "אבחנתם של סממנים שכאלה במושעים אינה מעלה ואינה מורידה, כשלעצמה, לעניין אחריותם הפלילית... שאם אתרת, ביטלת תורת העונש שין כולה".

מדברי השופט ברנזון, במשפטה של הגב' פנו (שם, עמ' 1109) עולה, כי ערעורה נדחה היות ולא הוכרה מחלתה כפסיכוזה. "המערערת מופרעת מבחינה גפשית וסבלה מנזירותה חריפה, אך היא לא הגיעה לדרגה של פסיכוזה ממש". נראה לנו, שבתי המשפט הצרפתיים דנו לגופו של עניין, שלא בהתאם לסברתו של השופט ברנזון. הם לא שחררו מאחריות פלילית, גם כאשר הוכחה בפניהם הפסיכוזה של החולה. אכן מדגיש השופט בזק (תשכ"ד, עמ' 23), כי מה שחשוב מבחינת המשפט הפלילי, איננו אם מצב גפשי מסויים מכונה פסיכוזה, נזירות, או דפקטיביות, אלא די בכך אם הזכר, כי לפנינו מצב גפשי בלתי נורמלי במידה רבה, וניכר שהשאלה המכרעת היא: האם היה במצב זה כדי להביא את החולה לבצע את מעשה העבירה, בלא שתהיה לו כל אפשרות של הבנה או של שליטה עצמית. אם כן הוא — פטור הנאשם מאחריות, אף אם יסכימו כל המומחים הרפואיים, כי לפנינו מצב של דפקטיביות, או נזירות, שאינם כלום לים במונח של "מחלת גפש" בטרמינולוגיה הרפואית. ואילו אם נותרה לנאשם יכולת שליטה עצמית לגבי אותו מעשה, חייב הוא לתת את הדין, אף אם מצבו הגפשי הוא של פסיכוזה. נראה לנו, כי קביעתו של בית המשפט הצרפתי תואמת את רוח מסקנתו של השופט בזק.

בלוח 7ב' מופיעים הנתונים המתארים את

משתמע מלוח 7א, כי בתי המשפט הצרפתיים אכן התייחסו אל רוב הפראנואידים העבריינים, כאילו פעלו תחת השפעתה הישירה של המחלה. כשליש מקבוצת הסכיוזופרנים ללא דליריום (סימפלקס וההבויזופרנים) הוכרו גם כן, כפועלים תחת השפעתה של המחלה. חשוב לשים לב כי כ-43% מהחולים הוכרו כאחראים לעשייתם העבריינית. מהאמור עולה כי הגדרת אדם כחולה גפש על ידי הרופאים המומחים, לא היה בה כדי לחייב את בתי המשפט.

גישה זו מתאימה לגישתם של בתי המשפט בארץ, כפי שבוטאה ע"י השופט כהן, בערעור הפלילי שהגישה הגב' עליזה פנו נגד היועץ המשפטי (ע"פ 187/61 עמ' 1112). השופט כהן סבור, כי מחלת גפש, לענין זה, אינה מצב בריאותי בלתי נורמלי, שסתם אדם מן הישוב אינו מצוי בו: הסטייה מן הנורמה, חייבת להיות סטייה ברורה וחד משמעית, אפילו מאותה הנורמה, שסתם פושעים הפועלים על פי דחפים בלתי נורמליים, לוקים בה. אבל הכלל הוא, שיש לקבוע את קיום המחלה תחילה, ואת השפעתה על פעולות כוח הרציה, או מידת קיומו, לאחר מכן. השאלה אם המחלה קיימת או לא, היא אמנם, בעיקרה, שאלה רפואית, אבל בית המשפט הוא אשר מכריע בה, לפי חומר הראיות שבא לפניו... אם נראה לבית המשפט, לאור מכלול הראיות, שעל אף ההפרעות הגפשיות או הפיגורים השכליים או חוסר המעצורים המוסריים, אשר הנאשם סובל מהם, אין מצבו מגיע לכדי מחלת גפש, במשמעותה המשפטית, כי אז לא תתעורר לא שאלה של דחף, ולא שאלה של תחולת סעיף 14 לפקודת החוק הפלילי, 1936. מכאן, שבית המשפט הישראלי, כעמיתו הצרפתי, מצמצם את תפקידם של הרופאים לקבוע אם העברייני הינו חולה גפש מבחינה רפואית. אך השופט, והוא בלבד, יקבע אם מחלת הגפש, שתוארה על ידי הרופא, תואמת את המונח "מחלת

69/54 מגדרוסיאן נגד היועה"מ, ח', פד"י 930, וכן ע"פ 186/57 זכי אליהו נ. היועה"מ, יב, פד"י 296, וכן ע"פ 17/38 שוורץ נ' היועה"מ, 5 פל"ר 253 ועוד).

הוספנו לברר את הסיטואציה העבריינית. אף שהסכיופרן מתאפיין בבדידותו הזוהרת, מתברר שחלק מסויים מהחולים לא פעלו לבד, אלא עם זולתם, וחלק מהחולים אף פעל בקבוצה (לוח 7 ד').

מלוח זה, עולה כצפוי, שרוב הפראנואידים פעלו לבד. מעטים פעלו עם אדם נוסף או בקבוצה. כ-31% מהחולים ללא דליריום לא פעלו ביחידות.

ניסינו לברר את חלקו ואת צורת פעולתו של העבריין הסכיופרני בעת ביצוע עבירה קבוצתית (לוח 7 ה'). החולים ללא דליריום הושפעו יותר מסביבתם. בירור נוסף שעשינו העלה, שתופעת החיקוי היתה שכיחה יותר ביניהם.

ניסינו לברר, כנגד מי הופנתה עבריינותם של החולים. לוח 7 ו' מתאר זאת.

הפראנואידים נטו להתקיף את בני משפחתם או את מכריהם (66.74%). חשוב להביא ממצא זה, במערכת השיקולים הטיפולית, בבואנו להמליץ על החזרת החולה לביתו. החולים ללא דליריום נוטים יותר לתקוף זרים או להזיק לרכוש.

ניסינו לברר בלוח 7 ז' האם היו עשיות עברייניות נוספות שבוצעו על ידי החולה הסכיופרן בלא שנתפסו. בבירור זה הסתמכנו על סיפוריהם של החולים, רק אם אושרו על ידי ממצאים מתאימים בתיקו האישי של החולה.

74.60% מהחולים סיפרו בפרטי פרטים על עשיות עברייניות נוספות, אשר אושרו מתוך תיקו של החולה. החולים ללא דליריום נטו לעשייה עבריינית גבוהה מזו של הפראנואידים. כללית, בשתי הקבוצות היו רבים שהעבירה עליה נשפטו היתה רק אחת מני רבות. רצינו לעמוד על מידת עירנותם של החולים

דרך ביצועה של העבירה. יש בדרך הביצוע של העבירה כדי להצביע על היסוד הנפשי, שהוא חלק אינטגרלי של הפעולה האסורה. (Nullum Crimen Sinen Culpa). אמנם ישנה עשייה, בלא שתהא צמודה לה הכוונה הפלילית. אך יש ומאופן ביצוע העבירה מתבררים יסודות הרצייה והכוונה הפלילית (יש הנוטים לשבח את הרצייה ברכיב המנס-דיאה כמו טורנר, 1948, ויש המשייכים את הרצייה לאקטוס ריאוס (כמו יובל לוי, תשל"ב ואחרים). מלוח 7ב' מתברר כי קיים דמיון בין שתי הקבוצות בדרך ביצוע העבירות. כארבעים אחוז מהחולים ביצעו את העבירה מרצון, או מתוך כוונה פלילית מסויימת (המדובר, כמובן, ברצייתו, או בכוונתו, של חולה הנפש). בחלק נכבד מן המקרים מונחת כוונה או רצייה זו על ידי עצם המחלה.

הגורם הרצוני מבטא את עמדת העבריין, מבחינת חפצו בתוצאות המזיקות והאסורות, העלולות לנבוע מהתנהגותו. נודעת חשיבות גם לגורם השכלי; כ-40% מהחולים הכינו מראש מכשיר לביצוע עבירתם. החולה בחף, אם כן, אמצעי למימוש פשעו, אולי יש בכך כדי להוכיח, שהמבצע חזה מראש את התוצאות האסורות, העלולות לנבוע ממעשיו. בכל אופן, קיימת לפחות האפשרות שהוא יכול לתוות מראש את התוצאות.

במציאות, מקדים, בדרך כלל, הגורם הרצוני את הגורם השכלי. משום כך, ניסינו לברר (לוח 7ג'), אם שוחח החולה עם זולתו על תוכניו-תיו. ידוע שהסכיופרן מאופיין במופנמותו, בהסתגרותו בתוך עצמו. אם, בכל זאת, שיחף את זולתו בתוכניתו, הרי יש בכך כדי להצביע על חוזק הגורם הרצוני להגשמת העבירה. ולא עוד, אלא שההכנה מעידה על כוונה תחיי-לה (עיין סעיף 214 לסקודת החוק הפלילי, 1936). במקרה זה לוותה ההכנה בפעולה פיסית מסוימת, שהיתה נפרדת מן העבירה והיתה מוקדמת לה (לנושא ההכנה עיין ע"פ 183/58 זומרפלד נגד היועה"מ, פסקים 391 וכן ע"פ

מסקנה זו מתחזקת מתוך מחקרים אחרים אותם ביצענו (מדגם 1976 של 42 חולים; מדגם 1978 של 117 חולים). העבריינות כנגד הרכוש איפיינה בעיקר את החולים ההבוידו-פרנים והחולים בסכיוזופרניה סימפלקס. יתכן ונטייתם לקולקציוניזם גרמה לכך. העבריינות האלימה שכיחה יותר בין החולים הפראנואיים דים וכן בין חולים בפראנויה. האופי החשדני שלהם, שלווה בחלק מהמקרים בתחושות של דחיה השפיע, כנראה, על התנהגותם. האופי הדלירי של מחלתם עיצב את דרך פעולתם. אלימותם מופנית, לעיתים קרובות, כנגד בני ביתם, או כנגד אנשים המוכרים להם. הם נטו לפעול ביחידות, ולעיתים קרובות בפתאומיות, ובאופן לא צפוי מראש. חולים אלה יכולים להיות מסוכנים ביותר. אלימותם דורשת זהירות מצד המטפלים, ותשומת לב מוקדמת, לבל יינזקו מהם הסובבים אותם.

יש לסביבה השפעה על חולי הסכיוזופרניה: ההבוידופרנים וכן חולי הסימפלקס מושפעים יותר מהפראנואידים. חלק נכבד מהחולים הסכיוזופרנים שהיו עבריינים פעלו מתוך רציה ו/או מתוך מחשבה פלילית: חלקם חזו את תוצאות הפעולה העבריינית, ואף ניסו למחות עקבותיה. בכ- 43% מהמקרים, נשלחו החולים הסכיוזופרנים ישירות לבתי הסוהר, שכן הם הוכרו כאחראים לעשייתם העבריינית. הימצאם של החולים בבתי החולים לחולי נפש היתה משנית ומאוחרת. הם הועברו מבתי הסוהר אל המוסדות הרפואיים המיוחדים, הקולטים חולים שפוטים.

עיון בשלושת המחקרים הרצופים שערכנו, אשר כללו 275 חולים סכיוזופרניים, עבריינים ולא עבריינים, מרשה לנו לטעון, כי ברוב המקרים דומה עבריינותם של חולי הסכיוזופר-ניה, הן במהותה והן בדרך התהוותה, לעבריי-נותה של האוכלוסייה הכללית, הבריאה. הגור-מים שהכריעו אצל חלקם הגדול של החולים לכיוון ההתנהגות והדפוסים העברייניים, היו

לחומרת התנהגותם העבריינית. לשם כך, ניסינו לבדוק (לוח 7 ח'), אם בתום העשייה העבריינית הם מחו את עקבות פעולתם.

חלק נכבד מהחולים העבריינים (40.31%) ניסה להתחמק מהאחריות למעשיו, בכך שמחה את עקבות פעולותיו. חלקם של החולים ללא דליריום במחיקת עקבות פעולתם הגיע ל-65.21%, כנגד 28.2% פראנואידים. נראה לנו, שחלק נכבד מהם פעל מתוך כוונה פלי-לית, אם כי מונעת (אצל חלק מהם) ממחלתם. בדקנו את מידת הרצידיביות, בהתאם לשכי-חותה הרשמית (לוח 7 ט'). יש בעובדה שה-נאשם הועמד לדין יותר מפעם אחת, כדי להעיד על טיב אופיו העברייני, וכן על יכול-תו לעמוד בדין.

57.14% מהחולים נשפטו והואשמו בעבר, בנוסף להאשמה הנוכחית. חלקם של החולים ללא דליריום ברצידיביוזם מגיע לכ-87% לעו-מת כ-36% אצל הפראנואידים.

ביקשנו לדעת, מה הניע את החולה לבצע את פעולתו העבריינית, ותשובותיהם של החולים מופיעות בלוח 7 י'.

כ-54% מהחולים, סוברים שהם ביצעו את העבירה כדי להביע התנגדות לסביבתם, בעק-בות אי הבנה (6.34%), צורך להתנגד (30.15%), או צורך בנקמה (17.46%). חיפוש התועלתנות איפיין את הקבוצה של החולים ללא דליריום.

להשלמת התמונה, ביקשנו לדעת מה היתה תחושתו של החולה עם סיומה של העשייה העבריינית (לוח 7 יא). מצאנו כ-35% מהחו-לים שחשו שביעות רצון לאחר ביצוע העבירה וכשליש מהאחרים (33.33%) שחשו הרגעה. השאר הביעו תחושות למיניהן.

סוף דבר

נראה, איפוא, כי ההתנהגות העבריינית אצל הסכיוזופרנים ברוב המקרים, לא היתה תולדה ישירה של המחלה, כי אם תוצאה (נורמלית) של סביבה דוחה, מפלה, משפילה או עויינת.

בעיקרם תולדות של היחסים התוך משפחתיים, הסוטה. המחלה הורידה את יכולת הבלימה של בעיקר יחסי אם-ילד. ברור לנו, כי המחלה הפרט מפני ביצועה של ההתנהגות האסורה, כשלעצמה סייעה בהקלת המעבר להתנהגות כלומר, את ה"סף העברייני".

ביבליוגרפיה

- בוק, י'. אחריותו הפלילית של הלקוי בנפשו, תל אביב: קריית ספר, תשכ"ד.
 לוי י'. רצייה ואחריות פלילית, קרימינולוגיה, משפט פלילי ומשמרה, תשל"ב, א', 1-33.
 שוהם, ש"ג, רהב, ג', ואדד, מ'. קרימינולוגיה. ירושלים: שוקן, 1980.
- Addad, M. *Schizophrénie, Délinquance et Irresponsabilité Pénale*. Paris: Université de Droit, D'Economie et de Sciences Sociales, 1976.
- Addad, M., et Benezech, M. Schizophrénie et délinquance. *Annales Médico-Psychologique*, 1977, 1, 1-133.
- Addad, M., et Benezech, M. *Irresponsabilité Pénale des Handicapés Mentaux en Droit Français, Anglais, Israélien et des U.S.A.* Paris: LITEC, Droit Editions Techniques, 1978.
- Adler, A. *La Psychologie de L'enfant Difficile*. Paris: Bibliothèque Scientifique Payot edit., 1952.
- Baruk, H. *Traité de Psychiatrie*, tome I, II. Paris: Presse Universitaire Française, 1959.
- Baruk, H., et Cenac, M. Les malades mentaux sont-ils dangereux? Conférence dialoguée prononcée le 20 janvier 1959. *Hygiène Mentale*, 1959-1960, pp. 185 et suite.
- Baruk, H. La révision de la schizophrénie. *Annales Médico-Psychologiques*, No. 5, mai 1958, ed. Masson, 1960.
- Baruk, H. *La Psychiatrie Sociale*. Paris: Presse Universitaire Française (P.U.F.), 1974.
- Bateson, G. Minimal requirements for theory of schizophrenia. *Archives of Genetic Psychiatry*, 1960, 2, 477-491.
- Benezech, M., Addad, M., et Robert, G. Formes Cliniques et Dangérosité dans la Schizophrénie, à propos d'une enquête portant sur 42 malades. *Bordeaux Medical*, 1976, 20, 1610-1611.
- Benezech, M., Vankeirsblick, D., Addad, M., et Bourgeois, M. Les malades mentaux difficiles et/ou dangereux: Enquête criminologique sur 547 malades (1967-1976). *Annales Médico-Psychologiques*, 1978, 2, 641-675.
- Bowen, M. A family concept of schizophrenia. In: D. Jackson (Ed.) *Etiology of Schizophrenia*. New-York: Basic Books, 1960, pp. 346-372.
- Lidz, F., and Fleck, S. Schizophrenia, human integration and the role of the family. In: D. D. Jackson (Ed.). *Etiology of Schizophrenia*. New-York: Basic Books, 1962, 323-345.
- Mullahy, F. Sullivan's theory of schizophrenia. *International Journal of Psychiatry*, 1962, 4, 487-498.
- Rosenzweig, S. The experimental measurements of types of reaction to frustration. In: H. A. Murray (Ed.), *Exploration in Personalities*. London: Oxford University Press, 1962, 585-599.
- Shoham, S. C. *The Mark of Cain*. Jerusalem: Jerusalem University Press, 1970.
- Shoham, S. G., Weissbrot, L., Markowsky, R., and Stein, Y. The differential pressures towards schizophrenia and delinquency. *Genetic Psychology Monographe*, 1977, 96, 65-210.
- Turner, J. W. C. The mental elements in crime at common law. Modern approach to criminal law. *English Studies in Criminal Science*, (Ed.), by Radzinowicz and Turner and Co., 1948, 195-203