

НАСИЛИЕ И ЛИЧНОСТОВИ РАЗСТРОЙСТВА

Кирил Зърлевски

Софийски университет „Св. Климент Охридски“, Философски факултет,
Катедра „Социална, организационна, клинична и педагогическа психология“,
Магистър по клинична психология

zarlevski@uni-sofia.bg

Резюме: *Целта на студията е да проследи теоретичните концепции за връзката между насилието и личностовите разстройства. Анализирани са клиничните, невробиологичните, психосоциалните и ноетичните предпоставки за етиопатогенеза на личностовите разстройства при насилници. Феномените и връзката между тях се разглеждат през биопсихосоционоетичния модел.*

Ключови думи: *насилие, личностови разстройства, етиопатогенеза, психопатология, психотерапия, биопсихосоционоетичен модел*

НАСИЛИЕ И РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

Кирил Зарлевский

Софийский университет „Св. Климент Охридский“, Философский факультет,
Кафедра „Социальная, организационная, клиническая и педагогическая психология“
Магистр клинической психологии

zarlevski@uni-sofia.bg

Аннотация: *Цель студии — проследить теоретические концепции связи между насилием и личностными расстройствами. Проанализированы клинические, нейробиологические, психосоциальные и ноэтические предпосылки для этиопатогенеза личностных расстройств у насильников. Явления и их взаимосвязь рассматриваются через биопсихосоциозэтическую модель.*

Ключевые слова: *насилие, личностные расстройства, этиопатогенез, психопатология, психотерапия, биопсихосоциозэтическая модель*

ВЪВЕДЕНИЕ

Да се направи връзка между личностови разстройства и насилие или между личностови разстройства и посттравматично стресово разстройство е много сложна по своята същност задача. Основният проблем, който стои зад тази трудност е проблемът за причинно-следствеността. Насилието ли е предпоставка за отключване на определено личностово разстройство или насилието се извършва в следствие на вече отключено личностово разстройство? Психотравматичният опит ли е “ключача” към етиопатогенезата на личностовите разстройства или тяхното наличие представлява ядрото на психотравматичния опит?

Ако се анализира внимателно този въпрос може да се приеме неговата многовекторна природа. Дискусионен е и въпросът за факторите - отключващи, допринасящи и поддържащи личностовите разстройства и синдромологията на насилието.

В тази студия ще бъдат полемизирани съществени въпроси от психовиктимологичната и психотравматологичната научна област. Без да се претендира за пълно изчерпване на темата ще бъдат разгледани различните взаимовръзки между личностовите разстройства и насилието през призмата на холистичния модел за личността – биопсихосоциоетичния модел.

Кратко въведение в биопсихосоциоетичния модел в клиничната практика

За първи път Хенрих Владиславович Залевский, руски клиничен психолог и доктор на психологическите науки, говори за по-холистично разбиране на здравето и болестта, личността и свързаните с нея състояния и процеси. Той предлага биопсихосоциоетичен модел и счита, че той е най-всеобхватния обяснителен модел за личността, здравето и болестта. Този модел се състои от четири взаимосвързани аспекти, които са обединени в едно цяло, те са „четирите страни на една монета“.

В **биологичния аспект** са включени реакциите на организма “бий се”; “бягай” или “замръзни”, генетичната предразположеност и детерминираност, хормоналните процеси, биохимичните процеси, анатомофизиологичното устройство на клетките, тъканните образувания, органите, системите и организма. **Психичния аспект** обхваща областта на когнициите, перцепциите, нагласите, чувствата и емоциите, устойчивостта на организма при

стресови ситуации, резилиънс, стабилност и адаптивност, уравновесеност, както и характера, интензитета и честотата на преживяване на психотравми през целия жизнен цикъл на човека. **Социалния аспект** представляват взаимоотношенията в различни социални среди (дом (семейството); училище (ученици, учители); работа (колеги); приятели и др.), комуникация и интеракция, културните норми, към които се придържа клиента/пациента, ролите, които заема и др. **Ноетичния аспект** е представен от смислите и целите в живота, които има клиента/пациента, отношението му към истината и лъжата, вярата, надеждата и любовта, които култивира, трансцендентността, себеактуализацията, нивото на осъзнатост и всички висши форми на духовен живот.

Тези четири измерения на личността са били предмет на дискусии още от най-ранни времена, но революционното в предложения модел както казва самият Залевский е: „...че наистина в рамките на екзистенциалния (В. Франкъл и др.) и трансперсоналния (Р. Мей, А. Миндел, С. Гроф и др.) подход духовният аспект е в центъра на вниманието, но парадоксът е, че той всъщност се оказва единственият, т.е. не е вграден в холистичен модел, който да отчита „всички светове“ на човек - биологичен, психичен, социален и духовен (Залевский, Г. В., 2012).

Етиопатогенеза на личностовите разстройства

Личностовата патология е резултат от взаимодействието на фактори от различни области на различни етапи от индивидуалното развитие. Етиологичните фактори в контекста на наследствеността проф. Г. Ончев разделя на: **генетични** (генотип), **споделена среда** (семейство, квартал, училище) и **несподелена среда** (екологична, културна). Строгото разграничение между наследственост и фактори на средата, пише той, е условно: семейството е едновременно наследствен и средови фактор (Ончев, Г., 2012).

Антисоциалното ЛР е едно от най-подробно проучваните. Познатата наследственост при престъпното поведение е в основата на теорията на Lombroso за дегенерацията и за „престъплението като съдба“. Обобщените резултати от близначни изследвания показват, че коркондантността при монозиготни (MZ) близнаци е 51%, а при дизиготни (DZ) – 22% (пак там). Проф. д-р Иванка Асенова акцентира върху генетични и социокултурни фактори (**най-вече нездрава семейна среда и бедност**) и тяхното

взаимодействие като фактори, влияещи върху развитието на антисоциалното разстройство на личността (Асенова, И., 2018).

Рано осиновените деца с **антисоциални биологични родители** имат по-висок риск за антисоциално поведение от тези, чиито биологични родители не са били антисоциални. При юношеската антисоциалност обаче съотношението MZ/DZ се изравнява, което показва фамилен принос, но със слабо генетично участие (Ончев, Г., 2012).

Според проучване на университета в Манчестър, хората с гранично разстройство на личността са 13 пъти по-склонни да съобщават за **травма в детството си**, отколкото хората без никакви психични проблеми. Анализ на данни от 42 международни проучвания, включващи повече от 5000 души, установява, че 71,1% от хората, диагностицирани с разстройство на личността, съобщават за *поне едно травматично преживяване в детството*. Въпреки че граничното личностово разстройство е добре установена диагностична единица, етиопатогенезата на това заболяване все още не е напълно разбрана и се проучва активно.

Изследователите са предложили различни етиологични хипотези, включително генетични, невробиологични и фактори на развитието. Сред различните етиопатологични теории се подкрепя теорията, предложена от М. М. Linehan, която предполага, че гранично личностово разстройство може да е резултат от взаимодействие между биологични и психосоциални фактори (Исагулова, Е. Ю., 2023).

Hughes и колеги предлагат етиопатогенетичен модел за гранично личностово разстройство, подчертавайки, че **липсата на социална близост** или **отзивчивост** от акушерките и майката при раждането на детето увреждат регулирането на емоциите на индивида (пак там).

Подобна позиция заема проф. И. Асенова. Тя пише, че граничното разстройство на личността се развива под влиянието на генетични, невробиологични и социални фактори, и тяхното взаимодействие. Среща се около пет пъти по-често сред роднините от първо ниво на страдащите от това разстройство, отколкото сред генералната популация. Също така има повишен фамилен риск за разстройства свързани с употреба на ПАВ, антисоциално разстройство на личността и депресивни или биполярни разстройства (Асенова, И., 2018, стр. 163).

От невробиологичните фактори тя посочва **променените нива на невротрансмитерите в главния мозък** (особено на серотонина, което се свързва с депресия, агресия и трудности в контрола на деструктивни желаниа и импулси), а също и анатомични и функционални промени в главния мозък (по-малък размер или необичайна активност е установена в три мозъчни структури: **(1) амигдала** - с важна роля в регулирането на емоциите, особено на отрицателните, като страх, агресия и тревожност; **(2) хипокампус** - участващ в регулацията на поведението и самоконтрола; **(3) орбитофронтална кора** - участва в планирането и вземането на решения (пак там, стр. 163).

От социалните фактори с най-голяма тежест са **насилието** (емоционално, физическо или сексуално), излагането на **хроничен страх** или **дистрес** и неглежиране на родителите в детството, а също и израстването заедно с член на семейството, който има **сериозно психично разстройство**, като биполарно, злоупотреба с наркотици и алкохол, и др. (пак там).

В съвременната психотерапия и психиатрия сред етиологията на личностовите разстройства специалистите все по-често споменават **ранните преживявания на травми на развитието**. В предишни издания на DSM се изброяват потенциално травмиращи събития и ситуации, водещи до възникване или отключване на личностово разстройство и такива са война, физическо нападение и сексуално насилие, отвличане, терористични атаки, изтезания, бедствия, тежки автомобилни катастрофи и животозастрашаващи заболявания, доказателства за нечия смърт или сериозно нараняване след злополука или инцидент (Исагулова, Е. Ю., 2023).

DSM-V не изброява никакви травматични събития като диагностичен фактор за ГЛР, въпреки силната връзка между него и травмата. Според Световната здравна организация всяка година повече от 1 милиард деца на възраст от 2 до 17 години са подложени на физическо, сексуално и емоционално насилие. Ретроспективни проучвания показват, че около 25–35% от жените и 10–20% от мъжете съобщават, че са били **жертви на сексуално насилие в детска възраст**, а около 10–20% от описанията на тези преживявания от мъже и жени отговарят на критериите за физическо насилие (пак там). Освен това хората с ГЛР са **ставали свидетели на домашно насилие** значително по-често (54%), отколкото хората с други разстройства на личността (20,5%) (пак там).

Според литературни данни се наблюдава, че **разстройствата** свързани с **употреба на психоактивните вещества** са много чести коморбидни разстройства при почти всички ЛР съгласно DSM-V. Така, разстройствата свързани с употреба на психоактивни вещества са придружаващи следните разстройства на личността: параноидно разстройство, антисоциално разстройство (което е във висока коморбидност със злоупотреба на психоактивни вещества – налице е при 60% от страдащите), гранично, нарцислично разстройство на личността и др. (Асенова, И., 2018).

Съществуват известни доказателства за по-голямо разпространение на параноидно разстройство на личността сред роднините на индивиди с шизофрения и налудно разстройство (персекуторен тип). Шизоидното личностово разстройство е с по-висока честота на разпространение сред роднините на индивиди с шизофрения и шизотипно разстройство на личността. Голяма част от индивидите с шизоидно разстройство на личността в детството си са били много срамежливи. **Генетичните фактори** са със съществен принос в развитието на шизотипно разстройство на личността: честотата му е по-висока сред роднините от първо коляно на индивидите с шизофрения, отколкото генералната популация и съответно честотата на шизофрения и други психотични разстройства сред роднините на индивидите с шизотипно разстройство на личността е по-висока, отколкото генералната популация (Асенова, И., 2018).

Предполага се, че нарцистичното разстройство на личността възниква в резултат на комбинирането на генетична предразположеност с някои социални фактори, сред които с най-голяма тежест е **патологичното родителство**: прекалено разглеждане и напompване на самочувствието на детето като много умно и талантливо, или другата крайност – negliжиране, малтретиране, унижение. Етиопатогенезата на obsесивно-компулсивното разстройство на личността е слабо проучена и данните за унаследяването му са противоречиви. Установената по-голяма честота на черти, типични за това разстройство у близки роднини на страдащи от ОКЛР индикира възможно препокриване на **генетичната уязвимост** за двете разстройства. Причините за възникването на отбягващо разстройство на личността са недостатъчно ясни. Унаследяването му се оценява на около 27-35%, а **хронично соматично заболяване** или **тревожно разстройство в детството** или **юношеството** могат да предразположат индивида към развитието на зависимо разстройство на личността. Също така **ранна смърт на родител, изоставяне на родител, или**

пренабрегването или **отхвърлянето** от страна на родителите или грижещите се за детето, могат да станат причина детето да израсне със страх от изоставяне и да развие ЗЛР (пак там).

Етиопатогенеза на насилието

От 01.01.2024 година в Р. България се рedefинира домашното насилие според Закона за защита от домашно насилие (ЗЗДН) и по чл. 2 от този закон домашно насилие е всеки акт на физическо, сексуално, психическо или икономическо насилие, както и опитът за такова насилие, принудителното ограничаване на личния живот, личната свобода и личните права, извършени спрямо лица, които се намират в родствена връзка, които са или са били в семейна връзка или във фактическо съпружеско съжителство или в интимна връзка. Важно изменение в този закон е допълнението, че за психическо насилие върху дете се смята и всяко домашно насилие, извършено в негово присъствие и че актовете на насилие може да се извършват чрез действие или бездействие.

Как възниква насилието? С едно изречение може да се каже, че **насилието ражда насилие**. Хората, които са били малтретирани като деца по-късно имат тенденцията да стават насилници. Разбира се, има изключения от това правило и някои учени се съмняват дали има реални доказателства, че насилственото поведение се предава от поколение на поколение. Натрупването на научни доказателства все повече подкрепя валидността на концепцията за **цикъла на насилието**.

Изследванията на много чуждестранни и български учени разкриват закономерност: колкото по-често децата са били подлагани на физическа сила, толкова по-голяма е вероятността те да изразяват тяхната жестокост към своите партньори и деца. По същия начин родителите, физически малтретирани в семейството си (според собствените им спомени), са сред тези, които най-вероятно са способни да малтретират децата си. Според същите данни, синовете, които са били свидетели на домашно насилие в детството, стават агресивни съпрузи в зряла възраст два пъти по-често от тези, които не са наблюдавали подобни семейни сцени в детството.

В проучване на В. Я. Семке (2012) в 90% от анализиранияте случаи е установено, че съпрузите, които бият жените си, в сравнение с немалтретиращи мъже, са били **свидетели** на случаи на насилие в родителското семейство.

Съществува консенсус между йеменските изследователи по отношение използването на комплексен подход към интерпретацията на причинната обусловеност на

изнасилванията. Те препоръчват във всеки конкретен случай да се фиксират приоритетните причини, които детерминират в индивидуално-личностен план появата на мотивация за извършване на сексуално насилие (Фахер, А., 1990, цит. по Радман, А. Х. М., 2002).

Значителна част от реализираните изследвания и публикации са насочени към проучване на личностните и поведенчески особености на лица, реализирали агресивно сексуални актове. Личността на насилника най-често се квалифицира като **асоциална**. Тя може трудно да приема моралните ценности и нравствените добродетели, трудно да съобразява своите действия със социалните норми. Насилникът се интересува единствено от себе си, от собственото си щастие и удоволствие. Ако такъв човек избере изнасилването като **средство за постигане на това удоволствие и щастие**, той превръща жените в инструмент за задоволяване на сексуалните му желания и няма нищо по-лесно за него от проявяването на жестокост в случаите, когато жените се съпротивляват (Джамал, Х., 1990, пак там).

Други могат да прибегнат към изнасилване и под **въздействието на алкохола**. В състояние на алкохолно опиянение те лесно се отдават на своя сексуален нагон стават жертви на сексуалните си страсти. Съществува и тип насилници, които специалистите определят като приветливи, тихи и нравствени хора, които обаче в отделни моменти изпадат във възбуда и емоционалния аспект силно повлиява рационалността им. Въпреки привидното си спокойствие, хората принадлежащи към този тип крият множество тревожни мисли и се отдават на фантазни представи, а спокойствието им е резултат от ограничения вътрешен мир. Някои психиатри смятат, че една група правонарушители извършват изнасилване, **водени от своето схващане**, че жените биват или добродетелни, или безнравствени и начинът, по който те ги третират, е в зависимост от тези два вида особености (пак там).

В редица случаи на изнасилване **личностовите аномалии** са толкова големи, че извършителите са склонни не само към агресия, но и към садистични действия по отношение на жертвата. Садизъм означава удоволствие от причиняването на страдание на друг човек. Чувството за удоволствие се поражда от измъчването, унижаването и причиняването на страдания на жертвата. Мазохизъм е точно обратното. Насилникът може да бъде садистичен, а кокетливата жена, която съблазнява мъжете, за да я пожелае насилникът, може да бъде склонна към мазохизъм (Хамед, С., 1991, пак там).

Съществен фактор за насилствените престъпления е функционирането на личността в континуума норма – патология на характера. **Психичните отклонения и заболявания** винаги са се приемали като определяща причина за актовете на видимо немотивирана агресия и безсмислена жестокост. Изследване на български психиатри, които детайлно са проучили съдебно-психиатричните експертизи на 520 осъдени за насилствени престъпления, обособява четири основни групи насилствени престъпления, които са вследствие на някакви психични или психиатрични проблеми на насилника - убийства, физически наранявания, изнасилвания и други сексуални престъпления. Всички те се извършват от хора с различни психични заболявания като шизофрения, психогенна психоза, епилепсия, но те не са с най-висока статистическа честота. Данните от изследването показват, че в повечето случаи извършителите на тези четири типа насилствени престъпления страдат от **личностово разстройство** или са **психично здрави хора** (Попов, 2000, цит. по Стойчев, Н., 2016).

Тези емпирично установени факти дават основание да се твърди, че психичната болест не е най-често срещаната причина за извършване на насилствени престъпления и за насилието между хората като цяло. Хората с психично заболяване извършват престъпления в състояния, които се диагностицират в някаква степен на невменяемост, като психотична криза и други видове налудна продукция. Психично болните са извършители, които не е трудно да бъдат разкрити и заловени от полицията. Обикновено извършват непланирани престъпления, оставят много следи на местопрестъплението, не правят или правят несръчни опити за прикриване на престъплението, не предприемат опити да се укриват (пак там).

Очевидно за разбиране на мотивацията на насилствените престъпления, е по-важен анализът на поведението на извършителите, които са психично здрави. При тях се констатира различни по продължителност състояния на **личностна неадекватност** и **социална дезадаптация**, които ги доближават до **патологично психично функциониране**. Редица изследователи застъпват тезата, че разграничаването между норма и патология по отношение на личността е относително. Понякога при определен тип хора границата между норма и патология в поведението им е твърде неустойчива и зависима от субективните и ситуативните въздействия. Основният критерий за диагностициране на признаци на ЛР е тяхната продължителност във времето и повтаряемост в почти всички сфери на човешката активност. Повечето хора, които прибъгват до крайни форми на насилие, включително

убийство, проявяват в поведението си *трайни признаци на определен вид личностова абнормност*. ЛР се състои в прояви, с различна степен на изразеност, на патология на характера, които са видими като асоциално, ексцентрично или странно поведение в ежедневието (пак там).

Има емпирични доказателства, че насилствените престъпления са следствие на **криза в личностната идентичност** на извършителите. Импулсивността и ограничената социална вградимост на осъдени за грабеж, убийство, изнасилване и телесна повреда са обусловени от преобладаващия емоционален компонент в съдържанието на техните мотиви, нагласи и ценности (Маджаров, Ковачев, 2004, цит. по Стойчев, Н., 2016).

Насилствените престъпления често са резултат от **слаба рефлексивност, ирационалност на желанията и податливост на ситуативни стимули**. Упражняването на насилие над друг човек може да е следствие и от **непреодолима страст, извратено желание, потребност от интензивни усещания, безпричинна раздразнителност** или просто от **скука и социален примитивизъм**. Проявите на насилие са свързани и с **перманентното преживяване на субективна непълноценност, в следствие на нестабилен “Аз”-образ, трайни неуспехи в социалната адаптация и себеутвърждаването**. Аутсайдерските нагласи и алиенацията стават все по-важни фактори в обуславянето на насилието в междуличностните отношения (пак там).

Когато човек от ранна възраст се чувства изолиран, неразбран и подценяван, той се опитва да създаде и да следва свои собствени правила на поведение, чрез които поддържа в приемливи граници самоуважението и вътрешният си баланс. По принцип всякакъв вид **социално неравенство** може да генерира насилие, което се използва от по-слабата страна като единствената възможност за постигане на относителна равнопоставеност.

Други автори разглеждат етиопатогенезата на насилието в **диссоциално** или **антисоциално** личностово разстройство (Попов, Г., 2010, Ончев, Г., 2012, Маринов, П., Велинов, В., 2009, Рей, У., 2019, Стойков, И., 2009, Миланова, В., 2013), както и **сексуалната травма** като предпоставка за възникване на гранично личностово разстройство при сексуални насилници (Тейлър, М., Вайдия, Н., 2022).

Клинични предпоставки за връзката между личностните разстройства и насилието

Някои **психични разстройства** увеличават риска от насилие, като по-високи нива на насилие се установяват най-вече при лица с диагноза злоупотреба с вещества, следвани от разстройства на личността от клъстер В и в по-малка степен разстройства от шизофрения спектър. Причините, поради които психичните разстройства увеличават риска от насилие, обаче остават дискуссионни. От една страна, възрастта и житейската история на личността могат да бъдат фактори за насилствен акт; от друга страна, клиничните променливи на дистрес, влияещи върху личността и различни симптоми на различни разстройства или самите диагнози да са предпоставка за насилие (Nestor, P. G., 2002).

Клинични проучвания предоставят убедителни доказателства, че самите **разстройствата на личността** представляват значителен клиничен риск от насилие (Esbec, E., Echeburúa, E., 2010).

Лонгитюдни изследвания предоставят сериозни доказателства за разстройства на личността, представляващи значителен клиничен риск от насилие. Например, проследявайки над 700 юноши в ранна зряла възраст, Джонсън и колегите му откриват повишен базов процент за насилие от 14,4% сред изследваните лица с диагноза разстройство на личността по DSM-IV. Може би по-важното е, че симптомите на разстройство на личността се оказват дори по-силни предиктори за насилие, отколкото диагнозата. Всъщност многобройните симптоми на разстройство на личността от клъстер А или клъстер Б според критериите на DSM-IV съответстват на по-голяма вероятност от насилие по време на юношеството и ранната зряла възраст.

Симптомите на параноидно и нарцистично ЛР корелират значително с насилието. Тези констатации са особено важни с това, че са получени от базирана на популацията извадка с лица, които не са посещавали психотерапевт или психиатър и са проследени в продължение на 10 години по време на периода на развитие (от юношество до ранна зряла възраст), известен като пиков период за насилие (пак там).

Друго клинично проучване с извадка от възрастни изследвани лица с разстройство на личността не успява да демонстрира диагностичен ефект за ГЛР върху риска от насилие. Въпреки това, както предполагат Джонсън и колеги, клиничните и съдебно-медицинските изследвания вероятно са били проведени върху хора с по-тежка форма на ГЛР от тези, изследвани в генералната съвкупност, и повишеният риск от насилие може да се наблюдава само при хоспитализирани лица с тежки форми на ГЛР, които неизменно се характеризират

със значителни затруднения както с емоционалната регулация, така и с контрола на импулсите (пак там).

Разстройствата на личността и насилието са изследвани във връзка с друго измерение или клиничен рисков фактор: **гневът**. Това е емоция, която се изразява с ярост, негодувание и раздразнителност. Физиологичните ефекти от гнева включват повишаване на сърдечната честота и кръвното налягане, както и нивата на епинефрин и норепинефрин. Гневът може да се разглежда като част от неврофизиологичния отговор на заплаха или възприемана вреда. Няколко обстоятелства могат да активират гнева:

а) подозрение, фанатизъм, патологична ревност или отмъщение (параноидно разстройство на личността);

б) отвращение от физически контакт с други лица (шизоидно разстройство на личността);

в) непоносимост към чувството на неудовлетвореност и силен гняв поради това, че са третирани по начин, различен от очаквания (нарцистично разстройство на личността);

г) поради необходимостта да се освободи напрежението, използвайки разцепването като защитен механизъм или поради страх от загуба (гранично разстройство на личността);

д) чрез чувството за изключване или отхвърляне от другите (избягващо разстройство на личността);

е) чрез чувство на скука, дехуманизация на другите, нужда от власт и липса на емпатия (антисоциално разстройство на личността);

г) жизненоважна нужда да се привлече вниманието или да се създаде част от група (хистрионно и зависимо разстройство на личността), и

д) поради когнитивни разстройства и странни преживявания (шизотипно разстройство на личността) (Esbec, E., Echeburúa, E., 2010).

Гневът като клинична предпоставка за връзката между личностовите разстройства и насилието изхожда и от неговата характеристика интензивност, с адренергичното освобождаване на психостимуланти или с провокирана от алкохол или други лекарства дезинхибиция. В много случаи се намесват някои процеси на заучено поведение (например малтретиране в детството, влияние на новите технологии и комуникационни медии или неподходящи образователни модели) и личен провал, особено когато се свързва с лошо самочувствие и чувство на унижение, срам или импотентност (пак там).

Връзката между личностовите разстройства, **употребата на наркотици** и насилието има достатъчна основа, въпреки че тази връзка може да върви в няколко посоки:

- 1) насилственото поведение е обичаен начин за получаване на наркотика;
- 2) насилието (заплахи, удари, наранявания) може да бъде общо условие за решаване на дискусии между разпространяващи наркотиците;
- 3) злоупотребата с наркотици и яростното поведение могат да имат сходни причинно-следствени фактори и следователно да се срещат при определени субекти; и
- 4) някои лекарства, като стимуланти, повишават вероятността от проява на насилие поради фармакодинамичните свойства (пак там).

От гледна точка на измеренията на **личностните черти**, най-голяма склонност към насилие имат тези, които са импулсивни, с недостатъчна афективна регулация, нарцисисти и с параноиден стил на поведение. По отношение на предложението за шестте области, предвидени в проекта на DSM-V, най-значителните за насилственото поведение са отрицателната емоционалност (емоционална лабилност и недоверие), интровертност (ограничена афективност), антагонизъм и дезинхибиране.

Параноидно разстройство на личността и насилие

Хората с параноидно личностово разстройство частично са загубили контакт с реалността и приписват враждебни нагласи и намерения на другите. Тези хора са постоянно недоверчиви и подозрителни, свръхчувствителни към пренебрежение, склонни да приписват злонамереност, не забравят обиди и винаги са готови да се ядосат и да контраатакуват. В криминалистичната популация това е вторият най-често срещан тип личностово разстройство при мъжете и третият най-често срещан при жените. Това обикновено се отнася за мъже на възраст 40-50 години, преследвани за престъпления срещу личността, с криминално минало в 40% от случаите и които са насилствени срещу познати лица, към които са подозрителни или които смятат, че са предали тях (пак там).

Динамиката на насилственото поведение на лицата с ПЛР се характеризира със следните елементи:

1. Честа преднамереност и злоба. Хората с този тип ЛР не импровизират, а по-скоро изработват план с проникателност и яснота и използват средства или стратегии, които гарантират тяхната цел.

2. Продромален компонент преди евентуално убийство. Има латентен период от първия акт на насилие до евентуалното убийство. Този аспект е от съществено значение за превенцията на убийствата, особено в случаите на шовинистично насилие. Параноикът обикновено дава предупреждение чрез незначителни или заплашителни атаки, които не трябва да се пренебрегват или минимизират.

3. Стресово обстоятелство преди престъплението. Обикновено това е реална или въображаема агресия срещу нечие самочувствие.

4. Фундаментална мотивация, медирана от отмъщение, злоба, чувство на унижение, срам или ревност.

5. Насилствено поведение, обикновено извършено самостоятелно, без да се търси помощ или съдействие от други хора.

6. Оправдание на насилственото поведение като неизбежно, в съответствие със задължението и следователно липса на разкаяние, без опит за бягство.

7. Склонност към съдебни дела и битки след минимални провокации (реални или въображаеми).

Параноидните личности извършват насилие поради изкривени интерпретации и преувеличени реакции на ежедневни ситуации, особено когато жертвата предприеме физическо или вербално действие, което се тълкува като лична атака. Важна степен на параноидизъм, наблюдавана при някои масови или серийни убийци, а също и при хора, които след предоставяне на услуги на обществото, често войници, са се чувствали презрени или недостатъчно компенсирани за това. Този тип личности също е често срещан при значими други извършители на насилие и е свързан с по-голямо присъствие на травматични симптоми.

Шизоидно разстройство на личността и насилие

Лицата с това разстройство на личността действат сами и могат да извършват насилствен акт срещу други лица, както и престъпления срещу сексуалната свобода. Обикновено те не са агресивни, но имат сериозни пристъпи на гняв, ако личното им пространство е нахлуто или са обезпокоени. Връзката между параноидно разстройство и шизоидно разстройство на личността може да бъде особено сериозна. В проучването на Stone за серийните убийци се разкрива, че 47% от тях отговарят на критериите за шизоидно

разстройство на личността. Насилието при хора с това разстройство е малко вероятно, но може да бъде екстремно и извършено по брутален начин. Това е показно насилие, което е медирано от фантазии и липса на чувства към хората.

Често липсват ясни външни причини за действията им, които така или иначе отговарят на въображаемия свят на лицето и са неочаквани и следователно непредсказуеми. Тези хора имат много ниско самочувствие и сериозни трудности в междуличностните отношения. Тъй като са негодуващи към обществото, те изпитват негативни емоции на гняв и отмъщение. Тяхната изолация и липсата на социални умения генерира отхвърляне, което увеличава риска от акт на насилие, който може да бъде изолиран, сериен или масов. Когато става въпрос за множество убийства, често последното е последвано от самоубийство (пак там).

Шизотипно разстройство на личността и насилие

Това е разстройство, което рядко се среща в съдебно-медицински и съдебно-психолого-психиатрични изследвания. Сравнително висок процент от тези лица (25%-44%) са погрешно диагностицирани с шизофрения. Хората със шизотипно разстройство на личността нямат адекватно ниво на емпатия и интерпретират посланията и знаците на другите по изкривен начин. Социалните комуникации са изпъстрени с идиосинкразия и са с нереални измерения, лични неуместности, обстоятелствена реч и метафорични отклонения. Така те лесно бъркат фантазията и реалността и са склонни да живеят нереален и субективен живот, откъснат от логиката и от общите ценности. За това допринася интересът им към магически и езотерични теми и към паранормални и непознати явления. Това ги кара да бъдат суеверни, да чувстват, че имат специални сили и да имат усещане за контрол върху събитията и лицата, било то чрез телепатия или ритуали.

По същия начин подозират и способността на други лица да им влияят, контролирайки ги. Те извършват насилственото си поведение сами. Насилствените им действия са резултат от дисрегулирана афективност. Те нямат ясен мотив и възникват импулсивно, без планиране. Мотивацията може да е екстравагантна, месианска или базирана на магически или илюзорни мисли, което прави този тип поведение много трудно за предсказване. Жертвите често са близки лица (семейство или полагащи грижи за тях). Тъй

като насилието възниква импулсивно и липсва планиране, насилникът лесно се идентифицира.

Антисоциално разстройство на личността и насилие

Това разстройство се определя като общ модел на незачитане и нарушаване на правата на другите. АЛР е най-често свързаното ЛР с насилствената престъпност, както при мъжете, така и в някои изследвания при жените. Съществува обаче тенденция към свръхдиагностициране в съдебно-медицинските и затворническите популации. Насилственото поведение, свързано с този тип ЛР, се характеризира с ранно, стабилно, многостранно начало (прилагано в различни контексти) и често в рамките на група. Криминалното минало и ескалацията на насилието са правило. Като цяло това са хора, които имат ниска емпатия и непоносимост към фрустрация, не се подчиняват на авторитети, изпитват “очарование” от извършеното насилие, жизнена нужда от нови преживявания и показват податливост към скука. Що се отнася до жертвите, те обикновено са непознати (55%) или такива, с които имат слаба връзка, като съседни или обикновени познати (20%) (Esbec, E., Echeburúa, E., 2010).

Въпреки че антисоциалното разстройство на личността и насилието споделят някои “диагностични критерии”, и двете съдържат различни конструкции. Точно това припокриване между антисоциалното поведение и насилственото поведение е едно от ограниченията на DSM-IV-TR и това може да доведе до объркване на разстройство с обикновена престъпност. Определящите черти на класическата „психопатия“ са валидни и за това разстройство - нарцисизъм, студенина и емоционална празнота, често свързани с високо ниво на интелигентност в услуга на техните интереси, манипулация или фалшификация. Тези лица може да имат добро ниво на вербална интелигентност, на фона на особено ниска емоционална интелигентност (пак там).

Нарцистично разстройство на личността и насилие

Заедно с параноидните черти, нарцистичният стил увеличава риска от насилие. Нарцисистите изпитват нездравословна нужда от възхищение. Те са арогантни и изключително чувствителни към всякакъв вид отхвърляне или презрение, но не са способни да разпознаят чувствата на другите. Тяхната арогантност, с прекомерно желание за

известност, често е свързана със завист по отношение на успеха на другите. Различни аспекти на нарцисизма, като авторитаризъм и експлоатация на другите, са тясно свързани с агресията. Разпространението сред насилници достига 6% и дори 25% от мъжете в затворническата психиатрична популация. Жертвите на насилствените действия на тези насилници могат да бъдат както познати, така и непознати за тях. Техните бурни реакции са в отговор на нараняване на егото им (нарцистично нараняване). Нарцисизмът е често срещана черта при всички видове насилници, особено антисоциалните.

Нарцистично разстройство на личността е установено в различни изследвания на сексуални престъпници, факт, който може да бъде свързан с прякото задоволяване на нарцистичните нужди и с убеждението, че останалите хора са просто средство за постигане на целите си. Когато нарцисизмът е в съчетание с психопатни черти и его-синтонна жестокост и поведение, винаги е налице повишен риск от извършване на тежко насилие.

Хистрионно разстройство на личността и насилие

Най-характерното за тези личности, понякога отглеждани в свръхпротективна семейна среда, е свръхчувствителността и склонността да се хиперболизира, както и склонността към фантазия. По този начин те правят грешки във възприятието, емоционално са свръхреактивни, имат променливост на настроението и лекота, с която могат да се почувстват унижени. Насилственото поведение е често срещано само при това разстройство, когато има коморбидност с антисоциално разстройство или с нарцистично разстройство. Това ЛР понякога се появява при лидери на антисоциални групи, които манипулират членовете на своята група, за да ги въвлекат в насилствено поведение (пак там).

Зависимо разстройство на личността и насилие

Хората с това разстройство на личността постоянно се нуждаят от одобрение и влияние. Могат да изпитват безпокойство и силен гняв поради реално или въображаемо въплъщение, което може да ги доведе, особено, до шовинистични актове на насилие, преди всичко, когато има злоупотреба с алкохол. Зависимите лица, ако бъдат изоставени, могат да изпитат такава степен на безнадеждност, че да се самоубият или да проявят насилие срещу човека, който ги е отхвърлил.

В други случаи силното чувство на несигурност и ревност може да предизвика емоционални състояния на ярост, които могат да ги накарат, в най-екстремните случаи, да извършат убийства, понякога последвани от самоубийство. Лицата с ЗЛР могат да бъдат

повлияни от антисоциални личности, като се има предвид голямата им нужда от уважение и групова интеграция, и по този начин те могат да станат съучастници в тежки престъпления.

Обсесивно-компулсивно разстройство на личността и насилие

Насилието при този тип ЛР е рядко, но може да се появи, когато засегнатият субект изпитва епизоди на липса на контрол и натрупан гняв, обикновено придружени от злоупотреба с алкохол. Това разстройство често е коморбидно с разстройства на настроението. Провокиращият фактор в тези случаи е гневът, който възниква поради непоносимост към критики, унижение и провал.

Насилието, упражнено самостоятелно, обикновено се упражнява върху познати лица. Следователно това може да се случи често и при лица, обвинени в унижаващо насилие или тормоз. По този начин, в проучването на проф. Fernández-Montalvo у Echeburúa върху извадка от мъже, които са извършили сериозни актове на насилие срещу своите значими други, това е честа категория (57,8%), поне според резултатите от МСМІ (Esbec, E., Echeburúa, E., 2010).

Избягващо разстройство на личността и насилие

Този тип разстройство, заедно с антисоциалните и граничните, често се наблюдава при сексуални насилници. Тези лица изпитват известно чувство на отмъщение към жените, тъй като се чувстват отхвърлени, защото не са способни да установяват връзки или защото чувстват, че са били осмивани от тях в миналото. Насилниците се характеризират с липса на самочувствие, несигурност и чувство за малоценност, страх от унижение и страх да се покажат такива, каквито са. Имат липса на социални умения.

Всичко това води до социална инхибиция и проява на свръхчувствителност към всякаква критика. Когато ги избягват, стават пасивно-агресивни. Това е поведението на типично отдръпване, но също могат да реагират и с импулсивна враждебност и по-агресивни реакции, като могат да атакуват другите, когато чувстват, че техните афективни нужди не са разпознати. Жертвите са познати на тях лица, които чувстват, че са ги отхвърлили, или непознати, които демонстрират реалното или въображаемо отхвърляне.

Невробиологична основа на връзката между личностните разстройства и насилието

Съществува общ консенсус в поддържането на това, че промените в няколко биологични системи и мозъчни анатомични характеристики са свързани с травми в детството и ЛР. Раннодетските травматични преживявания водят до хронична „свръхвъзбуда“ на **хипоталамо-хипофизно-надбъбречната ос (НРА)**, което води до по-високи нива на кортизол.

Няколко изследователи откриват **повишаване на нивата на кортизол** (в урината, слюнката и кръвта) при пациенти с ГЛР, което е отличителен белег за активиране на НРА. Кортизоловата хиперстимулация на хипокампуса може да генерира изкривена интерпретация на сигнали от околната среда като постоянни заплахи, следователно изпраща тези сигнали за опасност към амигдалата, която модулира страха и агресията. Освен това свръхфункционирането на префронталния кортекс генерира загуба на рационалност, разсъждения и капацитет за вземане на решения (Bozzatello, P., Rocca, P., Baldassarri, L., Bosia, M., & Bellino, S., 2021).

Corpus callosum и други миелинизирани области са потенциално уязвими към въздействието на ранното излагане на по-високи нива на **хормони на стреса**, които потискат деленето на глиалните клетки, което е от решаващо значение за миелинизацията и определят **намаления размер на corpus callosum**. Намаляването на размера на corpus callosum може да доведе до намалена комуникация между хемисферите, с повишена хемисферична латералност (пак там).

Психогенетиката и епигенетиката могат да ни помогнат да разберем по-добре ролята на травмата върху генетичното предразположение за развитие на ранна гранично-личностова психопатология. Взаимовръзката между гените и околната среда във връзка с поведението е докладвана за първи път от Caspi et al. (2002). По-специално, авторите отбелязват, че малтретирани деца, които развиват поведенческо разстройство и антисоциално разстройство на личността, имат генотип, който води до **ниски нива на експресия на моноаминооксидаза А (МАОА)** (Bulbena-Cabre, A. et al., 2018).

Martin Blanco и колеги (2016) правят проучване, насочено към изучаване на взаимодействието на НРА генетични полиморфизми и травма в детството при гранично личностово разстройство. Авторите установяват, че два алела на FKBP пролил изомераза 5

(FKBP5) (rs3798347-T и rs10947563-A) са по-чести при пациенти с ГЛР, които са преживели физическо насилие и емоционално пренабрегване, и два варианта на рецептор 2 на освобождаващия кортикотропин фактор 2 (CRHR2) (rs4722999-C и rs12701020-C) са по-чести при хора с ГЛР, сексуално и физически малтретирани. Тези открития могат да дадат основание да се твърди, че **травмата в детството** модулира появата на това разстройство.

Много невротрансмитери и хормони, включително вазопресин, стероиди, опиоиди и други вещества, участват в модулирането на агресивното поведение. Повечето от настоящите доказателства силно подкрепят ролята на серотонина и катехоламините. Серотонинът (5-хидрокситриптами; 5-НТ) упражнява инхибиторен контрол върху импулсивната агресия. Образува се в тялото чрез **хидроксилиране** и **декарбоксилиране** на незаменимата аминокиселина триптофан. Хидроксилирането е ограничаващият скоростта етап в синтеза на 5-НТ; катализира се от триптофан хидроксилаза (ТРН). Генът за ТРН е клониран и картографиран към късото рамо на хромозома 11; идентифицирани са два полиморфизма. Нивата на метаболит на серотонин, 5-хидроксииндолацетна киселина (5-НИАА) в гръбначно-мозъчната течност (CSF) на импулсивни насилници са свързани с ТРН генотипа (Volavka, J., 1999).

Като цяло се смята, че тези нива отразяват **пресинаптичната серотонинергична активност в мозъка**. По този начин намалените нива на CSF 5-НИАА показват намаляване на централната серотонинергична активност. На синаптично ниво обратното захващане е механизъм за прекратяване на действието на серотонина. Това обратно захващане се осъществява от носител на плазмената мембрана, наречен транспортер на серотонин (5НТТ). Генът за 5НТТ е картографиран към хромозома 17. Така, в обобщение, синтезът на серотонин и регулирането на активността са под генетичен контрол (пак там).

Норепинефриновите системи също играят роля в регулацията на агресията. Подобно на суицидното поведение, агресията е свързана с повишена норадренергична активност. Предизвиканата от стрес норадренергична активност е свързана с раздразнителната агресия при животните. Доказателствата за норадренергично участие в човешката агресия са косвени. Плазмените нива на епинефрин и норепинефрин са свързани с експериментално индуцирано враждебно поведение при здрави лица. Отговорът на хормона на растежа към клонидин, алфа-2-адренергичен рецепторен агонист, е свързан с раздразнителност (но не и нападение) при здрави лица и при пациенти с разстройства на

личността. Освен това, бета-адренергичните блокиращи агенти са използвани клинично за потискане на насилствено поведение при пациенти с различни невропсихиатрични разстройства (Volavka, J., 1999).

Психосоциални концепции за причинно-следствената връзка между личностните разстройства и насилието

Проблемът за личността на насилника остава един от основните и най-трудни за изследване. Академик А. Б. Сахаров казва, че „причините за индивидуалното насилие, както и причините за престъпността, не могат да бъдат разбрани, без да се вземе предвид личността на престъпника“ (Сахаров, А. Б., 1979, стр. 10, цит. по Владимирова, К. С., 2014). Следователно характеристиките на лицата, извършили престъпления, са най-важният компонент за изследване в съвременната криминологична и психологична наука.

Най-важната характеристика на престъпната личност е нейната **антисоциална ориентация**. Степента на социална деформация на личността на престъпника и неговите основни свойства се отразяват в наказателноправните характеристики, които позволяват да се идентифицират най-значимите качества и черти на лицето, извършило престъплението.

Те включват посоката и мотивацията на престъпното поведение, неговата продължителност и интензитет, наличието на криминално минало и др. Личността на насилника не се формира през целия му живот, а през определен период от време. Основните източници на такова формиране включват: самата личност с нейните индивидуални свойства; малки социални групи (семейство, училище, екип); обществото като цяло (негови политически, духовни, културни и образователни функции, които влияят върху политическите, икономическите и социалните условия на живот, житейския опит, вътрешните и външните политически събития) (пак там).

Без изключение всички семейни сексуални насилници проявяват точно този тип поведение. Важна роля в мотивирането на престъпното поведение на сексуален семеен изнасилвач играе ценностната ориентация, неразделна част от която е моралното и правно съзнание на индивида. Тези категории могат да се разглеждат като определени инструменти за социален (външен) и психологически (вътрешен) контрол. При престъпника такъв контрол или напълно липсва, или е значително отслабен или деформиран. Жизнената позиция на сексуалния семеен изнасилвач се характеризира с индивидуализъм, желание за

авторитарно потискане на другите, липсват му морални и правни норми и принципи. Такива хора действат под влияние на моментни импулси, без да мислят за закона и евентуалното наказание (пак там).

Проявите на насилие по принцип могат да се разглеждат като несъзнателно изнасяне навън на вътрешните конфликти на индивида. В повечето случаи тези вътрешни конфликти са следствие от непреработени психотравмени преживявания, генерирани в детството на извършителите. Малтретираните деца трупат огромен гняв и разочарование към себе си, родителите си и света като цяло (Тодоров, П., 2022).

Те формират базово недоверие, което силно затруднява процеса на социализация и формирането на балансирана самооценка. Децата са склонни да се чувстват виновни дори когато са наказвани безпричинно или са унижавани от родителите си. Като възрастни те продължават да изпитват огромно чувство на вина и дълбоки съмнения в личната си адекватност (Стойчев, Н., 2016).

Децата, преживели домашно насилие, изпитват трудности при социализация - при тях често са нарушени връзките с възрастните, няма изградени навици за общуване с връстниците, не притежават достатъчно ниво на знания и ерудиция, за да могат да имат авторитет в училище и др. Решение на своите проблеми децата - жертви на насилие, често намират в престъпна, асоциална среда, което нерядко е свързано с формиране на пристрастие към алкохол, наркотици, като започват да крадат и извършват други действия, преследвани от закона. Който и да е вид насилие формира у децата такива личностни и поведенчески особености, които ги правят малко привлекателни за околните, и дори опасни за обществените отношения (Тодоров, П., 2022).

Обществените загуби в резултат на насилието над децата представляват преди всичко **загуба на дееспособни членове на обществото** вследствие на нарушеното им психическо или физическо здраве, ниското образователно и професионално ниво. Това е **загуба на родители**, които са способни да възпитат здрави във физическо и нравствено отношение деца. Не на последно място това е „възпроизвеждане на насилие в обществото, като бившите жертви сами често стават насилници“ (Малкина-Пых, И., 2006, стр. 611).

Редица изследователи намират съотношения между педофилията и някои психологически характеристики, като например ниска самооценка и бедните социални умения. Коет (2002) в изследвания на извършители на сексуални престъпления срещу деца,

посочва, че педофилите имат разстройство във функционирането на личността; повишена пасивна агресивност, както и нарушена адаптивност спрямо условията на средата. Педофилите демонстрират повишени стойности в изследвания за социопатия и когнитивни нарушения (Христова, Л., 2023).

Според изследване на Уилсън и Кокс (1983), педофилите показват много по-големи стойности по психотизъм, невротизъм и интроверсия, отколкото контролна група лица на същата възраст. В много от научните изследвания се подчертава, че белезите на патологичната личност при педофилите подкрепят хипотезата, че тази патология е свързана едновременно с мотивацията за педофилно поведение и с провала при потискането на сексуалните желания.

В този контекст е трудно да се определи причинно-следственият механизъм, т.е. не може категорично да се определи дали педофилите се интересуват от деца, вследствие на това, че са силно интровертирани и намират компанията на деца за по-малко застрашителна; или пък социалното отдръпване, провокирано от тяхната интровертност, всъщност не е изолация, провокирана от наличието на тяхното сексуално влечение (пак там).

Сето (Seto, 2004) подчертава, че педофилите, попаднали за изследване в клинична среда, проявяват определена психопатология поради дистреса от сексуалните им предпочитания или поради натиска от страна на другите. В тази връзка могат да се интерпретират и проявите на психопатология сред педофилите, изследвани в наказателна среда, след като са били уличени за извършено престъпление (Христова, Л., 2023).

Ноетични (културни/духовни) аспекти на насилието, извършено от насилник с личностово разстройство

Ноетичният (духовният) аспект в биопсихосоционоетичния подход предполага отчитане на ролята на най-висшите съществени прояви на човек - неговата ценностна система и смисъла на живота в поддържането на здравето или неговото нарушаване (болест, разстройство) (Франкъл, В., 2008, Залевский, Г. В., 2012).

Тъй като по-горе беше теоретизирана темата за насилието и личностовите разстройства от биологичен, психологичен и социален аспект, в този кратък раздел ще бъде анализирана връзката между личностовите разстройства и насилието от ноетична гледна точка. Съгласно DSM-5 трябва да се вземат предвид многоизмерни подходи за превенция,

включващи културни аспекти, т.е. разбирането как хората реагират и тълкуват насилието в рамките на културния контекст.

Това е решаващ фактор при управлението на последствията от насилствени действия. Религиозността е вярата и практиката на доктрината, основана на религията, докато духовността се отнася до лично търсене на разбиране на екзистенциални въпроси, които може да не са непременно свързани с определена религия. Духовността може да се определи и като начинът, по който хората намират смисъл и цел в живота и изпитват връзка с другите (пак там).

Проучванията показват, че религиозността и духовността са свързани с подобро психологическо благополучие, удовлетворение, щастие и по-ниска симптоматика на депресия, тревожност и посттравматичен стрес. В съответствие с тези факти, духовните и религиозните вярвания са били широко използвани като допълващи стратегии за рехабилитация на психичното здраве по отношение на депресия, тревожност, злоупотреба с вещества и самоубийства, давайки обещаващи резултати.

Освен това, те играят защитна роля срещу насилието и престъпността, като възпират престъпността независимо от вида. Например, национално представителни изследвания на юноши и младежи в САЩ откриват по-малко сбивания, групови нападения, стрелба и намушквания сред религиозните изследвани лица. По същия начин се съобщава, че хората с по-високи нива на религиозност и духовност извършват по-малко насилствени действия спрямо интимни партньори, по-малко участват в рисково сексуално поведение и по-категорично осъждат престъпленията (пак там).

Според Gonçalves, J. P. D. B., Lucchetti, G., et. al. (2023), четири систематични прегледа са показали последователна, силна корелация между по-висока религиозност и духовност и по-ниска честота на насилие. Те изследват връзката между религиозност-духовност и междуличностното насилие, включително домашното насилие и физическата и сексуалната агресия. Чрез оценяване на реалното въздействие на тези човешки измерения върху междуличностното насилие, изследователите откриват, че религиозността и духовността могат да помогнат за проектирането и прилагането на превантивни стратегии за подобряване на общественото здраве (пак там).

Процесите, които трябва да бъдат част от ноетичната терапия, включват: **формиране на смисъл → самопознание → креативност → развитие на осъзнаването → формиране**

и развитие на духовността. Културната терапия отговаря на изискванията на медицинската и психологическата етика, спазването на правните стандарти за терапия на насилниците, субект-субектното взаимодействие, като се вземат предвид етапите на психодезадаптивните им състояния и характеристиките на различни форми на разстройства на личността и др. Духовното трансформиране преминава през няколко нива на съзнанието: **епистемологично → екзистенциално → духовно.**

ОБОБЩЕНИЕ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В обобщение може да се каже, че насилието и личностните разстройства са многодименсионални феномени, свързани помежду си на различни нива – биологично, психологично, социално и ноетично. Това са уникални по своята същност, разнообразни, специфични, особени по своето проявление клинични проблеми, които днес са по-актуални от всякога.

Насилието и личностните разстройства са взаимосвързани и за това съществуват достатъчно емпирични доказателства. Въпросът обаче за причинно-следствената им връзка и за някои по-специфични аспекти все още е дискуссионен и едва ли би се разрешил в скоро време. Това прави темата нестихващо актуална и перспективна за бъдещи научни клинични изследвания.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Асенова, И. (2018). Психопатология. Благоевград: изд. СМИЛКОВ ЕООД
2. Залевский Г. В. (2005). Психология здоровья – проблемы образования и культуры. Материалы Всероссийской конференции (Томск, 5-7 октября). Сибирский психологический журнал, (22), 153-157
3. Залевский, Г. В. (2006). К проблеме предмета и рамочных моделей современной клинической психологии. Сибирский психологический журнал, (23), 6-13

4. Зърлевски, К. (2022). История на клиничната психология – класически дискурс и съвременни научни тенденции в развитието ѝ. В: сб. Приложна психология и социална практика. Варна: ИК на ВСУ „Черноризец Храбър“
5. Зърлевски, К. (2022). Психопатология на зависимото поведение – връзката между личностни разстройства, социокултура и наркозависимостта. Благоевград: В: Годишник по психология, Философски факултет, ЮЗУ “Неофит Рилски”, 13 (1), 137-166
6. Зърлевски, К. (2023). Биопсихосоциоестиката по света и у нас – психотерапевтична парадигма, стар подход или нова перспектива? Благоевград: В: Годишник по психология, Философски факултет, ЮЗУ “Неофит Рилски”, 14 (2), 14-54
7. Исагулова, Е. Ю. (2023). Физическое, сексуальное, эмоциональное насилие в детстве - предпосылки развития пограничного расстройства личности в подростковом возрасте (обзор зарубежных исследований). Вестник психотерапии, (85), 60-69
8. Малкина-Пых, И. (2006). Психология поведения жертвы. Справочник практического психолога. Москва: Эксмо
9. Маринов, П., Велинов, В. (рец.) (2009). Справочник за диагностичните критерии на ДСН – IV – ТР. София: изд. Изток-Запад
10. Миланова, В. (2013). Психиатрия. София: изд. Медицина и физкултура
11. Ончев, Г. (2012). Личностова абнормност в клиничната практика. София: изд. “КОНТЕКСТ”
12. Попов, Г. (2010). Обща и клинична психопатология. Варна: изд. “Стено”
13. Пушкарова, Г. И. (2015). Значение на психичното здраве на извършители с личностови разстройства при индивидуализация на най-тежките наказания. В: Национална конференция “Законът на правото или правото на закона”, 20 ноември, Нов български университет, 125-142
14. Радман, А. Х. М. (2002). Психологични особености на извършителите на сексуално насилие в йеменската криминологична и психологична литература. Психологични изследвания, 5(1), 87-95
15. Рей, У. Д. (2019). Анормална психология – невронаучни перспективи към човешкото поведение и опит. София: изд. Изток-Запад

16. Самойленко, К. В. (2014). Криминологическая характеристика лиц, совершающих сексуальное насилие в семье. Вестник Краснодарского университета МВД России, 1 (23), 42-47
17. Семке, В. Я. (2012). Психология и психопатология насилия. В: Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 70 (1), 5-7
18. Стойков, И. (2009). Обща психопатология. Велико Търново: изд. “ИВИС”
19. Стойчев, Н. (2016). Насилието. Психологически анализ от местопрестъплението. София: изд. “Труд”
20. Тейлър, М., Вайдия, Н. (2022). Дескриптивна психопатология – признаци и симптоми на поведенческите разстройства. София: изд. Изток-Запад
21. Тодоров, П. (2022). Децата като жертви на домашно насилие. Годишник-Висше училище по сигурност и икономика, 19 (1), 205-216
22. Христова, Л. (2023). Сексуални насилници на деца. София: изд. Сиела норма АД
23. Чирков, А. М. (2017). Полимодалная психотерапия ассоциации стрессовых и психических личностных расстройств у осужденных. Пенитенциарная наука, 1 (37), 67
24. Bozzatello, P., Rocca, P., Baldassarri, L., Bosia, M., & Bellino, S. (2021). The role of trauma in early onset borderline personality disorder: a biopsychosocial perspective. *Frontiers in psychiatry*, 12
25. Bulbena-Cabre A, Bassir Nia A, Perez-Rodriguez MM. (2018). Current knowledge on gene-environment interactions in personality disorders: an update. *Current Psychiatry Rep.*, 20-74
26. Caspi, A., McCray, J., Moffitt, T.E., Mill, J., Martin, J., Craig, I.W., et al. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297:851–4
27. Esbec, E., & Echeburúa, E. (2010). Violence and personality disorders: clinical and forensic implications. *Actas Esp Psiquiatr*, 38(5), 249-261
28. Gonçalves, J. P. D. B., Lucchetti, G., Maraldi, E. D. O., Fernandez, P. E. L., Menezes, P. R., & Vallada, H. (2023). The role of religiosity and spirituality in interpersonal violence: a systematic review and meta-analysis. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 45, 162-181
29. Martín-Blanco, A., Ferrer, M., Soler, J., Arranz, M.J., Vega, D., Calvo, N., et al. (2016). The role of hypothalamus–pituitary adrenal genes and childhood trauma in borderline personality disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266:307–16

30. Nestor, P. G. (2002). Mental disorder and violence: personality dimensions and clinical features. *American Journal of Psychiatry*, 159(12), 1973-1978
31. Volavka, J. (1999). The neurobiology of violence: an update. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 11(3), 307-314