



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ
ΣΕ ΕΛΛΗΝΕΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

ΣΟΦΙΑ ΜΑΡΤΙΝΑΚΗ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2013



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ
ΣΕ ΕΛΛΗΝΕΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

ΣΟΦΙΑ ΜΑΡΤΙΝΑΚΗ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2013

« Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνωμών του συγγραφέα Ν. 5343/32. Άρθρο, 202, παράγραφος 2 (νομική κατοχύρωση του Ιατρικού Τμήματος)».

Ημερομηνία αίτησης της κ. Μαρτινάκη Σοφίας : 16-11-2006

Ημερομηνία ορισμού Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 596^α/12-12-2006

Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

Επιβλέπων

Μαυρέας Βενετσάνος Καθηγητής Ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Μέλη

Πλουμπίδης Δημήτριος Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Σκαπινάκης Πέτρος λέκτορας Ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Ημερομηνία ορισμού θέματος: 12-12-2006

«Διερεύνηση της επικινδυνότητας σε Έλληνες Ψυχικά ασθενείς»

ΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ : 747^α/31-1-2013

Βουγιουκλάκης Θεόδωρος	Καθηγητής Ιατροδικαστικής -Τοξικολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Ελισάφ Μωυσής	Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Μαυρέας Βενετσάνος	Καθηγητής Ψυχιατρικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Δουζένης Αθανάσιος	Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
Μπεργιαννάκη –Δερμετζάκη Ιωάννα –Δέσποινα	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
Πλουμπίδης Δημήτριος	Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
Σκαπινάκης Πέτρος	Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Έγκριση Διδακτορικής Διατριβής με βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» στις 3-4-2013

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ

Μαργαρίτα Τσαφλίδου

Καθηγήτρια Ιατρικής Φυσικής

Η Γραμματέας της Σχολής


ΜΑΡΙΑ ΚΑΠΤΟΠΟΥΛΟΥ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ - ΑΦΙΕΡΩΣΕΙΣ

Για την ολοκλήρωση της παρούσης εργασίας, είμαι ευγνώμων σε αρκετό κόσμο για τη βοήθεια, υποστήριξη και κατανόηση που μου έδειξαν.

Πρωτίστως στα μέλη της τριμελούς επιτροπής , τον επιβλέποντα Καθηγητή Ψυχιατρικής Μαυρέα Βενετσάνο για την εμπιστοσύνη που έδειξε στο πρόσωπό μου με την ανάθεση αυτής της εργασίας και την επιστημονική καθοδήγηση που μου παρείχε.

Τον Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής Πλουμπίδη Δημήτρη για την αμέριστη και συνεχή παρουσία , έμπρακτη συμπαράσταση και ενθάρρυνση.

Τον Επίκουρο Καθηγητή Ψυχιατρικής Σκαπινάκη Πέτρο για τις επιστημονικές συμβουλές, τα πολύτιμα σχόλια και την διαρκή υποστήριξη.

Όλοι μαζί - ο καθένας από τη δική του σκοπιά - μου προσέφεραν τη δυνατότητα να προσεγγίσω και να χρησιμοποιήσω τη γνώση με ένα δικό μου τρόπο.

Παράλληλα αισθάνομαι υποχρεωμένη προς τους Επιστημονικά Υπεύθυνους των ψυχιατρικών τμημάτων καθώς και τους συμμετέχοντες που ανταποκρίθηκαν στο κάλεσμά μου.

Οφείλω πολλά στους συναδέλφους, επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας, που συνέβαλλαν στη συλλογή του δείγματος, Κο Αθανασιάση Θεόφιλο, Κα Αθηναίου Διαμαντίνα, Κα Βερικάκη Ολγα, Κα Ζήκου Μαρία, Κα Μπερκ Αριστέα, Κα Νεράντζη Μαρία , Κα Νταουντάκη Κυριακή, Κα Τάκα Χριστίνα, Κα Τσιμπούλη Ειρήνη καθώς και όλο το Νοσηλευτικό προσωπικό της πτέρυγας Κουρέτα της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο.

Ιδιαίτερα όμως, πρέπει να ευχαριστήσω τις δύο «φύλακες αγγέλους» μου, Παπαϊωάννου Αγγελική και Σταθαρού Αγγελική που ήταν διαρκώς κοντά μου και δεν έπαψαν στιγμή να με ενθαρρύνουν και να με ενισχύουν.

Θέλω επίσης, να εκφράσω θερμότερες ευχαριστίες στον Ψυχίατρο Επιμελητή Α΄ Τσόπελα Χρήστο για την ανοχή, τις ατέλειωτες ώρες των συνομιλιών μας, τις παρατηρήσεις, τις πολύτιμες συμβουλές, και φυσικά για την από κοινού προσπάθεια προβολής της κλίμακας HCR-20 με δημοσιεύσεις και ανακοινώσεις σε κάθε ευκαιρία.

Επιπλέον, θεωρώ χρέος μου να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες στη βιοστατιστικό Χαρά Τζαβάρια για την στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων και την ανεκτικότητα της στις άπειρες απορίες μου.

Τέλος, μα φυσικά καθόλου λιγότερο, θέλω να ευχαριστήσω τον σύζυγο και τον γιό μου, για την αγάπη τους και την υπομονή που έδειξαν όλα αυτά τα χρόνια της διεξαγωγής της παρούσης εργασίας. Τους ζητώ ειλικρινά συγγνώμη για τις ώρες και τη φροντίδα που τους στέρησα.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η επικινδυνότητα ανέκαθεν αποτελούσε μια κοινωνική απειλή και ως εκ τούτου κάθε προηγμένη πολιτεία έχει καταβάλει προσπάθεια για την πρόβλεψη και αντιμετώπισή της. Το ρόλο αυτό ανέλαβαν κυρίως οι επιστήμονες Ψυχικής Υγείας.

Ιδιαίτερα για την Ψυχιατρική επιστήμη, η εκτίμηση της επικινδυνότητας αποτέλεσε μια σημαντική πρόκληση, καθώς ο χαμηλός βαθμός αντικειμενικότητας στην αντίληψη του κινδύνου, οδήγησε στην κυρίαρχη άποψη πως η έννοια της επικινδυνότητας, στην οποία βασίζονται πολύ σημαντικές αποφάσεις, ήταν δύσκολο να καθοριστεί με ακρίβεια.

Πλήθος ερευνητικών εργασιών στο παρελθόν, αμφισβητούσαν τη δυνατότητα πρόβλεψης μιας μελλοντικής συμπεριφοράς που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί επικίνδυνη. Η βασική δυσκολία έγκειται στη διαφορετική μεθοδολογία και τον τρόπο προσέγγισης του θέματος. Η κύρια αιτία της έλλειψης αξιοπιστίας στον υπολογισμό της επικινδυνότητας, θα μπορούσε να αποδοθεί σε ασάφειες, στην έλλειψη κριτηρίων αξιολόγησης και φυσικά σε υποκειμενικούς παράγοντες.

Η ανάπτυξη εργαλείων εκτίμησης της επικινδυνότητας (όπως της Historical Clinical Risk Assessment -20), τις τελευταίες δεκαετίες είχε ως συνέπεια την ανατροπή της υφιστάμενης κατάστασης και την καλλιέργεια ενός κλίματος αισιοδοξίας κυρίως λόγω της σημαντικής προβλεπτικής εγκυρότητας και αξιοπιστίας που έχουν επιδείξει , αλλά και της ευχρηστίας τους στην καθημερινή κλινική πρακτική.

Η δομή της παρούσας εργασίας περιλαμβάνει στο γενικό μέρος (κεφάλαιο 2) τον προσδιορισμό του όρου της επικινδυνότητας και άλλων συναφών εννοιών όπως της βίας , της επιθετικότητας και της ψυχοπαθητικότητας. Ο σαφής προσδιορισμός αυτών των εννοιών κρίθηκε σημαντικός καθώς αποσκοπεί στην αποσαφήνιση , στην επισήμανση και τη διάκριση των λεπτών εκείνων σημείων που διαφοροποιούν τη μια από την άλλη.

Η θεματολογία που πραγματεύεται το κεφάλαιο 3 αφορά αποκλειστικά στην επικινδυνότητα και τα προβλήματα που σχετίζονται με την πρόβλεψή της και τον προσδιορισμό της.

Στο κεφάλαιο 4 παρουσιάζεται η συσχέτιση της επικινδυνότητας και της επιθετικότητας -των δύο βασικότερων εννοιών που κατά κύριο λόγο πραγματεύεται η συγκεκριμένη εργασία- με εκφάνσεις της ψυχικής νόσου, αλλά και η σχέση σοβαρών επικίνδυνων συμπεριφορών (παραβατικές πράξεις, εγκληματικότητα) με τη διαγνωστική κατηγορία των ψυχώσεων και ιδιαίτερα την σχιζοφρένεια.

Ιδιαίτερης σημασίας θεωρείται το κεφάλαιο 5, στο οποίο περιγράφεται η προσπάθεια ανάπτυξης ψυχομετρικών εργαλείων που συμβάλλουν στην εκτίμηση του κινδύνου επανάληψης μιας βίαιης / επιθετικής πράξης στο μέλλον, αλλά και η αναγκαιότητα χρησιμοποίησης αυτών στην καθημερινή πρακτική.

Κλείνοντας το γενικό μέρος, παρουσιάζονται εν συντομία, οι κοινωνικές συνέπειες (στίγμα) που προκύπτουν από τον χαρακτηρισμό των ψυχικά ασθενών ως επικίνδυνοι και ο ρόλος των ΜΜΕ στην καλλιέργεια , ενίσχυση ή μη, αρνητικής στάσης στο ευρύ κοινό. Η ψυχική νόσος αποτελεί ακόμη και στις μέρες μας ένα θέμα taboo, που προκαλεί ανησυχία, φόβο και την τάση διατήρησης ασφαλούς απόστασης από το άτομο που νοσεί. Τα ΜΜΕ διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση και διατήρηση αυτής της στάσης, συμβάλλοντας έτσι, στο να υπογραμμίζεται ο διαχωρισμός και να περιχαρακώνονται τα όρια μεταξύ των υγιών και των ασθενών.

Στο ειδικό μέρος παρουσιάζεται ο σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας, το υλικό που χρησιμοποιήθηκε και η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε. Καθώς στη χώρα μας ο κίνδυνος εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς δεν έχει μελετηθεί επαρκώς, ο κύριος σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εξετάσει την πιθανότητα σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε κάποιο ψυχιατρικό τμήμα γενικού ή ειδικού νοσοκομείου να εκδηλώσουν βίαιη συμπεριφορά στο μέλλον. Το δείγμα αποτέλεσαν διακόσιοι ενενήντα πέντε (295) ασθενείς που αξιολογήθηκαν με τις κλίμακες HCR-20 , PCL:SV και GAF πριν την έξοδό τους από το νοσοκομείο και παρακολούθηθηκαν για έξι (6) συνεχόμενες εξάμηνες περιόδους.

Το κεφάλαιο των αποτελεσμάτων περιλαμβάνει την παρουσίαση των χαρακτηριστικών του δείγματος και την στατιστική επεξεργασία, ενώ στο τελευταίο κεφάλαιο της συζήτησης παρατίθεται η βιβλιογραφική τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν με ευρήματα από τη διεθνή βιβλιογραφία, καθώς και τα κυριότερα ευρήματα- συμπεράσματα της παρούσας μελέτης.

Τέλος, η δομή της εργασίας ολοκληρώνεται με την παράθεση των περιορισμών της, αλλά και των προτάσεων για μελλοντική έρευνα και μελέτη.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ : 1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Εισαγωγή

ΚΕΦΑΛΑΙΟ : 2 ΟΡΙΣΜΟΙ

- 2.1. Επικινδυνότητα.
- 2.2. Επιθετικότητα.
- 2.3. Βία.
- 2.4. Ψυχοπαθητικότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ : 3

- 3.1. Μελέτη Επικινδυνότητας.
- 3.2. Πρόβλεψη Επικινδυνότητας.
- 3.3. Προβλήματα από τον προσδιορισμό της έννοιας Επικινδυνότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ : 4

- 4.1. Επικινδυνότητα και Ψυχική Ασθένεια .
- 4.2. Επιθετικότητα και Ψυχική Ασθένεια.
- 4.3. Ψυχώσεις και Παραβατικές Συμπεριφορές.
- 4.4. Σχιζοφρένεια και Εγκληματικότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ : 5

- 5.1. Ανάπτυξη ψυχομετρικών εργαλείων εκτίμησης επικινδυνότητας.
5. 2.Αναγκαιότητα χρησιμοποίησης ψυχομετρικών εργαλείων εκτίμησης του κινδύνου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ : 6

- 6.1. Στίγμα.
- 6.2. Ο ρόλος των Μ.Μ.Ε.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ: 7 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

- 7.1. Παρούσα μελέτη.
- 7.2. Ερευνητική Στρατηγική.
 - 7.2.1. Σχεδιασμός Μελέτης.
 - 7.2.2. Δείγμα Συμμετεχόντων.
 - 7.2.2.1 Κριτήρια Επιλογής.
 - 7.2.2.2. Κριτήρια Αποκλεισμού.
- 7.3. Ερευνητική Διαδικασία.
- 7.4. Ερευνητικά Εργαλεία.
- 7.5. Ηθικά Ζητήματα.
- 7.6. Στατιστική Ανάλυση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ : 8 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

- 8.1. Ποσοστό Απαντητικότητας.
- 8.2. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά.
 - 8.2.1. Χαρακτηριστικά Δείγματος πρώτου χρόνου μέτρησης (T0)
 - 8.2.2. Χαρακτηριστικά Δείγματος χρόνου μεταπαρακολούθησης (T1)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ : 9 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

- 9.1. Προβλεπτική εγκυρότητα και αξιοπιστία των κλιμάκων HCR-20 και PCL:SV.
 - Συσχέτιση Παραγόντων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ :10 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

10.1. Περιορισμοί Εργασίας

10.2. Προτάσεις

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΑΓΓΛΙΚΗ (ABSTRACT)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

- Κατάσταση Δημογραφικών Στοιχείων (Εντυπο Α).
- Κατάσταση Κλινικών Στοιχείων (Εντυπο Β).
- Κλίμακες.
- Συναινετική Επιστολή.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ : 1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πρόβλεψη μελλοντικής εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς από ψυχικά ασθενείς, έχει να επιδείξει μακρά και δύσκολη πορεία. Μέχρι το 1966 σχετικά μικρή προσοχή είχε δοθεί στο πόσο καλά οι κλινικοί εκτιμούσαν την επικινδυνότητα.

Η επίσημη ανακοίνωση του Baxtrom ενάντια στις θέσεις του Herald που βασίστηκε στο εξιτήριο ή τη μεταφορά ασθενών από δύο τμήματα υψίστης ασφαλείας στην κοινότητα ή σε τμήμα χαμηλής ασφάλειας 996 ασθενών, αποτέλεσε το ορόσημο στην ιστορία για την εκτίμηση της επικινδυνότητας.¹

Κατά τη δεκαετία του '70 σε διάφορες μελέτες επισημαίνονταν πως οι κλινικοί είχαν ελάχιστη εμπειρία στην πρόβλεψη επικίνδυνων συμπεριφορών.^{2, 3}

Ο Monahan αναθεώρησε αυτές τις μελέτες «πρώτης γενιάς» και συμπέρανε « πως το ανώτατο όριο ακρίβειας, το οποίο ακόμη και η καλύτερη τεχνολογία εκτίμησης θα μπορούσε να εκτιμήσει φτάνει το 0,33». Ανέφερε επίσης πως οι καλύτεροι προβλεπτικοί παράγοντες για τη βία στους ψυχικά ασθενείς ήταν οι ίδιοι προβλεπτικοί παράγοντες που προέβλεπαν τη βία σε μη ψυχικά ασθενείς και πως οι πιο «φτωχοί» παράγοντες ήταν η διάγνωση και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας.⁴

Μεταγενέστερες μελέτες, παρόλα αυτά, αμφισβήτησαν αυτά τα συμπεράσματα, ειδικά όσα κατέδειξαν συσχετίσεις μεταξύ των μετρήσεων βίαιης συμπεριφοράς – παραπτωμάτων και ειδικών κλινικών διαγνώσεων.⁵

Η μελέτη Mac Arthur Violence Risk Assessment – VRAS- επεσήμανε τη σημασία των κλινικών παραγόντων όπως η κατάχρηση ουσιών και η ψυχοπαθητικότητα (τα οποία προσδιορίστηκαν και ως σημαντικά κριτήρια από τον Hare).⁶

Στη διαθέσιμη βιβλιογραφία αναφέρονται μια σειρά από παράγοντες που διαφοροποιούν τους ασθενείς που είναι επιθετικοί από αυτούς που δεν είναι. Τέτοιοι είναι το ιστορικό συλλήψεων, η νεαρότερη ηλικία, η θυματοποίηση στην παιδική ηλικία, το περβάλλον της παιδικής ηλικίας, η συμπεριφορά στο τμήμα και η συννοσηρότητα χρήσης ουσιών με σχιζοφρένεια^{7,8,9,10}

Επιπρόσθετα, αναφέρεται πως τουλάχιστον κάποιοι παράγοντες της βίαιης συμπεριφοράς ποικίλουν από τύπο σε τύπο ψυχικής διαταραχής¹¹, από την κατάσταση¹², από τον τύπο της βίαιης συμπεριφοράς¹³. Για παράδειγμα, ερευνητικές μελέτες υποστηρίζουν πως σε κλειστά τμήματα ασθενείς με οργανικό ψυχοσύνδρομο, νοητική καθυστέρηση και ψύχωση με ελαφρά νευρολογικά συμπτώματα είναι πιο πιθανό να συμπεριφερθούν βίαια¹⁴. Αντίθετα, στην κοινότητα, η διαταραχή που συνδέεται

περισσότερο με υψηλά ποσοστά βίας είναι η ψυχοπαθητικότητα ¹⁵ . Σε ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή που νοσηλεύονται , οι διαταραχές στη σκέψη και στη συγκέντρωση καθώς και η σύγχυση ενοχοποιούνται για την εκδήλωση βίαιων συμπεριφορών¹⁶ , ενώ το προηγούμενο ιστορικό αντικοινωνικής και βίαιης συμπεριφοράς σχετίζεται σημαντικά με βίαιες εγκληματικές πράξεις στην κοινότητα ¹⁷ .

Σε μια εξονυχιστική ανασκόπηση ο Steinert ¹¹ κατέληξε πως η προηγούμενη βία αποτελεί τη μόνη στατική μεταβλητή που έχει ισχυρή προβλεπτική αξία ,ενώ το φύλο, η ηλικία η διάγνωση και η χρήση αλκοόλ είναι ήσσονος σημασίας. Η κλινική κατάσταση συνδέεται στενά με την βίαιη συμπεριφορά.

Για πολλά χρόνια οι έρευνες εστιάζονταν στην ακρίβεια των παραμέτρων πρόβλεψης βίας, σε μεγάλους ανομοιογενείς πληθυσμούς και χρησιμοποιούσαν συνήθως στατικούς παράγοντες ακρίβειας. Οι δισταμένες απόψεις σχετικά με την αξία των κλινικών ενάντια στις δυναμικές προσεγγίσεις για την πρόβλεψη της βίαιης συμπεριφοράς, οδήγησαν σε δημόσιες συζητήσεις που είχαν σαν συνέπεια την ανάπτυξη και στάθμιση υπολογιστικών εργαλείων (actuarial) εκτίμησης του κινδύνου και τα οποία μπορούν να αξιολογήσουν την πιθανότητα εκδήλωσης ποικίλων μορφών βίαιης συμπεριφοράς ¹⁸ . Τα εργαλεία αυτά εμπεριείχαν ένα συνδυασμό προσεγγίσεων.

Αρκετά χρόνια επίσης, αμφισβητήθηκε η χρήση εργαλείων εκτίμησης της επικινδυνότητας. Ενας λόγος για την απροθυμία υιοθέτησης αυτών των εργαλείων στην καθημερινή κλινική πρακτική υπήρξε η έλλειψη αξιοπιστίας τους. Ενας άλλος λόγος πιθανά να σχετίζεται με την αντίληψη πως η υιοθέτησή τους απειλεί το ρόλο και τη συνεισφορά της κλινικής εκτίμησης. ¹⁹

Σε πολλές χώρες έχει παρατηρηθεί σημαντική εξέλιξη στην έρευνα σχετικά με την εκτίμηση του κινδύνου σε ψυχικά ασθενείς παραβάτες^{20,21} και ψυχικά ασθενείς.^{22,23}

Τα τελευταία χρόνια, υπάρχουν αρκετά εργαλεία εκτίμησης της επικινδυνότητας τα οποία περιέχουν δυναμικούς παράγοντες που είναι ευαίσθητοι στην όποια αλλαγή μέσω των παρεμβάσεων. Αυτός ο συνδυασμός στατικών και δυναμικών παραμέτρων, επιτρέπει στους κλινικούς την επανεξέταση της επικινδυνότητας σε διαφορετικές χρονικές στιγμές.

Στην κλινική πρακτική οι ψυχίατροι συνήθως εστιάζουν στην επικινδυνότητα των ψυχικά ασθενών. Η κλίμακα HCR-20 σχεδιάστηκε ώστε να βοηθήσει στην εκτίμηση αυτού του τύπου κινδύνου²⁴ και έχει παρουσιάσει σοβαρά δείγματα πρόβλεψης βίαιων συμπεριφορών ψυχικά ασθενών.

Η HCR -20 ως κλίμακα είναι σύμφωνα με τη βιβλιογραφία ένα προβλεπτικό εργαλείο βίαιης συμπεριφοράς . Διαφέρει από τις προκατόχους της , καθώς περιλαμβάνει

όχι μόνο στατικά λήμματα τα οποία βασίζονται στο ιστορικό του ασθενή ,αλλά και δυναμικά λήμματα τα οποία εκτιμούν την παρούσα κλινική κατάσταση και τους περιβαλλοντικούς αξιολόγησι βάσει ειδικών εργαλείων θα πρέπει να αποτελεί μέρος της συνολικής κλινικής εκτίμησης του ασθενούς.

Η HCR-20 δεν αποτελεί μια κλίμακα που απλά βαθμολογείται και κατατάσσει τα άτομα σε επίπεδα επικινδυνότητας (risk levels), αλλά βοηθά τους κλινικούς να αποφασίσουν για το βαθμό επικινδυνότητας ενός ατόμου, έχοντας στο μυαλό τους πως όσο περισσότεροι παράγοντες κινδύνου είναι παρόντες τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα τα άτομα να συμπεριφερθούν βίαια.

Ως κλίμακα επιτρέπει και το ενδεχόμενο να υφίσταται ένας μικρός αριθμός παραγόντων επικινδυνότητας για ένα άτομο αλλά η επικινδυνότητα να μην θεωρείται σημαντική. Η μόνη λογική εξήγηση για αυτό είναι πως τα λήμματα της HCR-20 επινοήθηκαν εμπειρικά ή εννοιολογικά με την βία και ως εκ τούτου μπορεί να τοποθετήσουν ένα άτομο σε υψηλό ή χαμηλό επίπεδο επικινδυνότητας.²⁵

Στις μέρες μας η πλειοψηφία αξιόπιστων μελετών της HCR-20 έχουν πραγματοποιηθεί στη Βόρεια Αμερική και τη Σουηδία και η εσωτερική εγκυρότητα φαίνεται να είναι αποδεκτή.^{26,27, 28}

Μελέτες αναφορικά με τη χρησιμότητα της HCR-20 στην πρόβλεψη των επανεισαγωγών και γενικότερα της έκβασης μετά το εξιτήριο κατέδειξαν πως τα ιστορικά στοιχεία έχουν μεγαλύτερη προβλεπτική εγκυρότητα από την πιθανότητα της τύχης σε ψυχιατροδικαστικούς ασθενείς στη Μ. Βρετανία και τη Σουηδία.^{29, 30}

Ακόμη νεώτερες μελέτες, οι οποίες εστιάζουν στους δυναμικούς παράγοντες της HCR-20 επίσης κατέδειξαν σημαντική συσχέτιση μεταξύ των βαθμολογήσεων στις υποκλίμακες C και R και τις μελλοντικές επανεισαγωγές και στη βία στην κοινότητα στη Β. Αμερική και τη Σουηδία.^{31,32}

Συμπερασματικά θα λέγαμε πως η ικανότητα εκτίμησης του κινδύνου εκτροπής στο μέλλον μπορεί να επιτευχθεί με τη χρήση δομημένων εργαλείων, καθώς και των εμπειρικών και θεωρητικών κρίσεων.^{33,34}

Συνεπώς η εκτίμηση της επικινδυνότητας ολοκληρώνεται με τον θεραπευτικό σχεδιασμό³⁵, χρησιμοποιείται ως μέτρο για τις ανάγκες του ασθενούς³⁶, και οι μετρήσεις μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως οδηγός για τις παρεμβάσεις μείωσης των επικίνδυνων συμπεριφορών³⁷.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ : 2 ΟΡΙΣΜΟΙ

2.1. ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ

Ως κίνδυνος ορίζεται η « πιθανή δυσάρεστη έκβαση, ιδίως συνεπαγόμενη την απώλεια της ζωής». Στην προσθήκη της πρόθεσης «επί» οφείλεται η δημιουργία των λέξεων επικίνδυνος και επικινδυνότητα που υποδηλώνουν την ύπαρξη κινδύνου.³⁸

Σε πολλές λατινογενείς γλώσσες, παρατηρείται η ύπαρξη κοινής ρίζας σε λέξεις που αναφέρονται στον κίνδυνο και την επικινδυνότητα (π.χ. *dangerosity*, *dangerosité*, *dangerosita*). Γενικότερα, υποστηρίζεται ότι προέρχεται από το λατινικό «*dominarium*» που σημαίνει κυριότητα και εξουσία.

Ως έννοια η επικινδυνότητας αναφέρεται στην αυξημένη πιθανότητα εγκληματικής εκτροπής που χαρακτηρίζει κάποιο άτομο, ενώ ως ιδιότητα χαρακτηρίζει καταστάσεις, ενέργειες και άτομα. Η χρήση του όρου αποσκοπεί κυρίως στην πρόγνωση της ανθρώπινης συμπεριφοράς.

Στην εγκληματολογία, η έννοια αυτή εισάγεται από την ιταλική θετικιστική σχολή και εναρμονίζεται με τη βασική επιδίωξη της κλινικής εγκληματολογίας: την επισήμανση των βασικών χαρακτηριστικών της «επικίνδυνης προσωπικότητας» προκειμένου να μπορέσει αυτή με τη λήψη κατάλληλων μέτρων να θεραπευτεί.³⁹

Διάφοροι επιστημονικοί κλάδοι, οι οποίοι πρέπει να συνεργάζονται για την αντιμετώπιση των προβλημάτων επικινδυνότητας της προσδίδουν αρκετά διαφορετική διάσταση και την προσεγγίζουν με διαφορετικές μεθόδους.

Το Ποινικό Δίκαιο ορίζει ότι «επικίνδυνος στη δημόσια ασφάλεια για την εφαρμογή των διατάξεων των άρθρων 38,69,90,92 Π.Κ. πρέπει να χαρακτηριστεί ο δράστης εκείνος, από τον οποίο είναι πιθανή η επανάληψη στο μέλλον εγκλημάτων, τα οποία είναι τέτοιας σοβαρότητας, ώστε να μπορεί να θεωρηθεί σημαντική διατάραξη της έννομης τάξης. Ο καθηγητής Αλεξιάδης υποστηρίζει ότι «επικινδυνότητα είναι η ψυχοβιολογική κατάσταση (δηλαδή το σύνολο των μόνιμων ψυχικών διαθέσεων) του ατόμου, που διαμορφώθηκε κάτω από την επήρεια ενδογενών και εξωγενών παραγόντων (κληρονομηθεισών ιδιοτήτων, κοινωνικών συνθηκών) και η οποία καθιστά πιθανή την τέλεση από το «άτομο νέων εγκλημάτων στο μέλλον».⁴⁰

Η Εγκληματολογία υποστηρίζει πως η επικινδυνότητα αφορά τη διάπραξη ενός εγκλήματος και δεν συνδέεται μόνο με ένα άτομο ή μια κατηγορία ατόμων (δράστη-ες),

αλλά και όλους τους άλλους παράγοντες που εμπλέκονται αιτιολογικά σε μια παραβατική πράξη (π.χ. το θύμα, τις γενικές κοινωνικές συνθήκες, τις ειδικές περιστάσεις).

Η Γενική Εγκληματολογία που διερευνά θεωρητικά αυτούς τους παράγοντες και τις μεταξύ τους σχέσεις, οδηγεί σε πιθανολογικές προβλέψεις για την επικινδυνότητα ατόμων και καταστάσεων, οι οποίες μερικές φορές διατυπώνονται με μαθηματικό τρόπο.

Η Κλινική Εγκληματολογία διερευνά διεξοδικά τα θέματα γύρω από ένα συγκεκριμένο άτομο (δράστη ή θύμα) και μπορεί να καταλήξει στη διατύπωση μιας πρόγνωσης και μιας πρότασης για σωφρονιστική, θεραπευτική, προνοιακή παρέμβαση.

Η Ψυχοιατρική συνήθως ερευνά την πιθανότητα διάπραξης μιας σοβαρής ποινικής παράβασης, ενός αυτοκτονικού εγχειρήματος, πρόκλησης ατυχήματος, εξαιτίας των ψυχικών διαταραχών που παρουσιάζουν κάποια άτομα, στο πλαίσιο είτε μιας δικαστικής πραγματογνωμοσύνης, είτε μιας διαδικασίας για λήψη απόφασης ακούσιου εγκλεισμού, ή ενός άλλου διοικητικού μέτρου.

Καθίσταται σαφές από τα ανωτέρω πως δεν υπάρχει μια καθολικά αποδεκτή άποψη ως προς το τι τελικά σημαίνει ο όρος «επικινδυνότητα» και ποια είναι η συμπεριφορά εκείνη που θα δικαιολογούσε τη χρήση του χαρακτηρισμού αυτού, και την εφαρμογή του σε ατομικές περιπτώσεις. Ωστόσο, παρά την αδυναμία ορισμού, η επικινδυνότητα υφίσταται και η εκδήλωσή της έχει ως τελικό αποτέλεσμα την πρόκληση κάποιας σωματικής ή ψυχικής βλάβης είτε στο ίδιο το άτομο είτε σε τρίτους.

Επιπρόσθετα, αρκετοί μελετητές θεωρούν πως οι λέξεις επικίνδυνος και επικινδυνότητα δεν είναι εύκολο να ορισθούν ιατρικά, αλλά εμπεριέχουν συμπεριφεριολογικά την έννοια της βίας, και τονίζουν περισσότερο την υποκειμενική υπόσταση της έννοιας παρά την αντικειμενική. Συνηγορούν έτσι στη χρήση του όρου κίνδυνος, ως την πιο δόκιμη παρά επικίνδυνος. Για αυτούς η λέξη επικίνδυνος αποτελεί ένα επιθετικό προσδιορισμό ο οποίος αναφέρεται σε συγκεκριμένο πρόσωπο και επιπλέον στιγματίζει. Ενώ ο κίνδυνος ή πράξη βίας αναφέρεται σε κάτι εξωτερικό που αφορά την πράξη ή την κατάσταση που δημιουργήθηκε. Αναφέρεται δηλαδή, σε ένα ατυχές περιστατικό στη ζωή των ατόμων.⁴¹

Ο Π.Ο.Υ. (WHO) σε ερευνητική μελέτη των νομοθεσιών 47 κρατών καταδεικνύει με σαφήνεια την πολυμορφία των ορισμών και των χρήσεων που επιδέχεται η έννοια της επικινδυνότητας, ενώ σημειώνεται πως προσπάθειες για την κατοχύρωση μιας εννοιολογικής ομοφωνίας έχουν, όπως φαίνεται, αποτύχει.⁴²

Ο Monahan, επιχειρώντας μια επισκόπηση των λειτουργικών ορισμών της επικινδυνότητας στις διάφορες νομοθεσίες, υπογραμμίζει την ύπαρξη μιας σημαντικής

ανομοιογένειας.⁴³ Η επικινδυνότητα άλλοτε αναφέρεται στο ενδεχόμενο πρόκλησης μιας σημαντικής βλάβης σε άλλα πρόσωπα, άλλοτε επεκτείνεται στο ενδεχόμενο της καταστροφής ξένης περιουσίας, και άλλοτε στο ενδεχόμενο πρόκλησης στον άλλο μιας σημαντικής ψυχολογικής βλάβης.

Και στην ψυχιατρική έχουν γίνει πολλές προσπάθειες να ορισθεί η έννοια αυτής της ανθρώπινης συμπεριφοράς που μπορεί να οδηγήσει στην πρόκληση κάποιου είδους τραύματος, μόνιμου ή αντιστρεπτού, σωματικού ή ψυχικού από άτομα που παρουσιάζουν ψυχικές διαταραχές, εξαιτίας αυτών των διαταραχών.

Η επιτροπή Butler (Home Office & DHSS)⁴⁴ θεώρησε ότι είναι κάποια κλίση, ο Scott⁴⁵ υπέθεσε ότι είναι κάποια απρόβλεπτη και αθεράπευτη τάση για πρόκληση βλάβης και ο Mullen⁴⁶ επισήμανε ότι «η επικινδυνότητα αφορά την ποιότητα των πράξεων ενός ατόμου παρά το άτομο αφεαυτό». Τίθεται εύλογα το ζήτημα όχι αν κάποιο άτομο είναι επικίνδυνο ή μη, αλλά αν μπορεί ένα συγκεκριμένο άτομο, κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες, να συμπεριφερθεί με επικίνδυνο τρόπο.⁴⁷

Ο χαρακτηρισμός ενός ατόμου ως επικίνδυνου, επιφέρει δραστικές συνέπειες για την ελευθερία του, διακυβεύοντας την κατοχύρωση στοιχειωδών ανθρώπινων δικαιωμάτων. Ιδιαίτερα ευάλωτη στις επιπτώσεις αυτές είναι η κατηγορία των ψυχικά ασθενών ατόμων.

Η αναζήτηση της επικινδυνότητας, συχνά οδηγεί σε αποφάσεις άσκησης δημόσιας εξουσίας (π.χ. ακούσια μεταφορά σε νοσοκομείο, μέτρα ασφαλείας εναντίον παραβατών) που έχουν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό σε σημαντικό βαθμό και για μεγάλη διάρκεια, συνταγματικών δικαιωμάτων των πολιτών.

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία η επικινδυνότητα του ψυχικά ασθενή στηρίζεται σε τρεις βασικές υποθέσεις :

- ο Στην αυξημένη πιθανότητα εγκληματικής εκτροπής των ψυχικά ασθενών σε σχέση με τον ευρύτερο πληθυσμό.
- ο Στην αποδοχή μιας αιτιώδους σχέσης ανάμεσα στην ψυχική ασθένεια και την εγκληματικότητα.
- ο Στη θεώρηση των πιθανών εγκλημάτων των χαρακτηρισμένων ψυχικά ασθενών ατόμων ως «απρόβλεπτων», «αναιτιολόγητων» και «ακατανόητων» πράξεων.

Συνοπτική μελέτη των ερευνητικών δεδομένων των τελευταίων ετών σχετικά με την έκταση της εγκληματικότητας των ψυχικά ασθενών διαπιστώνεται ότι αυτά θα μπορούσαν να ενταχθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες :

A) Σε επιδημιολογικές, διαχρονικές έρευνες που αποσκοπούν στην επισήμανση των

ποσοστών σύλληψης, για διάφορες εγκληματικές πράξεις πρώην νοσηλευομένων ψυχικά ασθενών και στη συνακόλουθη σύγκρισή τους με τα αντίστοιχα ποσοστά σύλληψης του ευρύτερου πληθυσμού.

B) Σε μικρότερης έκτασης έρευνες που περιλαμβάνουν αποκλειστικά πληθυσμό έγκλειστων κατάδικων, επιδιώκοντας να επισημάνουν το ποσοστό εγκληματιών που πάσχει από μια οποιαδήποτε μορφή ψυχικής ασθένειας.

Οι δύο αυτές κατηγορίες ερευνών στοχεύουν ιδιαίτερα να δώσουν απαντήσεις στα ερωτήματα:

- Πόσο συχνά εγκληματούν οι ψυχικά ασθενείς;
- Ποια είναι η μορφή της εγκληματικότητάς τους;
- Ποιο είναι το ποσοστό των ψυχικά ασθενών ανάμεσα στους εγκληματίες; Από ποιες ψυχικές ασθένειες πάσχουν;
- Υπάρχει κάποια συνάρτηση ανάμεσα στη μορφή της εγκληματικότητας και την ψυχική ασθένεια;³⁹

2.2. ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η επιθετικότητα αποτελεί μια έννοια εξίσου αόριστη και ασαφή. Η χρησιμοποίησή της μπορεί να αποτελέσει πηγή παρεξηγήσεων και ασυνεννοησίας αν δεν έχει προηγούμενα προσδιοριστεί επακριβώς το νόημά της.

Όπως υποστηρίζει ο Στυλιανίδης⁴⁸, η επιθετικότητα αντιστοιχεί στην έκφραση μιας ενόρμησης, της οποίας ο έλεγχος είναι αβέβαιος. Ο Λειβαδίτης³⁸ αντίστοιχα υποστηρίζει πως ορισμένες μορφές συμπεριφοράς στο ζωικό βασίλειο –κατά τους ηθολόγους- αρκετά ανόμοιες κατά τα άλλα μεταξύ τους, έχουν δύο κοινά χαρακτηριστικά : α) Συνδυάζονται συχνά με βιοχημικές, νευροφυτικές, ψυχοκινητικές αντιδράσεις που περιγράφονται ως αντιδράσεις ψυχικής διέγερσης, β) Κατατείνουν στην πρόκληση βλάβης στο σώμα ενός άλλου έμβιου όντος (π.χ. δάγκωμα, κατασπάρραξη, καταβρόχθιση). Οι εκδηλώσεις αυτές ονομάζονται επιθετικές ή αντιδράσεις επιθετικού χαρακτήρα.

Οι ανθρώπινες επιθετικές αντιδράσεις έχουν συχνά ένα επιπλέον κοινό χαρακτηριστικό με μεγάλη ψυχολογική και κοινωνιολογική σημασία: Εμπεριέχουν και εκφράζουν την επιθυμία για πρόκληση μιας δυσμενούς συνέπειας στο θύμα. Η τάση αυτή ονομάζεται επιθετικότητα και αποτελεί το κύριο ψυχολογικό κίνητρο των ανθρώπινων επιθετικών πράξεων.

Προϋπόθεση της επιθετικότητας και της ανθρώπινης επιθετικής πράξης, είναι η πρόθεση πρόκλησης κακού να μην αποτελεί μόνο μέσο για την επίτευξη ενός απώτερου στόχου, αλλά να έχει μια αυτοτελή συναισθηματική αξία για τον επιτιθέμενο. Συνήθως υπάρχουν και τα δύο.

Η επιθετικότητα, κάποιες φορές μπορεί είναι ασυνείδητη, δηλαδή ο φορέας της να μην έχει επίγνωση της επιθυμίας του να συμβεί (συχνά ούτε την πρόθεση να προκαλέσει) κακό σε κάποιον.

Η κλινική μέθοδος διερεύνησης της επιθετικότητας στηρίζεται στην ψυχολογική και ψυχιατρική εξέταση. Το ατομικό και κληρονομικό ιστορικό καθώς και η παρούσα κλινική κατάσταση μπορεί να προσφέρει πλούσιες πληροφορίες ιδιαίτερα χρήσιμες για την κλινική εκτίμηση της επιθετικότητας. Ειδικότερα :

A) Από το ατομικό ιστορικό : κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία, παρορμητικές επιθετικές ή αυτοκαταστροφικές πράξεις κατά το παρελθόν.

B) Από το κληρονομικό ιστορικό : βίαιοι ή γενικότερα ψυχοπαθητικοί γονείς.

Γ) Από την παρούσα κλινική κατάσταση : ύπαρξη σαδιστικών διαθέσεων, φαντασιώσεων με επιθετικό ή βίαιο περιεχόμενο, διατύπωση ανάλογων προϋποθέσεων ή απειλών, παρορμητικότητα, παρανοϊκότητα, δυσθυμική διάθεση, κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών, ιδίως αλκοόλ , ενεργός ψύχωση ,με ιδέες δίωξης, ζηλοτυπίας ή ψευδαισθήσεις που παρακινούν σε επιθετικές πράξεις.³⁸

Μελέτες βιολογικών δεδομένων θεωρούν την επιθετικότητα ως εγγενές χαρακτηριστικό στον άνθρωπο όπως και σε άλλα θηλαστικά, η οποία υπό κατάλληλες περιβαλλοντικές συνθήκες μπορεί να εκδηλωθεί με συγκεκριμένες μορφές συμπεριφοράς. Ομοια, μεταβολές στο εσωτερικό περιβάλλον του οργανισμού (στο αίμα , στο περικυττάριο υγρό) επηρεάζουν μόνιμα ή παροδικά την εγκεφαλική λειτουργία και μέσω αυτής την επιθετική δραστηριότητα (π.χ. ορμονικές επιδράσεις αλλά και μη ορμονικού χαρακτήρα διεργασίες όπως η δράση αλκοόλ, κοκαΐνης, αμφεταμινών).³⁸

Τέλος, εξωτερικοί παράγοντες κι επιδράσεις από το φυσικό ή κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να αυξήσουν την επιθετικότητα ή τις επιθετικές αντιδράσεις (ζέστη, θόρυβος, συνωστισμός, ανταγωνισμός, προσβολές, καταπίεση κ.α).

Ερευνητές με διάφορες υποθέσεις τους κατά καιρούς, έχουν προσπαθήσει να αιτιολογήσουν την έκφραση επιθετικότητας. Ανάμεσα σε αυτές πιο δημοφιλείς θεωρούνται η θεωρία των Dollard –Miller ⁴⁹, που αποδίδουν την επιθετικότητα σε ματαιώσεις που βιώνει ο δράστης,- η υπόθεση διάστασης μεταξύ αναμενόμενης και τελικά βιούμενης εμπειρίας- καθώς η ματαιώση πάντα οδηγεί σε κάποια μορφή επιθετικότητας αλλά και η

επιθετικότητα πάντα προέρχεται από ματαίωση ⁵⁰, ενώ ο Bandura ⁵¹ παρουσιάζοντας τη θεωρία του για τη μίμηση του προτύπου, υποστηρίζει πως άτομα που ζουν σε περιβάλλον όπου η βία και η επιθετικότητα αποτελούν συχνά φαινόμενα, μαθαίνουν να δρουν αντίστοιχα.

2.3. ΒΙΑ

Ως βία ορίζεται η πραγματική, στοχευμένη απόπειρα ή απειλή για πρόκληση βλάβης σε ένα άτομο ή περισσότερα. Οι απειλές για πρόκληση βλάβης πρέπει να είναι σαφείς και αναμφισβήτητες (π.χ. "θα σε σκοτώσω!"), και όχι ασαφείς δηλώσεις εχθρότητας⁵².

Βία είναι η συμπεριφορά που εμφανώς μπορεί να βλάψει άλλο άτομο ή άτομα. Συμπεριφορά η οποία θα μπορούσε να προκαλέσει φόβο στο μέσο άνθρωπο, μπορεί να καταμετρηθεί ως βία (π.χ. παρακολούθηση). Η προκύπτουσα βλάβη στο θύμα δεν αποτελεί καθοριστικό χαρακτηριστικό μιας βίαιης πράξης. Μάλλον είναι η πράξη αυτή καθεαυτή. Παραδείγματος χάρη, ένα άτομο που πυροβολεί με όπλο μέσα σε ένα πλήθος χωρίς να βλάψει κανένα έχει διαπράξει μια βίαιη πράξη.

Υπο μια γενική έννοια, πράξεις οι οποίες είναι αρκετά σοβαρές ώστε να οδηγήσουν σε ποινικές ή αστικές κυρώσεις ή έχουν ως συνέπεια να ασκηθεί δίωξη εναντίον του δράστη, πρέπει να θεωρηθούν βίαιες και εκείνες που δεν είναι τόσο σοβαρές δεν πρέπει να μπου στην ίδια κατηγορία.

Όλες οι σεξουαλικές επιθέσεις πρέπει να θεωρηθούν ως βίαιη συμπεριφορά. Με βάση όσα αναφέρθηκαν μερικά παραδείγματα πράξεων που πρέπει να θεωρηθούν βίαιες περιλαμβάνουν χτυπήματα, μπουνιές, κλωστιές, δαγκωματιές, γρατσουνιές ή κάθε άλλο τρόπο επίθεσης σε άλλο άτομο ή άτομα. Λιγότερο σαφή παραδείγματα βίας μπορεί να περιλάβουν απαγωγή, εμπρησμό και απερίσκεπτη οδήγηση, λόγω της απειλής πρόκλησης βλάβης σε άλλους. Πράξεις που δεν πρέπει να θεωρηθούν βίαιες περιλαμβάνουν πολλές μορφές προσβολών, οι οποίες όμως δεν συνοδεύονται από απειλές για πρόκληση σωματικής βλάβης, καταστροφή ιδιοκτησίας στην οποία δεν υπάρχει καμιά πιθανή βλάβη στα πρόσωπα και ελάχιστες περιπτώσεις που περιλαμβάνουν σωματική επαφή με άλλα πρόσωπα.

Σύμφωνα με τους Webster και συν.⁵², πράξεις εναντίον ζώων δεν θεωρούνται βίαιες εκτός αν διαπράττονται για να προκαλέσουν φόβο σε κάποιο άτομο. Πράξεις αυτοάμυνας ή υπεράσπισης άλλων ανθρώπων δεν είναι βία, εφόσον ο βαθμός βίας δεν υπερβαίνει τα λογικά όρια που απαιτούνται για την αναχαίτηση του επιτιθέμενου.

Μεταξύ των πολλών πλεονεκτημάτων που έχουν παρουσιαστεί στον τομέα της εκτίμησης της επικινδυνότητας, στην προηγούμενη δεκαετία, υπήρξε και η διαπίστωση πως η βία αποτελεί πολύπλευρο φαινόμενο. Η βία και ο κίνδυνος να εκδηλώσει κάποιος βία περιλαμβάνει πολλές όψεις όπως η δριμύτητα, η συχνότητα, η αμεσότητα, ο στόχος και η μορφή της βίας.⁵³

Η ερευνητική διαδικασία στον συγκεκριμένο τομέα οδήγησε σε αλλαγή της αντίληψης της επικινδυνότητας καθιστώντας σαφές πως η επικινδυνότητα και η βία δεν είναι απλές, στατικές και χωρίς διαστάσεις έννοιες. Οι περισσότεροι ερευνητές στις μελέτες τους χειρίστηκαν την επικινδυνότητα ως την πιθανότητα εκδήλωσης βίαιης πράξης. Πρόκειται όμως για κάτι πιο πολύπλοκο από την πιθανότητα.¹⁸

Οι Dvoskin και Heilbrum⁵⁴ θεωρούν πως η επικινδυνότητα περιλαμβάνει τρία στοιχεία –πιθανότητα, αμεσότητα και δριμύτητα-. Οι Mulvey και Lidz⁵⁵ κατανόησαν πέντε στοιχεία μορφή, πιθανότητα, συχνότητα, σοβαρότητα και αμεσότητα. Ο Hart⁵⁶ πρόσθεσε άλλο ένα στα προηγούμενα πέντε, τη διάρκεια. Ο ίδιος ερευνητής⁵⁷ επίσης, δίνει και τον εξής ορισμό για την επικινδυνότητα, πως πρόκειται «για κίνδυνο που δεν μπορεί να γίνει εύκολα αντιληπτός και συνεπώς το οποίο συμβάν δεν μπορεί να προβλεφθεί με βεβαιότητα».

Ένα σημαντικό επίτευγμα αποτέλεσε η σύλληψη της βίας ως πολυδιάστατη έννοια και όχι ως δυαδικού γεγονότος. Η πολύπλοκη αυτή θεώρηση ταιριάζει τόσο στην έννοια της επικινδυνότητας όσο και της βίας. Για παράδειγμα, όσο πιο πιθανό είναι να εκδηλώσει κάποιος επικίνδυνη συμπεριφορά τόσο πιο πιθανό είναι να είναι βίαιος.

Η βία μπορεί να συμβεί περισσότερες από μια φορές (αφορά στη συχνότητα), ταχύτερα (αφορά στην αμεσότητα), και μπορεί να προκαλέσει από κάποια σοβαρή βλάβη έως κάποια ασήμαντη (αναφέρεται στη δριμύτητα). Επιπρόσθετα, τα άτομα μπορεί να αντιδράσουν βίαια σε διαφορετικά πρόσωπα, όπως ξένους ή οικείους (αναφορικά με τους στόχους) και για διαφορετικούς λόγους, χρησιμοποιώντας όπλα για πρόκληση σωματικών βλαβών ή εκφράζοντας συναισθήματα π.χ εχθρότητα. (αναφέρεται στη φύση).

2. 4. ΨΥΧΟΠΑΘΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η ψυχοπαθητικότητα αποτελεί μια κλινική κατασκευή που παραδοσιακά προσδιορίζεται από τον αστερισμό (constellation) των διαπροσωπικών, συναισθηματικών χαρακτηριστικών και αυτών της διαβίωσης^{58, 59, 60}.

Στο διαπροσωπικό επίπεδο οι ψυχοπαθητικοί έχουν ιδέες μεγαλείου, είναι υπεροπτικοί, κυριαρχικοί, επιφανειακοί και χειριστικοί. Στο συναισθηματικό επίπεδο, είναι ανυπόμονοι, δεν μπορούν να αναπτύξουν ισχυρούς συναισθηματικούς δεσμούς με τους άλλους και δεν αισθάνονται ενοχές ή άγχος. Αυτά τα χαρακτηριστικά σχετίζονται με μια συγκεκριμένη παρεκκλίνουσα μορφή διαβίωσης που περιλαμβάνει ανευθυνότητα και παρορμητική συμπεριφορά και την τάση να αγνοούν ή να παραβιάζουν τους κοινωνικούς θεσμούς κ.α.²⁴

Αν και όλοι οι ψυχοπαθητικοί δεν εμπλέκονται επίσημα τουλάχιστον με το νομικό σύστημα, τα χαρακτηριστικά που περιγράφησαν ανωτέρω τους τοποθετούν σε υψηλά επίπεδα αναφορικά με την έκφραση επιθετικότητας και βίας.⁶¹

Ένα σημαντικό πρόβλημα που προκύπτει αφορά στον σαφή - όσο το δυνατό - προσδιορισμό αυτών των ατόμων. Η προσέγγιση της ψυχοπαθητικότητας - όσον αφορά στην κλινική πρακτική- παρουσιάζεται στο DSM –IV στα κριτήρια για την αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας (ASPD) και βασίζεται εν μέρη στην άποψη ότι είναι δύσκολη για τους κλινικούς η ακριβής εκτίμηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και πως η πρώιμη εγκληματικότητα αποτελεί ένα ουσιώδες σύμπτωμα της διαταραχής.

Ως προς το εμπειρικό μέρος η εκτίμηση της ψυχοπαθητικότητας βασίζεται στην κλίμακα Hare Psychopathy Checklist- Revised (PCL:R)⁶² και τις παράγωγες αυτής Screening Version (PCL:SV)⁶³ και Youth Version (PCL:YV).⁶⁴

Η εκτίμηση της ψυχοπαθητικότητας με τη χρήση αυτών των εργαλείων πρέπει να περιλαμβάνει όλη τη γκάμα της ψυχοπαθητικής συμπτωματολογίας. Η εστίαση μόνο στην αντικοινωνική συμπεριφορά και η απόρριψη των διαπροσωπικών και συναισθηματικών συμπτωμάτων μπορεί να οδηγήσει σε υπερδιάγνωση της ψυχοπαθητικότητας σε πληθυσμούς που έχουν διαπράξει εγκλήματα ή να υποδιαγνωστούν όσοι δεν έχουν προβεί σε κάποια εγκληματική πράξη.^{65,66}

Προκειμένου να υπάρξει μια όσο το δυνατό πιο ακριβής διάγνωση, η Psychopathy Checklist (PCL) απαιτεί εξειδικευμένο κλινικό για τις μετρήσεις, που θα βασιστεί στην ημιδομημένη συνέντευξη, την ανασκόπηση των αρχείων του ιστορικού, τις συνεντεύξεις με μέλη οικογενειών και εργοδότες καθώς και σε συμπληρωματικές παρατηρήσεις της συμπεριφοράς, όποτε κάτι τέτοιο είναι εφικτό⁶².

Στο παρελθόν η ψυχοπαθητική συμπεριφορά είχε συνδεθεί σε μεγάλο βαθμό με την εγκληματικότητα και την εμπλοκή με το νόμο. Παρόλα αυτά, η εξέταση των χαρακτηριστικών της διαταραχής (αναισθησία, παρορμητικότητα, εγωκεντρικότητα, αίσθηση μεγαλείου, ανευθυνότητα, έλλειψη εσυναίσθησης, απουσία ενοχής ή μεταμέλειας κ.α.) καταδεικνύει πως οι ψυχοπαθητικοί έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να κάμψουν και να σπάσουν τις κοινωνικές νόρμες και τους νόμους.

Ακριβώς επειδή συναισθηματικά δεν σχετίζονται με άλλα άτομα και εξαιτίας του ότι παρουσιάζονται χωρίς συναισθήματα, βλέπουν τους άλλους λίγο πολύ ως αντικείμενα, και εύκολα μπορούν να τους θυματοποιήσουν ή να χρησιμοποιήσουν βία ως εργαλείο για να αποκτήσουν αυτό που θέλουν.

Αν και η ψυχοπαθητικότητα σχετίζεται στενά με την αντικοινωνική και εγκληματική συμπεριφορά, εντούτοις δεν θα πρέπει να συγχέεται με την εγκληματικότητα εν γένει. Οι ψυχοπαθητικοί θα πρέπει να διαχωρίζονται από αυτούς που θεωρούνται ως « εγκληματίες κατ' επάγγελμα» (criminal careers) και οι οποίοι χαρακτηρίζονται από την σοβαρότητα και την εμμονή της εγκληματικής διαγωγής τους. Συνήθως η « εγκληματική καριέρα» ενός ατόμου είναι σύντομη αλλά υπάρχουν και άτομα που αφιερώνουν ένα μεγάλο μέρος της εφηβικής και ενήλικης ζωής τους σε παραπτώματα και εγκληματικές δραστηριότητες. Ανάμεσα σε αυτούς τους παραβάτες υπάρχουν ψυχοπαθητικοί οι οποίοι ξεκίνησαν την αντικοινωνική και εγκληματική δραστηριότητά τους σε νεαρή ηλικία και συνεχίζουν για πολλά χρόνια.⁶⁷ Αυτοί εμφανίζουν μειωμένη εγκληματικότητα γύρω στην ηλικία των 35-40 ετών, χωρίς φυσικά αυτό να σημαίνει πως εγκατέλειψαν εντελώς την γενικότερη εγκληματική δραστηριότητά τους.

Βιβλιογραφικές μελέτες έχουν καταδείξει πως τα ποσοστά της βίας εντός ιδρυμάτων και στην κοινότητα είναι πολύ πιο υψηλά σε ψυχοπαθητικούς παραβάτες. Επιπρόσθετα, η βία των ψυχοπαθητικών είναι περισσότερο οργανική, αμερόληπτη και αρπακτική από των άλλων παραβατών^{68, 69}.

Η ψυχοπαθητική βία και επιθετικότητα φαίνεται ως ασυνείδητη και τυπικά κινητοποιείται από απληστία, εκδικητικότητα, θυμό, τιμωρία ή απόκτηση χρημάτων. Συνήθως τα θύματά τους είναι άγνωστοι⁷⁰.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ :3

3.1. ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ

Σχολιάζοντας τις δυσκολίες που σχετίζονται με την επικινδυνότητα, οι Κυριακάκης και Πανούσης⁷¹ υποστηρίζουν πως η μελέτη της επικινδυνότητας μπορεί να γίνει σε τέσσερα επίπεδα :

Α) Θεωρητικό (αφορά στονπροσδιορισμό της έννοιας της επικινδυνότητας), β) Κλινικό (αφορά στη θέση της επικινδυνότητας σε σχέση με την εγκληματική προσωπικότητα και την τυπολογία των εγκλημάτων), γ) Επιχειρησιακό (αφορά στη θεμελίωση των εξετάσεων που επιτρέπουν την εκτίμηση της επικινδυνότητας και τέλος δ) Οργανωτικό (εξετάζει τις σχέσεις ανάμεσα στην εκτίμηση της επικινδυνότητας και την επιλογή μεθόδων πρόγνωσης και θεραπευτικής μεταχείρισης).

Πολλοί μελετητές^{71,72, 73,74,75} συγκλίνουν στην παράθεση τριών βασικών απόψεων σε ότι αφορά την νομική οπτική ,για την προσέγγιση της επικινδυνότητας . Ειδικότερα :

A. Νομική Άποψη.

Η αντίληψη των νομικών- που περιορίζεται στο πλαίσιο του ισχύοντος δικαίου- συνίσταται στην αναζήτηση της επικινδυνότητας μέσα στα στοιχεία της πράξης που αυτή προκάλεσε . Μια επικίνδυνη πράξη αποτελεί για αυτούς το προϊόν μιας εξίσου επικίνδυνης προσωπικότητας. Προβαίνουν έτσι αφενός σε μια ανάλυση των τυπικών εξωτερικών σημείων διαφόρων εγκληματικών πράξεων και αφετέρου σε μια σύνθεση των κοινών χαρακτηριστικών τους σε συμπαγές σύνολο που καθορίζει το βαθμό της επικινδυνότητας.

Η χρήση βίας, η επανάληψη εγκληματικών ενεργειών, η προμελέτη συγκροτούν- σωρευμένες ή μη, αλλά πάντοτε σε αναφορά με το παραπάνω συμπαγές σύνολο- ακλόνητες αποδείξεις επικίνδυνου ατόμου.

Η σοβαρότητα της πράξης αποτελεί την πρώτη ένδειξη επικινδυνότητας που επικαλούνται οι υπέρμαχοι της νομικής άποψης. Μια ενέργεια ασυνήθιστη βάζει σε κίνδυνο την ίδια την κοινωνική δομή και δημιουργεί γύρω της ένα κλίμα δραματικό. Για να συμβεί βέβαια κάτι τέτοιο για να θεωρηθεί δηλαδή μια σοβαρή κατάσταση σαν επικίνδυνη, απαιτείται η παραβίαση κάποιου νόμου που οδηγεί στην άμεση απειλή της κοινωνικής αρμονίας.

Επιπρόσθετα, η επανάληψη των εγκληματικών ενεργειών είναι ένα επιπλέον στοιχείο επικινδυνότητας Μια «αθώα» παραβίαση του νόμου, όταν επαναλαμβάνεται συχνά, προαναγγέλλει- ισχυρίζονται οι νομικοί- επικίνδυνη προσωπικότητα. Κατά συνέπεια

δεν αποκλείεται η περίπτωση όπου ο κίνδυνος να απορρέει από μια και μόνο σοβαρή πράξη, υπό την προϋπόθεση, πως είναι και απειλητική για τη δημόσια τάξη και την ασφάλεια των πολιτών.

Κριτήρια όπως το αιφνίδιο, το απρόβλεπτο και το ανεξήγητο της πράξης συντελούν επίσης στην ανίχνευση επικίνδυνου ατόμου, που ευχαριστείται – με ενέργειες που βρίσκονται στο μεταίχμιο της λογικής και της τρέλας- να διαταράσσει τη συγκινησιακή ισορροπία της κοινωνίας.

Συνεπώς η κοινωνία προβαίνει σε μια κοινωνιοψυχολογική εκτίμηση της υποτροπής, διαβλέπει σε αυτή μια άρνηση του ηθικού και νομικού της συστήματος και καταλήγει στην εξομοίωση της επικινδυνότητας με την έμφυτη κακία ή καταστροφή αφού το επικίνδυνο δεν ενδιαφέρει μόνο λόγω της βλάβης που προξένησε το έγκλημα, αλλά και λόγω του φόβου επανάληψης της προσβολής.

Β. Θυματολογική Άποψη

Για τους υποστηρικτές της θυματολογίας- που αντέστρεψε τους ρόλους του θύτη και του θύματος στα πλαίσια μιας συγκεκριμένης εγκληματικής σχέσης- το «κατώφλι» της επικινδυνότητας του δράστη ορίζεται από το βαθμό της δεκτικότητας, του τρωτού του θύματος.

Η πρόληψη του εγκλήματος συνίσταται τόσο στην ανεύρεση των «εκ γενετής θυμάτων», των ατόμων δηλαδή που προκαλούν με τη συμπεριφορά τους καταστροφικές πράξεις για τα ίδια, όσο και την εξυγίανση του εγκληματικού περιβάλλοντος που ευνοεί την εκμετάλλευσή τους. Ωστόσο, κάτι τέτοιο δεν είναι πάντα εύκολο, γιατί παρά την ακρίβεια των ποινικών διατάξεων συχνά η ιδιότητα του θύτη και θύματος συγχέεται, αφού το αποτέλεσμα δεν επαρκεί για να μας διαφωτίσει για τις προθέσεις του καθενός, για τα κίνητρα, τις αιτιολογήσεις και γενικότερα το εγκληματικό δυναμικό.

Γ. Εγκληματολογική Άποψη

Για την κλινική εγκληματολογία ως κοινωνική κλινική δεν αρκεί η διατύπωση κάποιων γενικών αρχών για την επικινδυνότητα ή για τα γνωρίσματα των εκδηλώσεών της. Έτσι, στρέφει την προσοχή στον ίδιο τον θεωρούμενο ως επικίνδυνο άνθρωπο, επιχειρεί να εισέλθει στον εσωψυχισμό του, να ανακαλύψει τους παράγοντες που επιδράσανε, καταλυτικά ίσως πάνω του, για να μπορέσει αργότερα να προτείνει - χωριστά για κάθε περίπτωση - τα αναγκαία μέσα θεραπείας.

Για να χαρακτηριστεί με βεβαιότητα μια προσωπικότητα σαν επικίνδυνη, πρέπει πρώτα να αναζητηθούν σε αυτή τα επιμέρους στοιχεία που όρισε ο Garofalo⁷⁶ και ύστερα, να προσδιοριστούν οι παράγοντες που την δημιούργησαν ή την ευνόησαν.

1) Στοιχεία επικίνδυνης προσωπικότητας

Δύο είναι οι συνιστώσες της επικίνδυνης προσωπικότητας κατά τον Ιταλό Νομικό: η εγκληματική ικανότητα και η κοινωνική προσαρμοστικότητα.

Η πρώτη ορίζεται σαν « η σταθερή και ενεργητική διαστροφή του εγκληματία» και ειδικότερα η ποσότητα « του κακού» που φέρνει μέσα του, ενώ η δεύτερη ως ο βαθμός «κοινωνικότητας που απόμεινε στον εγκληματία δηλαδή οι πιθανότητες επαναπροσαρμογής του στον ομαλό βίο».

Παρόλη την εμμονή των νομικών στην αναζήτηση των γνωρισμάτων που χαρακτηρίζουν τις εκδηλώσεις της επικινδυνότητας, η σύγχρονη εγκληματολογική τάση ενδιαφέρεται κυρίως για τους παράγοντες που τη δημιούργησαν.

2) Παράγοντες επικίνδυνης προσωπικότητας

Για τον προσδιορισμό τους απαιτείται η εξέταση παραγόντων που στοιχειοθετούν την επικίνδυνη προσωπικότητα, ενώ στη συνέχεια, η συνήθης διαδικασία περιλαμβάνει την ανάλυση κάθε κλινικής περίπτωσης. Ειδικότερα :

α) Παράγοντες εγκληματικής ικανότητας

Ο κεντρικός πυρήνας της αποτελείται από τέσσερα στοιχεία: τον εγωκεντρισμό, την αστάθεια, την επιθετικότητα και τη συναισθηματική απάθεια.

β) Παράγοντες κοινωνικής προσαρμοστικότητας

Από ατομική άποψη η κοινωνικότητα- συνεπώς και η επανακοινωνικοποίηση- επηρεάζονται από τη μορφή των δραστηριοτήτων του υποκειμένου, από τις φυσικές και πνευματικές του ικανότητες και από το δυναμικό των ενστικτωδών αναγκών.

Σε ένα δεύτερο επίπεδο, η κοινωνική δομή και η ανομία προκαλούν μια σύγκρουση ανάμεσα στις βιολογικές τάσεις και τις κοινωνικές επιλογές. Οι τελευταίες συνίστανται στον καθορισμό- σε αναφορά με το συγκεκριμένο πολιτισμό- των γενικών στόχων του κοινωνικού συνόλου. Η πρόταση των αξιών αυτών συνοδεύεται από την επιβολή μιας γκάμας μέσων με τα οποία το άτομο μπορεί να βρει το δρόμο για την επιτυχία⁷¹.

Συμπερασματικά, η επικινδυνότητα είναι μια έννοια που περιλαμβάνει τόσο « το γεγονός όσο και το δράστη». Η ανάλυση του «γεγονότος» δίνει την ευκαιρία στον ερευνητή να αξιολογήσει όλες τις εξωτερικές επιδράσεις που δέχτηκε « ο δράστης» με σκοπό να ανακαλύψει όλους τους «κόσμους» μέσα στους οποίους έζησε (ή ζει) το άτομο και με τη σύνθεσή της να διαγνώσκει την ολική προσωπικότητά του.

γ) Ατομική Κλινική Έρευνα

Η κλινική εγκληματολογική έρευνα έχει σαν κύριο έργο της τον καθορισμό και την εκτέλεση ενός προγράμματος «θεραπείας», κατάλληλου για την κοινωνική επανένταξη του εγκληματία. Κάτι τέτοιο μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω επισταμένης παρατήρησης των εσωτερικών και των εξωτερικών παραγόντων που έχουν επηρεάσει τη συμπεριφορά του ατόμου.

Η διαδικασία παρατήρησης συνίσταται κατά κύριο λόγο στην ανακάλυψη των περισσότερων δυνατών στοιχείων σχετικά με τη μορφή της εγκληματικής δραστηριότητας του υποκειμένου, τις ιδιότητες της προσωπικότητάς του, τους παράγοντες που συντέλεσαν στη δημιουργία της και τέλος τους μηχανισμούς του περάσματος στην πράξη.

Όλες οι επιστήμες καλούνται να συνεισφέρουν στο έργο τούτο, για αυτό και η συνύπαρξη στην ίδια ομάδα διαφόρων επαγγελματιών Ψ.Υ. δεν προξενεί πλέον έκπληξη.

Εν κατακλείδι, σύμφωνα με τους νομικούς, σωστή εκτίμηση του μεγέθους εγκληματικής προσωπικότητας (βαθμός εγκληματικότητας σε συνδυασμό με τον βαθμό προσαρμοστικότητας)¹ αποτελεί το πρώτο βήμα για την πρόγνωση της μελλοντικής συμπεριφοράς του ατόμου.

¹ Αναφέρονται τέσσερις κατηγορίες : α) μεγάλη εγκληματικότητα με υψηλή προσαρμοστικότητα (εγκληματίες με το λευκό κολλάρο), β)μεγάλη εγκληματικότητα και χαμηλή προσαρμοστικότητα (ζουν στις φυλακές), γ) μικρή εγκληματικότητα και μικρή προσαρμοστικότητα (ψυχικά ασθενείς, καθέξιν παραβάτες), δ) μικρή εγκληματικότητα και μεγάλη προσαρμοστικότητα (εγκλήματα πάθους ή περιστάσεως).

3.2. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΗΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ

Από όλα όσα περιγράφησαν μέχρι τώρα, διαφαίνεται πως η έννοια της επικινδυνότητας είναι ελαστική, και αποκτά νόημα πάντοτε σε συνάρτηση με ένα κοινωνικό σύνολο. Συνήθως εμφανίζεται στο πλαίσιο μιας οργανωμένης κοινωνικής ζωής με ανταγωνιζόμενα συμφέροντα, ενώ κάθε φορά προσδιορίζεται σε σημαντικό βαθμό από τις απόψεις των κυρίαρχων κοινωνικών δυνάμεων. Για τον Πανούση⁷⁷ η διερεύνηση της θέτει το πρόβλημα των σχέσεων ατόμου και κοινωνικής ομάδας, γιατί ξεπερνάει την ψυχική ασθένεια και την αποκλίνουσα κοινωνική συμπεριφορά και συνδέεται με τις διαταραχές συμπεριφοράς, που προέρχονται από την αδυναμία προσαρμογής (ή ένταξης) του ατόμου στον κοινωνικό περίγυρο.

Ενώ η απεικόνιση της επικινδυνότητας είναι μια πραγματικότητα πλούσια σε περιεχόμενο, έχει από καιρό αρχίσει να αμφισβητείται η επιστημονική σημασία της επικινδυνότητας καθεαυτής. Είναι δύσκολο να καθοριστεί περιγραφικά, γιατί αποτελεί αξιολογική έννοια. Οι κυρίαρχοι ιδεολογικοί μηχανισμοί καθορίζουν κάθε φορά το περιεχόμενό της. Οι επιστήμονες που ασχολούνται με την επικινδυνότητα επηρεάζονται από τα ιδεολογικά πρότυπα της κάθε ιστορικής στιγμής και τους μηχανισμούς παραγωγής της.

Συνεπώς θα πρέπει να προσδιοριστεί ο χώρος μέσα στον οποίο η έννοια της επικινδυνότητας διαμορφώνεται, ποιοι είναι οι παραγωγοί και οι αποδέκτες και τέλος να εντοπιστούν οι μηχανισμοί δημιουργίας προτύπων.⁷⁸

Η κύρια αιτία της έλλειψης αξιοπιστίας στον υπολογισμό της επικινδυνότητας, αποδίδεται στις ασάφειες, στην έλλειψη επαρκών κριτηρίων αξιολόγησης και σε υποκειμενικούς παράγοντες.

Όπως αναφέρει ο Λειβαδίτης,⁷⁹ συχνά το ερώτημα που απασχολεί τους ειδικούς αφορά στο τι (ή ποιος) χαρακτηρίζεται επικίνδυνο (ς) και το είδος του κινδύνου που συνεπάγεται ένας παρόμοιος χαρακτηρισμός. Άλλοτε ο κίνδυνος αποδίδεται σε άτομα, άλλοτε σε συγκεκριμένες καταστάσεις και άλλοτε σε συνδυασμό αυτών των παραγόντων. Και συνεχίζει «όταν υποστηρίζεται ότι κάποιο άτομο είναι επικίνδυνο αυτό μπορεί να σημαίνει πως: α) το άτομο σκέπτεται και ετοιμάζεται να διαπράξει μια παράβαση, β) το άτομο έχει μια προσωπικότητα που τον σπρώχνει στο «κακό», γ) το άτομο μπορεί να φερθεί έτσι μόνο, αν βρεθεί σε συγκεκριμένες ειδικές συνθήκες, δ) το άτομο ανήκει σε μια επικίνδυνη ομάδα πληθυσμού, ε) λόγω των συνθηκών ζωής του ατόμου υπάρχει μεγάλη πιθανότητα, αυτό να εμπλακεί σε επικίνδυνες καταστάσεις, στ) λόγω των γενικών συνθηκών, οι οποίες ευνοούν στην ανάπτυξη ορισμένων μορφών εγκληματικότητας,

υπάρχει αυξημένη πιθανότητα το άτομο να εγκληματήσει, ζ) υπάρχει κάποιος συνδυασμός μερικών από τα ανωτέρω δεδομένα».

Μια άλλη πηγή ασάφειας συνδέεται με το είδος του κινδύνου για το οποίο γίνεται λόγος π.χ. αυτός μπορεί να αφορά κάθε είδος παραβατικής πράξης ή μόνο σοβαρά εγκλήματα ή μόνο βίαιες πράξεις.

Ωστόσο, εκτός όμως από το είδος του κινδύνου, ασάφεια υπάρχει και ως προς το ποιοι παράγοντες υπολογίζονται για τον προσδιορισμό του βαθμού της επικινδυνότητας (η βαρύτητα του πιθανολογούμενου εγκλήματος , η αμεσότητα του κινδύνου, η προοπτική διάπραξης επανειλημμένων παραβάσεων, η πιθανότητα μελλοντικής εμφάνισης καταστάσεων που μειώνουν ή αυξάνουν τον κίνδυνο).

Επιπρόσθετα, υποστηρίζεται ότι η διαφορά μεταξύ των εννοιών κίνδυνος – επικίνδυνη κατάσταση, που στην Ελληνική γλώσσα δεν είναι ευκρινής, σε ξένες χώρες (π.χ. risk-danger) έγκειται στο ότι στην πρώτη περίπτωση η εκτίμηση του κινδύνου έχει έναν αντικειμενικό χαρακτήρα, ενώ η δεύτερη εμπεριέχει την υποκειμενική αξιολόγηση ενός εξωτερικού παρατηρητή, ο οποίος επηρεάζεται από ιδεολογικές πεποιθήσεις και αντιδράσεις (π.χ. θυμό, φόβο).⁸⁰

Η έννοια της επικινδυνότητας στηρίζεται στη δυνατότητα μιας μελλοντικής επικίνδυνης συμπεριφοράς. Η πίστη στην ικανότητα της επιστήμης να εντοπίσει κριτήρια ικανά να προβλέψουν μια μελλοντική, βίαιη ή επικίνδυνη συμπεριφορά τροφοδοτεί και ενδυναμώνει, παρά την ουτοπικότητά της, την ισχύ της έννοιας επικινδυνότητας. Η πρόβλεψη της επικινδυνότητας στηρίζεται σε δύο διαφορετικές μεθοδολογίες : α) την κλινική μέθοδο, που βασίζεται σε συνεντεύξεις, το ατομικό ιστορικό και οι ψυχολογικές δοκιμασίες, β) στη στατιστική μέθοδο , που χρησιμοποιεί τις κλίμακες πρόβλεψης όπου εκτιμώνται μια σειρά παραγόντων συνυφασμένων με την εγκληματική συμπεριφορά . Καμία μεθοδολογία όμως δεν μπορεί να εγγυηθεί την ύπαρξη κριτηρίων ικανών να προβλέψουν μια μελλοντική βίαιη, επικίνδυνη συμπεριφορά.³⁸

Πλήθος ερευνητικών προγραμμάτων οδηγούν στην αμφισβήτηση της δυνατότητας πρόβλεψης μιας μελλοντικής συμπεριφοράς που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί επικίνδυνη.

Επιπλέον, η υπερπροβλεψιμότητα της επικινδυνότητας αποτελεί ένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικό φαινόμενο, που σταθερά προκύπτει από την επισκόπηση των παραπάνω ερευνών. Το φαινόμενο αυτό μοιάζει να συνοδεύει αναπόφευκτα κάθε απόπειρα εντοπισμού των επικίνδυνων ατόμων και επεξεργασίας ειδικών μέτρων μεταχείρισής τους. Στην καλύτερη περίπτωση, όπως γίνεται φανερό από ένα πλήθος ερευνητικών δεδομένων, από τα

τρία άτομα που θα θεωρηθούν επικίνδυνα μόνο ένα θα εκδηλώσει στο μέλλον μια επικίνδυνη συμπεριφορά.

Η γενικότερη θεώρηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς ως αποκλειστικού προϊόντος της προσωπικότητας, και η θεώρηση της επικινδυνότητας ως σταθερού και εύκολα αναγνωρίσιμου χαρακτηριστικού της προσωπικότητας, οδήγησε σε μια σειρά μελετών που κατέδειξαν τα γνωρίσματα εκείνα που καθιστούν ένα άτομο επικίνδυνο. Αυτά αποτελούν ένα συνδυασμό συμπεριφορών, ιδιοτήτων και χαρακτηριστικών του ατόμου:

- ο Επικίνδυνο είναι το άτομο εκείνο που έχει προκαλέσει ή έχει επιχειρήσει να προκαλέσει σοβαρή σωματική βλάβη σε ένα άλλο πρόσωπο και υποκρύπτει μέσα του οργή, εχθρότητα και μνησικακία.
- ο Απολαμβάνει όταν ο άλλος υποφέρει.
- ο Στερείται αλτρουϊσμού και ευσπλαχνίας για τους άλλους.
- ο Προσλαμβάνει τον εαυτό του ως θύμα παρά ως επιτιθέμενο.
- ο Ενδιαφέρεται πρώτιστα για την ικανοποίηση των δικών του αναγκών και την ανακούφιση της δυσαρέσκειάς του.
- ο Δεν αντέχει στην αποστέρηση ή την αναβολή άμεσης ικανοποίησης των αναγκών του.
- ο Δεν ελέγχει τις παρορμήσεις του.
- ο Υιοθετεί ανώριμες στάσεις απέναντι στην κοινωνική ευθύνη.
- ο Παραποιεί την εικόνα της πραγματικότητας σύμφωνα με τις δικές του επιθυμίες και ανάγκες.^{81, 82, 83}

Σύμφωνα με τον Shepherd⁸⁴ κριτήρια επικινδυνότητας αποτελούν «ηπαρορμητικότητα, η ευερεθιστότητα και η αλαζονεία σε συνδυασμό με μια «άκαμπτη προσωπικότητα», ενώ για τον Loucas⁸⁵ κριτήρια αποτελούν « η οργισμένη διάθεση, η εκδικητική στάση, η ευκολία κατοχής όπλου ...»

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί, το γεγονός ότι, από το πλήθος των κριτηρίων που έχουν θεωρηθεί ικανά να προβλέψουν την επικινδυνότητα εκείνο που μοιάζει το πιο ασφαλές είναι η προηγούμενη καταδίκη για μια οποιαδήποτε εγκληματική πράξη. Ένα κριτήριο δηλαδή που δεν συναρτάται ούτε με στοιχεία της προσωπικότητας του δράστη ούτε με την συμπτωματολογία μιας συγκεκριμένης ψυχικής διαταραχής.

Όσο και αν έχει, ωστόσο, προγνωστική αξία ο παράγοντας αυτός της προηγούμενης καταδίκης για μια εγκληματική πράξη, δεν μπορεί να αποτρέψει και αυτός τους «απατηλούς συσχετισμούς» της υπερπρόβλεψης, που εξακολουθούν να είναι υψηλοί, συνοδεύοντας αναπότρεπτα κάθε εκτίμηση της επικινδυνότητας.

Με βάση τα δεδομένα του παρελθόντος, προκύπτει με ενάργεια η αβεβαιότητα των κλινικών και στατιστικών εκτιμήσεων της επικινδυνότητας, αβεβαιότητα που συνυφίνεται με την υπερπροβλεψιμότητα, το υψηλό δηλαδή ποσοστό λανθασμένων θετικών προβλέψεων της επικινδυνότητας. Η αβεβαιότητα αυτή ενισχύεται ακόμη περισσότερο αν λάβει κανείς υπόψη του το γεγονός ότι οι περισσότερες έρευνες για την πρόβλεψη της επικινδυνότητας στηρίζονται σε κατηγορίες ατόμων που έχουν ήδη θεωρηθεί ότι παρουσιάζουν «υψηλό κίνδυνο» διάπραξης εγκλημάτων : ομάδες, ατόμων που διέπραξαν σεξουαλικά εγκλήματα, ψυχικά ασθενείς, υπότροποι εγκληματίες.³⁸

3.3. ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΤΗΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ

Η πρόβλεψη της επικινδυνότητας δεν μπορεί να αποδοθεί με απόλυτη βεβαιότητα και όπως υποστηρίζει ο Αλεβιζόπουλος⁴⁴ αποβλέπει στον προσδιορισμό της πιθανότερης συμπεριφοράς ενός ατόμου σε δεδομένη χρονική περίοδο και κάτω από δεδομένες συνθήκες. Χρησιμοποιώντας στατιστικά δεδομένα και προσαρμόζοντάς τις ιδιαιτερότητες του ατόμου επιτυγχάνεται υψηλή αξιοπιστία.

Σύμφωνα με την οδηγία της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας ,ως προς την πρόβλεψη της επικινδυνότητας, « οι ψυχίατροι δεν έχουν καμία ειδική γνώση ή δυνατότητα με τις οποίες μπορούν να προβλέψουν την επικίνδυνη συμπεριφορά. Οι μελέτες έχουν δείξει ότι ακόμη και με τους ασθενείς στους οποίους υπάρχει ιστορικό βίαιων πράξεων, οι προβλέψεις της μελλοντικής βίας θα είναι λάθος για δύο σε κάθε τρεις ασθενείς που αξιολογούνται». Ο λόγος είναι απλός : Υπάρχουν τόσες μεταβλητές στη βιοψυχοκοινωνική υπόσταση των ψυχικών νόσων που δεν είναι εφικτός ο ασφαλής προσδιορισμός της επικινδυνότητας. Οι ψυχικές νόσοι έχουν βιολογική υπόσταση, ψυχολογική και τέλος κοινωνική. Οι ψυχίατροι λαμβάνουν πάντα υπόψη αυτούς τους τρεις συνδυασμένους τομείς της ζωής ενός αρρώστου, τόσο στη διάγνωση όσο και στο σχεδιασμό ενός αποτελεσματικού σχεδίου θεραπείας.⁴⁴

Ο Λειβαδίτης³⁸ υπογραμμίζει πως με τις σημερινές δυνατότητες η ικανότητα πρόβλεψης της παραβατικής συμπεριφοράς ενός συγκεκριμένου ατόμου, με εξαίρεση πολύ ειδικές περιπτώσεις, είναι μάλλον περιορισμένη. Είναι δηλαδή δυνατό να προβλεφθεί ότι υπάρχει πιθανότητα 20-40% κάποιος να διαπράξει ένα σοβαρό βίαιο αδίκημα τα επόμενα 2-3 χρόνια, αλλά σπάνια τα ποσοστά αυτά φθάνουν στο 70-90%. Έτσι , η ένδειξη «αυξημένη επικινδυνότητα» συχνά δεν επιβεβαιώνεται ενώ το «επικίνδυνο» άτομο

υφίσταται τις συνέπειες αυτού του χαρακτηρισμού. Η υποτίμηση της επικινδυνότητας και η αποφυγή λήψης μέτρων για την αντιμετώπισή της μπορεί να έχει πολύ σοβαρές και αμετάκλητες συνέπειες για το θύμα, για το δράστη, για τις οικογένειές τους, για την κοινότητα στην οποία ανήκουν, για την ίδια την Κοινωνική Ψυχιατρική.

Ο Δουζένης⁸⁶ επισημαίνει πως η πρόβλεψη της επικινδυνότητας δεν γίνεται « από το κενό». Το ερώτημα για την πρόβλεψη πρέπει να είναι όσο το δυνατό περισσότερο ξεκάθαρο. Επιπλέον, πρέπει να καθορίζεται ο τύπος της βίαιης πράξης για την οποία ζητείται η εκτίμηση της επικινδυνότητας και να καθορίζεται και κάποιος χρονικός ορίζοντας για την πρόβλεψη αυτή. Η μελέτη του περιβάλλοντος στο οποίο θα βρίσκεται το άτομο πρέπει να συνεκτιμάται. Συνεπώς, μπορεί να ζητηθεί για πράξεις (εγκλήματα) ή συμπεριφορές που έχουν ήδη εκδηλωθεί τουλάχιστον μια φορά. Η πρόβλεψη λοιπόν πρέπει να αφορά στην εκτίμηση της πιθανότητας το μελετώμενο άτομο να επαναλάβει την ίδια δραστηριότητα.

Προγνωστικοί παράγοντες βίαιων συμπεριφορών θεωρούνται οι εξής⁸⁷ :

- Φτωχό κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον σε οικονομικό επίπεδο και επίπεδο διαπροσωπικών σχέσεων.
- Ιστορικό προηγούμενου βίαιου εγκλήματος.
- Ηλικία (μεγαλύτερος ο κίνδυνος από νέους ενήλικες).
- Φύλο (9 άνδρες / 1 γυναίκα).
- Φυλετικοί παράγοντες (διακρίσεις). (ΗΠΑ μεγαλύτερος ο κίνδυνος στους μη λευκούς πληθυσμούς).
- Χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών.
- Οικογενειακή κατάσταση. Μεγαλύτερος ο κίνδυνος σε αυτούς που ζουν μόνοι.
- Ψυχική νόσος. Μεγαλύτερος ο κίνδυνος βίας σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, σε άτομα ψυχικά πάσχοντα, τα οποία έχουν επιπλέον, συλληφθεί μια ή περισσότερες φορές πριν την ψυχιατρική νοσηλεία.

Ο Γκορίνης⁸⁸ , σκιαγραφώντας το προφίλ ατόμων που εμφανίζουν υψηλό κίνδυνο για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς, προσθέτει στα ανωτέρω τα εξής:

- Κοινωνικά χαρακτηριστικά. (Άτομα κοινωνικά απομονωμένα και άνεργα παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο. Επίσης η ανυπαρξία στηρικτικού κοινωνικού – οικογενειακού περιβάλλοντος θεωρείται επιβαρυντικός παράγοντας).
- Ιστορικό κακοποίησης – παραμέλησης την παιδική ηλικία. (Αποτελεί έναν από τους πιο αξιόπιστους δείκτες στην πρόγνωση της βίαιης συμπεριφοράς).
- Νοσήματα του ΚΝΣ: Επιληψία, διανοητική καθυστέρηση.

- Ιστορικό ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς.(Αποτελεί τον πιο αξιόπιστο δείκτη βίαιης συμπεριφοράς).
- Ιστορικό αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς .
- Διαθεσιμότητα μέσων (π.χ. ύπαρξη όπλου).

Ενώ σε ότι αφορά τις ψυχικές νόσους, υπογραμμίζει τις : Σχιζοφρενική Παράνοια, Μανία, Επιλόχεια ψύχωση, Άνοια, Παραφιλίες, Διαταραχή προσωπικότητας με φτωχό έλεγχο παρορμήσεων.

Ο Pollock ⁸⁹ μελέτησε τη βιβλιογραφία των είκοσι τελευταίων χρόνων και αναφέρεται στις πολλές προσπάθειες για την επεξεργασία εργαλείων και κλινικών τεχνικών, για την πρόβλεψη της επικινδυνότητας. Στο βασικό του συμπέρασμα υπογραμμίζει την «ατέλεια» και την «έλλειψη αξιοπιστίας» των κλινικών προσεγγίσεων στην πρόβλεψη της επικινδυνότητας.

Κάθε ψυχίατρος χρησιμοποιεί τη δική του «κλίμακα» κλινικής ανάλυσης που είναι το αποτέλεσμα της επαγγελματικής του εμπειρίας, των θεωρητικών αναφορών, της επίδρασης του περιβάλλοντος όπου εργάζεται, καθώς και της στάσης των δικαστικών, αστυνομικών αρχών και ευρύτερα της ανοχής της κοινότητας απέναντι στο διαφορετικό.

Βασικές αρχές για την αξιολόγηση της επικινδυνότητας (στοιχεία για μια κλινική συναίνεση στην προσέγγισή της) αποτελούν οι κάτωθι:

- Η πρόβλεψη της επικινδυνότητας μακροπρόθεσμα είναι αδύνατη με τρόπο ποσοτικό και ακριβή και κάθε γενίκευση σε αυτό τον τομέα κινδυνεύει να αποτελέσει μια «ιδεολογική κατάχρηση».
- Ένας ασθενής που «αναμετράται» με τις ίδιες συνθήκες, κάτω από τις οποίες είχε ήδη εκδηλώσει κάποια εκδραμάτιση, παρουσιάζει έναν υψηλό κίνδυνο υποτροπής αν απουσιάσει μια αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση και ψυχιατρική φροντίδα τόσο για τον ίδιο όσο και για το περιβάλλον.
- Η επαρκής κλινική γνώση κάθε ασθενούς από τη θεραπευτική ομάδα αποτελεί προτέρημα και θετικό στοιχείο, με στόχο τη μείωση του κινδύνου των υποτροπών και των επιθετικών ή βίαιων συμπεριφορών. Αυτή η κατανόηση προϋποθέτει μια σφαιρική αντίληψη του ασθενούς και το πλαίσιο μέσα στο οποίο ζει και λειτουργεί, μια καταγραφή των αναγκών του, πέρα από θεωρητικές δυσκαμψίες σχολών και ιδεολογικών ρευμάτων.
- Η αναζήτηση μιας κλινικής και θεραπευτικής λύσης προϋποθέτει πριν από όλα τη λεπτομερή και πλήρη αξιολόγηση του ασθενούς και της ιστορίας του, του πλαισίου μέσα στο οποίο ζει και των αλληλεπιδράσεών τους.

- Μια καλύτερη και σφαιρικότερη γνώση των παραγόντων που σχετίζονται με την επικινδυνότητα, θα μπορούσε να καταλήξει σε στρατηγικές πρωτοβάθμιας πρόληψης.
- Η επικινδυνότητα δεν είναι σταθερή κατάσταση και δεν αποτελεί επιστημονική έννοια. Είναι κοινωνικά προσδιορισμένη και ρευστή μέσα στο χρόνο.

Η καταγραφή όλων των παραγόντων για τον χαρακτηρισμό μιας πράξης ως βίαιης και ενός ατόμου ως δυνάμει επικίνδυνου ή επικίνδυνου, είναι θεμελιώδης, προκειμένου να εξασφαλιστεί μια πιο σφαιρική εικόνα.⁷⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ :4

4.1. ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Σχολιάζοντας τα ευρήματα των παλαιότερων ερευνών, ο Αλεβιζόπουλος⁴⁴ αναφέρει πως σε ποσοστό 57% του γενικού πληθυσμού, επικρατεί η άποψη ότι οι ψυχικά ασθενείς παρουσιάζουν μεγαλύτερες πιθανότητες να διαπράξουν πράξεις βίας σε σχέση με άλλους ανθρώπους.

Υποστηρίζει ωστόσο, πως τα νεώτερα δεδομένα έχουν επιβεβαιώσει ότι μεγάλη πλειοψηφία ατόμων που εκδήλωσαν βίαιη συμπεριφορά δεν έπασχε από ψυχικές νόσους. Εντούτοις, υπάρχει μια ορισμένη μικρή υποομάδα ανθρώπων με σοβαρές και επιμένουσες ψυχικές ασθένειες που αυξάνουν τον κίνδυνο για εκδήλωση βίας προς ένα άλλο πρόσωπο και χαρακτηρίζονται ως επικίνδυνοι.

Σήμερα είναι γνωστό πως κάποιοι τύποι ψυχικών διαταραχών αυξάνουν τον κίνδυνο βίαιης συμπεριφοράς. Σταθερά ότι οι διαταραχές που σχετίζονται με τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, αλλά και άτομα που παρουσιάζουν διαταραχή προσωπικότητας, αποτελούν τον υποπληθυσμό των ψυχιατρικών ασθενών, ο οποίος εκδηλώνει συχνότερα βία. (Πίνακας 1.)

Πίνακας 1. Συχνότητα βίαιης συμπεριφοράς σε διάφορες ψυχικές διαταραχές. (Eronen & Schuze, 1998).(Αλεβιζόπουλος Γ.Α, 2005)

Μείζων Ψυχική διαταραχή	4,2-33,6 %
Οργανικές διαταραχές	2,6-5,0%
Σχιζοφρένεια	3,1-7,2%
Συναισθηματικές διαταραχές	1,4-8,8%
Αγχώδεις διαταραχές	0,9-1,2%
Κατάχρηση ουσιών	6,5-54%
Αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας	7,2-54,6%

Η πλειονότητα των ψυχικά πασχόντων δεν είναι βίαιοι, ούτε θα γίνουν κάτω από κάποιες περιστάσεις. Ένα άτομο που νοσεί για παράδειγμα από σχιζοφρένεια, δεν παρουσιάζει συνέχεια και σε όλη τη διάρκεια της ζωής του συμπτώματα ενεργούς ψυχοπαθολογίας. Επίσης, δεν έχουν όλοι οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια παραληρητικές ιδέες ότι οι άλλοι τους διώκουν ή τους ελέγχουν, έτσι ώστε αυτή η απατηλή πεποίθηση να οδηγήσει σε ένα βίαιο ξέσπασμα.⁹⁰

Πολλές ερευνητικές μελέτες - όπως και η κλινική εμπειρία- έχουν καταδείξει ότι οι παραληρητικές ιδέες μπορούν να επάγουν ως κάποιο βαθμό τη βίαιη συμπεριφορά. Στον πίνακα που ακολουθεί, επισημαίνεται η άποψη πως η οξεία ενεργός συμπτωματολογία παρουσιάζει γενικά μικρότερη συσχέτιση με τη βίαιη συμπεριφορά από ότι η ψυχική νόσος ως γενικότερη εκδήλωση ψυχοπαθολογίας. (Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Επίδραση Παραληρητικών ιδεών στην εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς.

(Αλεβιζόπουλος Γ.Α, 2005).

Παραληρητικές ιδέες	Παρούσες %	Απούσες %
Διώξεως	9,6	14,6
Ελέγχου σώματος /πνεύματος	7,8	14,6
Εκπομπής Σκέψης	12,1	13,7
Θρησκευτικές	11,3	13,7
Άλλες	6,0	14,1
Ενοχής	12,1	13,6
Σωματικές	8,0	13,7

Ανεξάρτητα από όσα προαναφέρθηκαν, είναι ευρέως αποδεκτό πως στην πορεία μιας νόσου, τα συμπτώματα μπορούν να επιδεινωθούν ή να υφεθούν, όπως επίσης μπορούν να ποικίλλουν σε ένταση.

Η λήψη φαρμακευτικής αγωγής σε συνδυασμό με ένα υποστηρικτικό, μη ψυχοπιεστικό περιβάλλον μπορούν συχνά και σε μεγάλο βαθμό να ελέγξουν τις συνέπειες της νόσου.⁹¹

Οι Estroff και συν.⁹² διερευνώντας τα περιβάλλοντα ψυχικά ασθενών κατέληξαν πως σημαντικοί παράγοντες που επιδρούν στην εκδήλωση βίας ατόμων με ψυχικές διαταραχές αποτελούν τα χαοτικά, βίαια περιβάλλοντα όπου η χρήση του οινοπνεύματος ή μιας άλλης ουσίας είναι κοινή, ή όπου υφίσταται σύγκρουση μεταξύ των μελών της οικογένειας, όπου κυριαρχεί κλίμα ελέγχου, είναι παράγοντες που συνδέουν τη βία με τα άτομα που πάσχουν από ψυχική διαταραχή.

Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, ένα πρόσωπο με ψύχωση ή άλλη ψυχιατρική νόσο, σε ένα απρόβλεπτο, αγχωτικό περιβάλλον με μικρή υποστήριξη εκ μέρους των οικογενειών, αλλά και της κοινότητας, ως πλαίσιο, αλλά και την απουσία εναισθησίας, μπορεί να διατρέξει κίνδυνο για εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς.⁹³

Το οικογενειακό περιβάλλον και η οικογενειακή ατμόσφαιρα^{94,95,96} έχουν τύχει ιδιαίτερου ενδιαφέροντος από τους ειδικούς για πολλές δεκαετίες. Οι μελέτες έχουν δείξει ότι τα μέλη μιας οικογένειας είναι περισσότερο εκτιθέμενα στον κίνδυνο μιας βίαιης πράξης που διαπράττεται από ένα ψυχωτικό άτομο. Οι άνθρωποι με σοβαρή ψυχοπαθολογία εξαρτώνται συχνά από την φροντίδα της οικογένειας τους. Μέσα στην οικογένεια, έχει παρατηρηθεί πως το πρόσωπο που αναλαμβάνει τη φροντίδα του αρρώστου διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο, ενώ αυτός που ασκεί την βία είναι συνήθως ο γιος ή ο/η σύζυγος.

Μια μελέτη ασθενών σε ψυχιατρικά νοσοκομεία που εκδήλωσαν σοβαρή σωματική βία (βαρεία σωματική βλάβη, ανθρωποκτονία) λίγο πριν την εισαγωγή τους διαπίστωσε ότι το 65% του δείγματος είχαν επιτεθεί σε μέλη των οικογενειών τους, ενώ άτομα εκτός του κοινωνικού δικτύου του αρρώστου σπανιότερα αποτελούν στόχους βίας.⁹⁷

Είναι γνωστό ότι η βία κατά την παιδική ηλικία, όπως αυτή της σεξουαλικής ή σωματικής κακοποίησης ή παραμέλησης έχει μακροπρόθεσμες συνέπειες, που προκαλούν προβλήματα στη μετέπειτα ζωή όπως π.χ. οικογενειακή βία που αναπαράγεται από γενεά σε γενεά. Αντίθετα, ενώ η βία στην κοινωνία μας δεν παράγει τις ψυχικές νόσους, είναι σαφές ότι μπορεί να επιδεινώσει τα συμπτώματά τους.⁹⁸

Έρευνες επισημαίνουν πως ένα ενθαρρυντικό, υποστηρικτικό και μη περιοριστικό περιβάλλον, ενώ δεν μπορεί εντελώς να αμβλύνει τα συμπτώματα μιας σοβαρής ψυχικής νόσου, μπορεί τουλάχιστον να βοηθήσει τους πάσχοντες να αποφύγουν την υποτροπή.⁹⁹

Όσο οι ασθενείς ακολουθούν πιστά την φαρμακευτική τους αγωγή, έρευνες έχουν δείξει ότι εκείνοι που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές νόσους, δεν είναι περισσότερο επικίνδυνοι από το γενικό πληθυσμό. Επίσης οι άνθρωποι που λαμβάνουν την κανονική ψυχοθεραπευτική υποστήριξη από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, είναι πολύ λιγότερο πιθανό να διαπράξουν μια βίαιη πράξη.¹⁰⁰

Σύμφωνα με την Τσαλίκου³⁹ στην ψυχιατρική γίνεται αποδεκτό ότι ακόμα και αν η μορφή ή η φύση του ψυχοπαθολογικού συμπτώματος μπορεί να αποδοθεί στη νοσολογική επεξεργασία, το περιεχόμενο του συμπτώματος αυτού (π.χ. των παραληρητικών ιδεών ή των ψευδαισθήσεων) βασίζεται σε μια πολυμορφία κοινωνικών εμπειριών του υποκειμένου. Δεν είναι το σύμπτωμα εκείνο που οδηγεί στην εκτροπή. Στην περίπτωση αυτή όλα τα άτομα που θα εκδήλωναν μια αντίστοιχη συμπτωματολογία στη συμπεριφορά τους θα έτειναν να είναι στον ίδιο βαθμό βίαια ή επιθετικά.

Για την ίδια, το περιεχόμενο του συμπτώματος, η σημασία που το άτομο αποδίδει σε αυτό, η τροφοδότηση της σημασίας αυτής από ένα συγκεκριμένο κοινωνικό πλαίσιο, αποτελούν τους προσδιοριστικούς τελικά παράγοντες του περάσματος στην εκτροπή και όχι καθαυτή η ύπαρξη της ψυχικής διαταραχής.

Ακόμη όμως και στις περιπτώσεις εκείνες όπου η επικινδυνότητα με τη μορφή του περάσματος στην εγκληματική πράξη, εκδηλώνεται στη διάρκεια μιας οξείας φάσης της ψυχοπαθολογικής διαταραχής, όπου κυριαρχούν π.χ. συμπτώματα διέγερσης, πανικού, κατατονίας, ψευδαισθήσεων και όπου η ενδεχόμενη βία μοιάζει να προκαλείται από το ψυχοπαθολογικό σύμπτωμα, ακόμη και τότε το αίτιο της συμπεριφοράς αυτής δεν μπορεί να αναζητηθεί στην ίδια την ύπαρξη της διαταραχής, στο επίπεδο δηλαδή της ατομικής παθολογίας.¹⁰¹

Ουσιαστικά, η αυξημένη επικινδυνότητα, αφορά ορισμένες μόνο υποομάδες σχιζοφρενών, ιδίως ασθενείς σε υποτροπή ή με ενεργά ψυχωσικά συμπτώματα, που δεν βρίσκονται σε σταθερή ιατρική παρακολούθηση και αγωγή. Η μεγάλη πλειοψηφία των σοβαρών τουλάχιστο αδικημάτων διαπράττεται από αυτή την υποομάδα. Αν και αυξημένη σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, η επικινδυνότητα παραμένει πολύ μικρότερη από αυτή άλλων ομάδων ασθενών ή υγιών (π.χ. ατόμων με αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας, εξαρτημένων από ψυχοδραστικές ουσίες, παραβατών που έχουν ήδη καταδικαστεί για κάποιο αδίκημα).¹²

Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι η παραβατικότητα των σχιζοφρενών είναι μεγαλύτερη κατά τη φάση εγκατάστασης της νόσου (η οποία για το λόγο αυτό αποκαλείται «ιατροδικαστική φάση» της σχιζοφρένειας). Σε αυτή τη φάση συχνά κυριαρχούν η αποδιοργάνωση της προσωπικότητας, η άρση των αναστολών, οι αιφνίδιες ισχυρές παρορμήσεις.¹⁰²

Εχει παρατηρηθεί πως ασθενείς με παρανοειδή μορφή σχιζοφρένειας, κυρίως κατά την ενεργό φάση, διαπράττουν τα σοβαρότερα εγκλήματα, ενώ παρατηρείται προσωρινή βελτίωση της κλινικής τους εικόνας αμέσως μετά την πράξη και συνήθως τότε παρουσιάζουν αμνησία. Κατά την υπολειμματική φάση επικρατούν η υποβουλησία, η συνολική έκπτωση και η κοινωνική απομόνωση που εμποδίζουν την παραβατικότητα.

Στις έντονες παραληρητικές καταστάσεις, η ακράδαντη πεποίθηση της ύπαρξης προσβολής της τιμής ή μιας αδικίας, η συναισθηματική δυσκαμψία, η διατήρηση μιας σχετικά καλής οργάνωσης της προσωπικότητας ή η ζωτικότητα που συχνά χαρακτηρίζει αυτά τα άτομα , αυξάνουν την πιθανότητα της προσφυγής στη βία. Σύζυγοι (ιδίως στα ζηλοτυπικά παραληρήματα), ιατροί, δικαστές , δικηγόροι (όπως στην περίπτωση διεκδικητικού παραληρήματος) γίνονται συνήθως στόχοι.³⁸

Η μείζον κατάθλιψη συνδέεται με τα εγκλήματα της ανθρωποκτονίας και της βρεφοκτονίας.

Η διπολική διαταραχή (μανιοκαταθλιπτική νόσος) ανάλογα με τη φάση (υπομανιακή ή μανιακή) και εξαιτίας της ευερεθιστότητας και της παρορμητικότητας που χαρακτηρίζει το άτομο, μπορεί να το οδηγήσει σε συγκρούσεις ή να γίνει δράστης ή θύμα πράξεων βίας, απειλής, εξύβρισης. Σπάνια προκαλεί σωματικές βλάβες ή φθάνει στο φόνο. Η οδήγηση χωρίς δίπλωμα ή σε κατάσταση μέθης, η πρόκληση οδικών ατυχημάτων, λόγω υπερεκτίμησης των δυνατοτήτων και υποτίμησης των δυσκολιών, αποτελούν μια άλλη κατηγορία παραβάσεων, στις οποίες είναι επιρρεπείς οι ασθενείς αυτής της κατηγορίας.

Στην πλειοψηφία, οι βίαιες ή καταστροφικές παραβατικές πράξεις, προέρχονται από ασθενείς που παρουσιάζουν έξαρση της νόσου και δεν έχουν θεραπευτική παρακολούθηση και δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή.¹⁰³

Μια άλλη διάσταση του θέματος - που υπογραμμίζεται από τον Λειβαδίτη¹⁰⁴ - , αφορά στο γεγονός πως οι ψυχωσικοί ασθενείς (ιδίως οι σχιζοφρενείς) καθώς και αυτοί που εμφανίζουν μείζονα κατάθλιψη καθίστανται σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό , πολύ συχνότερα θύματα σοβαρών παραβατικών πράξεων ιδίως εγκλημάτων βίας, σεξουαλικής κακοποίησης, ιδιοποίησης περιουσιακών στοιχείων.

Τα εγκλήματα βίας εναντίον ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές έχουν συνήθως τις εξής μορφές :

- α) Ξυλοδαρμός ψυχωσικού ασθενούς , ο οποίος βρίσκεται συχνά σε φάση έξαρσης της νόσου, αρκετές φορές ύστερα από προκλητική συμπεριφορά ή επιθετική πράξη του ίδιου εναντίον του δράστη.
- β) Αυθαίρετη βία εναντίον νοσηλευόμενων ασθενών από το προσωπικό.
- γ) Σωματική κακοποίηση ιδίως γυναικών, οι οποίες εμφανίζουν ψύχωση ή σοβαρή κατάθλιψη, από τους οικείους τους.

Τα σεξουαλικά αδικήματα αφορούν :

- α) Σεξουαλική κακοποίηση .
- β) Βίαιη ασέλγεια σε βάρος ψυχωσικών και καταθλιπτικών, συχνά από το σύζυγο .

Όσον αφορά τα αδικήματα που αφορούν την περιουσία :

- α) Οι ασθενείς που ζουν χρόνια σε άσυλα, γίνονται θύματα κλοπών από συνασθενείς τους. Εξάλλου, αρκετές φορές οι συγγενείς ιδιοποιούνται το σύνολο ή μέρος, της σύνταξης ή και άλλα περιουσιακά στοιχεία.
- β) Δεν έχει ερευνηθεί επαρκώς σε τι βαθμό οι χρόνιοι ψυχωσικοί ασθενείς, οι οποίοι δεν νοσηλεύονται είναι θύματα παρόμοιων εγκλημάτων. Πιθανώς, αυτό συμβαίνει σε ευρεία έκταση (π.χ. υπεξαίρεση χρημάτων τους από τους συγγενείς, εξαπάτηση από άλλους γνωστούς ή αγνώστους). Τα περισσότερα αδικήματα αυτής της κατηγορίας, μένουν στον αθέατο σκοτεινό χώρο της εγκληματικότητας.

4.2. ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Έχει επισημανθεί ότι το άγχος και η κατάθλιψη, σε ορισμένες περιπτώσεις ευνοούν την εκδήλωση επιθετικών αντιδράσεων. Ένα από τα χαρακτηριστικά του άγχους είναι η ευερεθιστότητα, συνδεδεμένη προφανώς με τη γενικότερη δυσφορία την οποία προκαλεί το σύμπτωμα.¹⁰⁵

Όπως υποστηρίζεται από τους Planaskly και Johnson¹⁰⁰, συχνά το έντονο διαλυτικό άγχος που βιώνει ένα ψυχωσικό άτομο, σε συνδυασμό με την άρση αναστολών, ή άλλα παραγωγικά συμπτώματα, μπορούν να ευνοήσουν μεμονωμένες σοβαρές επιθετικές εκδηλώσεις, οι οποίες εκφράζουν την απεγνωσμένη προσπάθειά του να διατηρήσει τη συνοχή του και να αναδομήσει τη σχέση του με την εξωτερική πραγματικότητα σε μια νέα βάση.

Χαρακτηριστικό σύμπτωμα πολλών μορφών κατάθλιψης είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Στις συνθήκες αυτές η επιθετική πράξη μπορεί να έχει χαρακτήρα υπεραναπλήρωσης, ανάκτησης του εσωτερικού αυτοσεβασμού, ή και να εκφράζει έκκληση για επικοινωνία και βοήθεια.

Τα άτομα που βρίσκονται σε υπομανιακή ή μανιακή κατάσταση ή γενικότερα σε ψυχοκινητική υπερδιέγερση ή και σε σύγχυση μερικές φορές μπορεί να παρουσιάζουν ακόμα και σοβαρές επιθετικές αντιδράσεις.

Οι υπερεκτιμώμενες, παρερμηνευτικές ή και παραληρητικές ιδέες, ιδίως αν έχουν ορισμένο περιεχόμενο (π.χ. ιδέες δίωξης, ζηλοτυπίας) καθώς και οι ψευδαισθήσεις με διωκτικό ή υβριστικό περιεχόμενο, αλλοιώνουν σε σημαντικό βαθμό την αναπαράσταση της πραγματικότητας στη συνείδηση του ατόμου. Στην περίπτωση που η κατάσταση κρίνεται εχθρική, απειλητική, προσβλητική, μπορεί να υπάρχουν οι αντίστοιχες αντιδράσεις.

Από τις διαταραχές προσωπικότητας η αντικοινωνική, η μεταιχμιακή αλλά και η παρανοειδής, η σχιζοειδής, η ναρκισσιστική, η δραματική, η παθητική- επιθετική, η ψυχαναγκαστική - καταναγκαστική, είναι επιρρεπείς σε επιθετικές αντιδράσεις. Στα διαγνωστικά κριτήρια της αντικοινωνικής διαταραχής (κατά το DSM III-R) περιλαμβάνονται πολλές δραστηριότητες επιθετικού χαρακτήρα.¹⁰⁶

Οι δυσκολίες στην προσαρμογή (π.χ η έκθεση σε διαρκείς ψυχοπιεστικές συνθήκες) και ορισμένες άλλες καταστάσεις που συνδέονται με την πρόκληση δυσφορίας (π.χ. σεξουαλική δυσλειτουργία, διαταραχές του ύπνου, προβλήματα στο οικογενειακό περιβάλλον ή τις διαπροσωπικές σχέσεις) εκφράζονται μερικές φορές με διαταραχές της διαγωγής επιθετικού χαρακτήρα.⁹¹

Οι κυριότεροι από τους παράγοντες και μηχανισμούς (βιολογικούς, ψυχολογικούς, περιβαλλοντικούς) που συνδέονται δυναμικά με την επιθετικότητα, σύμφωνα με το Λειβαδίτη, παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.³⁸

Πίνακας 3. Παράγοντες- μηχανισμοί εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς.

- ο Διέγερση, υποθαλαμικών κέντρων «οργής» (η διέγερση άλλων ανταγωνιστικών κέντρων προκαλεί μείωση της επιθετικότητας, και αντιδράσεις φόβου και φυγής).
- ο Μείωση της σεροτονίνης του εγκεφάλου.
- ο Αυξημένη παρουσία αδρεναλίνης, κορτικοειδών, τεστοστερόνης στο αίμα.
- ο Τοξίκωση με αλκοόλ (ελαφρά ή μέτρια μέθη), διεγερτικά ψυχοτρόπα, υπογλυκαιμία.

- Ανδρικό φύλο, εφηβική ηλικία, νεαρή ηλικία.
- Χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, χαμηλή εκπαίδευση, συχνές αλλαγές διαμονής.
- Βίαιοι, ψυχοπαθητικοί γονείς.
- Ιστορικό κακοποιήσεων, συναισθηματικών στερήσεων (εγκατάλειψη, παραμέληση, διαζύγιο).
- Ιστορικό δυσλεξίας, υπερκινητικότητας, διασπαστικών διαταραχών κατά την παιδική ηλικία.
- Ενορμήσεις καταστροφής, ανεπαρκές ή τιμωρητικό Υπερεγώ, μηχανισμοί προβολής, σχάσης, εκδραμάτισης , ταύτισης με τον επιτιθέμενο, (η μετουσίωση, οι ταυτίσεις με φιλειρηνικά πρότυπα, η διανοητικοποίηση, η πρόβλεψη, το χιούμορ, περιορίζουν την επιθετικότητα).
- Πείνα, πόνος, κόπωση, κακουχία, έντονη ψυχοκινητική ή σεξουαλική διέγερση.
- Θυμός, (η ιλαρότητα, ο οίκτος, η περιέργεια μπορεί να αναστέλλουν την επιθετικότητα, ο φόβος, το άγχος, η κατάθλιψη έχουν κάθε φορά διαφορετική συνέπεια).
- Απόδοση της παρούσης ψυχικής κατάστασης σε θυμό ή άλλο συγγενές συναίσθημα.
- Ζέστη, θόρυβος, συνωστισμός.
- Υπόμνηση ή παρακολούθηση επιθετικών πράξεων.
- Ματαίωση, απειλή, ανταγωνισμός, επιθετική ή ανήθικη συμπεριφορά των άλλων, ζήλια.
- Διάσταση μεταξύ αναμενόμενης και παρούσας εμπειρίας.
- Δύσκαμπτο και αποϊκίλτο σύστημα αξιών και πεποιθήσεων, διχαστικός τρόπος σκέψης π.χ. φανατισμός, αυταρχικός, δογματισμός.
- Παρορμητικότητα, εγωκεντρισμός, παρανοϊκότητα, μειωμένη ενσυναίσθηση, φαντασιώσεις με βίαιο περιεχόμενο, μεθοριακά, ψυχοπαθητικά, σαδιστικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας.
- Μειονεξίες, αποτυχίες, ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής, δυσκολίες προσαρμογής, αίσθημα αδικίας, τάση εκδίκησης.
- Ιστορικό βίαιων ή αυτοκαταστροφικών πράξεων, απειλές.
- Τάση για εμπλοκή σε σαδομαζοχιστικές σχέσεις.
- Παθολογική ζηλοτυπία.
- Προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο.
- Σεξουαλικές δυσλειτουργίες, ομοφυλόφιλος πανικός.

- Διαλείπουσα εκρηκτική διαταραχή.
- Οργανικές βλάβες του εγκεφάλου, ιδίως του κροταφικού λοβού.
- Σύνδρομο ΧΥΥ, σύνδρομο Kleinefelter.
- Ενεργός ψύχωση, ιδίως με ιδέες διεκδίκησης, δίωξης, ζηλοτυπίας, ψευδαισθήσεις που παρακινούν σε επιθετικές πράξεις, ψυχοκινητική ή κατατονική διέγερση, άρση των αναστολών.

4.3. ΨΥΧΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ

Στη χώρα μας, οι έρευνες που έχουν παρουσιαστεί κατά καιρούς, αφορούν κυρίως στην παραβατικότητα σχιζοφρενών τροφίμων ψυχιατρικών ασύλων. Σε όλες επιβεβαιώνεται η ύπαρξη αρκετά υψηλής παραβατικότητας. Έτσι, μεταξύ 127 ανδρών σχιζοφρενών του Κ.Θ.Ψ.Π.Α , 18 είχαν διαπράξει πριν τον εγκλεισμό τους, απόπειρα ανθρωποκτονίας ή είχαν προκαλέσει σωματική βλάβη και 11 είχαν διαπράξει εμπρησμό (8 περιπτώσεις χαρακτηρίστηκαν σοβαρές).¹⁰⁷

Σε ανάλογη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο μεταξύ 59 ανδρών χρόνια ασθενών οι 11 είχαν διαπράξει απόπειρα αυτοκτονίας, ή είχαν προκαλέσει σωματική βλάβη, και οι 5 είχαν διαπράξει εμπρησμό. Μεταξύ 50 ασθενών που νοσηλεύτηκαν για σύντομο χρονικό διάστημα στο ίδιο νοσηλευτικό ίδρυμα, 14 είχαν στο ιστορικό τους αξιόλογη βίαιη συμπεριφορά και 3 είχαν διαπράξει εμπρησμό. Συνολικά από αυτή την ομάδα 15 άτομα (30%) είχαν συλληφθεί τουλάχιστον μια φορά στη ζωή τους από την αστυνομία, ενώ 3 άτομα (6%) είχαν καταδικαστεί.¹⁰⁸

Κατά την δεκαετία 1969- 1978 στο τμήμα κρατουμένων του Κ.Θ.Ψ.Π.Α. νοσηλεύτηκαν 48 ψυχωσικοί (στην πλειοψηφία τους σχιζοφρενείς) που διέπραξαν φόνους. Σύμφωνα με επίσημα στατιστικά στοιχεία κατά τη δεκαετία αυτή, καταγράφησαν στη χώρα περίπου 800 περιπτώσεις φόνων ή δολοφονιών. Φαίνεται λοιπόν, ότι τουλάχιστον το 5% των εγκλημάτων αυτών διαπράχτηκε από σχιζοφρενείς (αναλογία πενταπλάσια της αναμενόμενης σύμφωνα πάντα με τον επιπολασμό της νόσου). Επιπρόσθετα, είναι σχεδόν βέβαιο πως το ποσοστό αυτό είναι αρκετά μεγαλύτερο γιατί αρκετοί σχιζοφρενείς παραβάτες καταδικάζονται και εκτίουν την ποινή τους σε φυλακές.⁶⁹

Αρκετές ερευνητικές μελέτες στο εξωτερικό αναφέρουν παρόμοια στοιχεία. Έτσι π.χ. στην Ισλανδία σε αναδρομική διερεύνηση όλων των δολοφονιών των τελευταίων 80 χρόνων το ποσοστό των σχιζοφρενών ανερχόταν στο 15%, του συνόλου των δολοφόνων.¹⁰⁹

Από τα ανωτέρω προκύπτουν σαφείς ενδείξεις, ότι τουλάχιστον για ορισμένες κατηγορίες αδικημάτων (βία κατά προσώπων, εμπρησμός), η παραβατικότητα των σχιζοφρενών, κατά τη σύγχρονη εποχή, είναι αρκετά αυξημένη. Παρόλα αυτά οι παραβάτες σχιζοφρενείς που διαπράττουν σοβαρά αδικήματα, συνιστούν μια μικρή μειονότητα τόσο μεταξύ των σχιζοφρενών όσο και μεταξύ του συνόλου των παραβατών. Με δεδομένο, ότι διαπράττονται περίπου 10 φόνοι κάθε χρόνο από σχιζοφρενείς στην Ελλάδα, είναι πιθανό ότι έχουν διαπράξει ή θα διαπράξουν φόνο ή δολοφονία περί τους 200-300 από τους 30.000 έως 50.000 δηλαδή ποσοστό μικρότερο του 1%.¹¹⁰

Πολλές έρευνες έχουν οδηγήσει στο συμπέρασμα πως υπάρχει μια σαφής υπεροχή των σχιζοφρενών σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, ως προς την πιθανότητα διάπραξης φόνων, ή άλλων βίαιων εγκλημάτων, εμπρησμών, και άλλων πράξεων φθοράς ξένης περιουσίας. Είναι πιθανό ότι οι σχιζοφρενείς είναι περισσότερο επιρρεπείς στη διάπραξη αυτών των αδικημάτων από 3 έως 10 φορές. Η διαφορά αυτή εκ πρώτης όψεως φαίνεται μεγάλη, όμως και στην περίπτωση της ύπαρξης 10πλάσιας παραβατικότητας, το ποσοστό της συμβολής των σχιζοφρενών στη συνολική εγκληματικότητα ως προς αυτά τα αδικήματα μένει μικρότερο του 10 %. Όσον αφορά άλλες κατηγορίες αδικημάτων, οι διαφορές σχιζοφρενών – υγιών είναι ασαφείς ή ανύπαρκτες. Συνεπώς, η μεγάλη πλειοψηφία των σχιζοφρενών δεν είναι παραβάτες και η μεγάλη πλειοψηφία των παραβατών δεν είναι σχιζοφρενείς.³⁸

Ο αποϊδρυματισμός αποτελεί μια αιτία που έχει κατά κύριο λόγο, ενοχοποιηθεί για την εγκληματικότητα των ψυχωσικών. Είναι γεγονός πως όπου το κίνημα της απασυλοποίησης αντιμετώπιστηκε ως ένα πολιτικό-νομικό πρόβλημα και θεωρήθηκε πως η κοινωνική μέριμνα για τους ασθενείς, ολοκληρώνεται μαζί με την έξοδό τους από το ίδρυμα στο οποίο ήταν έγκλειστοι, (π.χ κάποιες περιοχές των ΗΠΑ) δημιουργήθηκαν πολλές δυσκολίες. Πολλαπλασιάστηκε ο αριθμός των αστέγων, που ζούσαν σε συνθήκες κοινωνικής εξαθλίωσης και αποτέλεσαν μια ομάδα με μεγάλο δείκτη εγκληματικότητας. Αντίθετα, όπου η έξοδος των ασθενών από τα ψυχιατρεία συνδυάστηκε με την ανάπτυξη εξωνοσοκομειακών δομών Κοινωνικής Ψυχιατρικής (Δυτική Ευρώπη) η αύξηση της εγκληματικότητας των σχιζοφρενών ήταν μικρότερη.³⁸

4.4. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΕΓΚΛΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η σχιζοφρένεια ως νόσος, έχει κατηγορηθεί ως η αιτία διάπραξης σοβαρών εγκλημάτων. Από τη διερεύνηση της βιβλιογραφίας, διαπιστώνεται ότι η αποτίμηση της έκτασης της σχιζοφρενικής εγκληματικότητας εκφράζεται μέσα από τρεις διαφορετικές μεταξύ τους θεωρητικές απόψεις :

- ◆ Τα άτομα με σχιζοφρένεια εγκληματούν πολύ πιο συχνά από τα φυσιολογικά άτομα.
- ◆ Το ποσοστό εγκληματικότητας των ατόμων με σχιζοφρένεια είναι παραπλήσιο με τον γενικό πληθυσμό.
- ◆ Τα άτομα με σχιζοφρένεια εγκληματούν λιγότερο συχνά από τον γενικό πληθυσμό.

Πολλές έρευνες, επιδιώκοντας να επισημάνουν το ποσοστό των εγκληματιών που πάσχει από σχιζοφρένεια, στηρίζονται αποκλειστικά σε πληθυσμό έγκλειστων καταδίκων. Ο Siverman¹¹¹ σε έρευνά του συμπεραίνει ότι η σχιζοφρένεια εμφανίζεται σε υψηλότερο ποσοστό στις φυλακές από ότι στον υπόλοιπο πληθυσμό. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει και ο Smith¹¹², η οποία δείχνει ότι ένα ποσοστό 10% των καταδικασμένων εγκληματιών πάσχει από έντονες ψυχολογικές διαταραχές, ανάμεσα στις οποίες η σχιζοφρένεια κατέχει σημαντική θέση. Το ποσοστό αυτό υπερβαίνει το αντίστοιχο ποσοστό των σχιζοφρενικών διαταραχών που παρατηρούνται στον ευρύτερο πληθυσμό. Στα ίδια πλαίσια εντάσσονται και οι έρευνες των Gibbens και συν.¹¹³, όπου μελετούν το ποσοστό εισαγωγής σε ψυχιατρικά καταστήματα γυναικών, κλεπτών καταστημάτων, οι οποίες καταδικάστηκαν το 1959. Το ποσοστό αυτό ήταν τρεις φορές υψηλότερο από ότι το ποσοστό ψυχιατρικής νοσηλείας του γυναικείου πληθυσμού της ίδιας ηλικίας την ίδια χρονική περίοδο.

Οι Fazel και Danesh¹¹⁴ επιχειρώντας μια ανασκόπηση όλων των ερευνών σχετικά με την ψυχική νόσο, και οι οποίες είχαν πραγματοποιηθεί σε φυλακισμένους, επισήμαναν πως στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ άτομα με ψυχική ασθένεια βρίσκονται σε μεγάλα ποσοστά μέσα στις φυλακές. Συγκεκριμένα, η έρευνα έδειξε πως ένα 3,7% των φυλακισμένων ανδρών και ένα 4% των γυναικών έπασχε από ψύχωση συμπεριλαμβανομένης της σχιζοφρένειας. Τα ποσοστά δηλαδή των έγκλειστων ατόμων με ψύχωση ήταν περίπου τριπλάσια από εκείνα του γενικού πληθυσμού. Ένα 10% των ανδρών και ένα 12% των γυναικών έπασχε από μείζονα κατάθλιψη.

Η άποψη της μειωμένης εγκληματικότητας του σχιζοφρενούς που κυριάρχησε στα μέσα του 20^{ου} αιώνα, στηρίχτηκε στα πορίσματα ενός σημαντικού αριθμού διαχρονικών ερευνών στην Αμερική.^{115, 116, 117} Οι έρευνες αυτές έδειξαν ότι τα ποσοστά σύλληψης

πρώην ψυχικά ασθενών για εγκλήματα ενάντια στην ιδιοκτησία και ενάντια σε άλλα πρόσωπα ήταν σημαντικά χαμηλότερα από ότι στο γενικό πληθυσμό. Τα πορίσματα αυτά προσέφεραν εμπειρική επιβεβαίωση στην υπόθεση ενός αρνητικού συσχετισμού ανάμεσα στη σχιζοφρένεια και την εγκληματικότητα.

Έρευνες της δεκαετίας 1996-2006 φανερώνουν πως τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν 4 με 6 φορές περισσότερες πιθανότητες να διαπράξουν βίαιο έγκλημα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.^{118, 119, 120, 121}

Αντίθετα, οι έρευνες των Gulevich και συν¹²², καθώς και της Taylor¹²³ υποστηρίζουν πως ένας σχιζοφρενής είναι δυνατό να διαπράξει μια οποιαδήποτε εγκληματική πράξη, αλλά κατά πάσα πιθανότητα, όχι με μεγαλύτερη συχνότητα από ότι ο μέσος συνάνθρωπός του. Ο Στριγγάρης⁷³ κατέληξε στο ίδιο συμπέρασμα και επισημαίνει πως η ομάδα των εγκληματιών σχιζοφρενών σε σχέση με το σχιζοφρενικό πληθυσμό της χώρας, δεν φαίνεται να διαφέρει αναλογικά από την αντίστοιχη ομάδα των κανονικών ατόμων, με αντικοινωνική συμπεριφορά στο σύνολο του πληθυσμού. Ειδικότερα, το ποσοστό των ατόμων με σχιζοφρένεια που διαπράττει βαριά εγκλήματα κατά της ζωής δεν είναι μεγαλύτερο ή μικρότερο από το ποσοστό με «υγιείς» δράστες στην ίδια κατηγορία εγκλημάτων.

Κάποιοι μελετητές τονίζουν πως το ψυχιατρικό ιστορικό των ατόμων με σχιζοφρένεια κρύβει πολύτιμες πληροφορίες για τη μελλοντική διάπραξη εγκλημάτων. Συγκεκριμένα, έχει υποστηριχθεί ότι όταν η νόσος εμφανιστεί νωρίς και ξαφνικά και η εξέλιξή της είναι γρήγορη, τότε τα άτομα κατακλύζονται από έντονο άγχος, καθιστώντας πιθανή την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς. Αντίθετα, ασθενείς με μακροχρόνιο ιστορικό φαίνεται πως είναι πιο εξοικειωμένοι με την κατάστασή τους, πιο συμφιλωμένοι, μαζί της με αποτέλεσμα να έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν βίαιες συμπεριφορές.¹²⁴

Στη Δανία οι έρευνες των Mednick και συν.¹²⁵ έδειξαν ότι οι άνδρες στην ηλικία περίπου των 45 ετών, σε σοβαρές ψυχικές διαταραχές, που νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρικό κατάστημα αποτελούν μόνο το 5% του συνόλου των ανδρών, εντούτοις ήταν υπεύθυνοι για ένα ποσοστό 30% όλων των εγκλημάτων βίας που είχαν διαπραχθεί στη Δανία. Συνακόλουθα, ο γυναικείος πληθυσμός μέσα στο ψυχιατρείο αποτελεί μόνο το 5% του γυναικείου πληθυσμού στη Δανία αλλά είναι υπεύθυνος για το 50% των εγκλημάτων βίας που διαπράττονται από γυναίκα.

Σε έρευνα που διεξήχθη στο Λονδίνο καταδείχθηκε ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια είχαν δύο φορές περισσότερες πιθανότητες από τους λοιπούς ψυχικά ασθενείς εγκληματούντες να καταδικαστούν για βίαιες εγκληματικές πράξεις.⁹³

Σε αρκετές έρευνες τα εγκλήματα βίας των σχιζοφρενών συνδέονται με τα παραληρήματα και τις ψευδαισθήσεις, που καθοδηγούν τη συμπεριφορά τους.

Όπως αναφέρει η Taylor¹²⁶, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1985, με τη μέθοδο προσωπικών συνεντεύξεων σε 203 έγκλειστους σε σωφρονιστικό ίδρυμα στο Λονδίνο βρέθηκε πως το 93% των ψυχωσικών ατόμων που προέβησαν σε εγκληματική πράξη βρισκόταν υπό την επήρεια ψευδαισθήσεων τόσο κατά τη διάρκεια του εγκλήματος όσο και κατά την εισαγωγή τους στη φυλακή. Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι σχεδόν όλοι οι κρατούμενοι με ψύχωση περιέγραψαν ψευδαισθητικά φαινόμενα, αυτά δεν εμφανιζόταν σταθερά να συνδέονται με την επίθεση που διέπραξαν στο μυαλό τους.

Επόμενη έρευνα των Taylor et al¹²⁷ σε δείγμα ψυχιατρικών ασθενών που είχαν διαπράξει εγκληματική πράξη και νοσηλεύονταν φανέρωσε ότι από τα 309 ψυχωσικά άτομα που είχαν προβεί σε ανθρωποκτονία, η μεγάλη πλειοψηφία (75%) είχε ψευδαισθήσεις την ώρα της επίθεσης. Η κύρια διάγνωση σχεδόν στο σύνολο των ψυχωσικών ασθενών ήταν σχιζοφρένεια (κυρίως παρανοϊκού τύπου).

Ο Willmanns¹²⁸ εξέφρασε μια ενδιαφέρουσα θέση για το σχιζοφρενικό φόνο. Με βάση τα δεδομένα μιας σειράς περιπτώσεων, υποστήριξε ότι ο φόνος συνιστά ένα πρώιμο σύμπτωμα της σχιζοφρένειας. Σύμφωνα με αυτόν, το άτομο με σχιζοφρένεια οδηγείται στο φόνο από μια « ακατανίκητη παρόρμηση» που δεν ανταποκρίνεται σε κάποιο συγκεκριμένο κίνητρο. Η παρόρμηση αυτή κυριεύει το άτομο στα αρχικά στάδια της νόσου. Στη φάση αυτή κατακλύζεται από έντονο άγχος, περιέχεται σε χαώδη κατάσταση και συχνά εγκαταλείπει την οικογένειά του για να πλανηθεί άσκοπα στους δρόμους. Ο φόνος που μπορεί να διαπράξει εντάσσεται μέσα στα πλαίσια του αγχωτικού βιώματος. Αποτελεί εκφόρτιση της υπερβολικής και αφόρητης επιθετικότητας που διακατέχει το άτομο στα πρώιμα στάδια της νόσου, όταν βρίσκεται στο κατώφλι μιας επώδυνης σχιζοφρενικής αποδιοργάνωσης. Ο σχιζοφρενικός φόνος θεωρείται ότι λειτουργεί «ευνοϊκά» και «ανακουφιστικά» για το άτομο, αναστέλλοντας την ψυχική του αποδιοργάνωση. Με την άποψη αυτή συμπορεύτηκαν πολλοί άλλοι συγγραφείς, οι οποίοι θεώρησαν το φόνο ως μια μορφή άμυνας ενάντια στην ψυχωσική εκτροπή. Η υπόθεση αυτή στηρίχθηκε σε μια σημαντική διατύπωση: Ενώ οι δράστες των εγκλημάτων που μελέτησαν πριν τη διάπραξη του φόνου βρίσκονταν σε κατάσταση που συνήθως παρατηρείται στην έκρηξη της σχιζοφρενικής ψύχωσης, μετά την πράξη τους μια απρόσμενη ηρεμία και χαλαρότητα κατέκλυζε τον ψυχισμό τους δίχως να εκδηλώνεται κανένα συναίσθημα ενοχής. Συνακόλουθα μετά το έγκλημα παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση της κλινικής τους εικόνας.¹²⁹

Πρέπει να γίνει απόλυτα σαφές, πως τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι πιθανό υπό τις κατάλληλες συνθήκες να διαπράξουν κάποιο βίαιο έγκλημα, παρότι τα ποσοστά εγκληματικότητας τους σε σχέση με την ευρύτερη κοινωνία είναι πολύ μικρότερα. Η χαρακτηριστική αυτή διατύπωση περιλαμβάνει την «απροθυμία» που δείχνουν πλέον οι ερευνητές να ενδώσουν σε μια «καθαρή» νοσολογική προσέγγιση, καθώς και την επισήμανση της χαμηλής εν γένει ποσοτικά εγκληματικότητας των ατόμων με σχιζοφρένεια.

Αυτή η μικρή προσθήκη των τεσσάρων λέξεων « υπό τις κατάλληλες συνθήκες» κάνουν όλη τη διαφορά. Συνεπώς, τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι πιο πιθανό να διαπράξουν κάποιο βίαιο έγκλημα (διαφαίνεται η παρουσία της νοσολογικής οπτικής και η υπενθύμιση της επικινδυνότητας της σχιζοφρένειας), «υπό τις κατάλληλες συνθήκες» (διαφαίνεται η διαρροή της νοσολογικής οπτικής, δεν αρκεί η σχιζοφρένεια, χρειάζονται και οι κατάλληλες συνθήκες), «παρότι η συμμετοχή τους στην εγκληματικότητα της ευρύτερης κοινωνίας είναι πολύ μικρή» (μετριάζεται και πάλι η αντίληψη της επικινδυνότητας).¹²⁹

Το ερευνητικό ενδιαφέρον, όπως ήταν αναμενόμενο, εστιάστηκε στις περίφημες « άλλες συνθήκες» , όπως το στίγμα ,το στρες, η παθολογική ενδοοικογενειακή ατμόσφαιρα, η οικονομική εξάρτηση, η έλλειψη κοινωνικής στήριξης, η χρήση ουσιών.

Η έρευνα του Virkunen¹³⁰ συσχετίζει το σχιζοφρενικό φόνο, καθώς και άλλα εγκλήματα βίας, με την απόρριψη και την εχθρότητα που χαρακτηρίζει τις σχέσεις του θύματος με το δράστη. Βρήκε πως τουλάχιστον στις μισές από τις περιπτώσεις που μελέτησε, η απορριπτική στάση του θύματος υπήρξε συντελεστικός παράγοντας στην ανάπτυξη της εχθρότητας από την πλευρά του δράστη η οποία τελικά κορυφώθηκε με την πράξη βίας. Το θύμα ήταν συνήθως μέλος της οικογένειας και ο δράστης ψυχικά ασθενής για πολλά χρόνια. Επίσης, συνδέει την απορριπτική στάση του θύματος με την ανασφάλεια, την αγωνία και τον εκνευρισμό που δημιουργήσε η χρονιότητα της ψυχικής νόσου του ατόμου με σχιζοφρένεια μέσα στην οικογένεια, χρονιότητα που οδηγεί και στην ανικανότητα για εργασία.

Ο Lehman¹³¹ υποστηρίζει ότι μια παθολογική ευαισθησία καθιστά τα άτομα με σχιζοφρένεια εξαιρετικά ευάλωτα σε όλες τις συνηθισμένες πιέσεις της ζωής. Σύμφωνα με αυτόν, η απόρριψη από τα μέλη της οικογενειακής ομάδας, μοιάζει να είναι πολύ περισσότερο τραυματική από ότι οποιαδήποτε άλλη μορφή πίεσης.

Η συγγενική σχέση δράστη-θύματος αποτελεί ένα από τα βασικά γνωρίσματα διαφοροποίησης του παθολογικού από το «φυσιολογικό» φόνο.¹³², ¹³³

Οι έρευνες του Guttmacher¹³⁴ επισημαίνουν πως οι ψυχικά ασθενείς και κυρίως οι σχιζοφρενείς, είναι πολύ περισσότερο επικίνδυνοι για την οικογένειά τους παρά για τα άτομα που δεν ανήκουν σε αυτή.

Ο McKnight¹³⁵ και οι συνεργάτες του, μελετώντας τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα μιας ομάδας 100 ψυχικά ασθενών ανθρωποκτόνων, από τους οποίους το 57 % ήταν σχιζοφρενείς, βρήκαν ότι το 44% των θυμάτων ανήκε στην οικογένεια τους, ενώ τα περισσότερα από τα άλλα θύματα ήταν φίλοι, γείτονες ή συνάδελφοι. Οι συγγραφείς συμπεράναν ότι η ψυχική ασθένεια γενικά, και η σχιζοφρένεια ειδικά, αυξάνουν την πιθανότητα το θύμα της εγκληματικής πράξης να ανήκει στην οικογένεια. Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγει και η έρευνα του East.¹³⁶

Ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, στην προσπάθεια ερμηνείας της στενής οικογενειακής σχέσης που συνδέει τον ανθρωποκτόνο σχιζοφρενή με το θύμα του οδηγεί στη διατύπωση δύο διαφορετικών μεταξύ τους οπτικών: **α.** Την οπτική που συσχετίζει το φόνο με την επιδείνωση της ψύχωσης και έτσι η επιλογή του θύματος είναι κατά κύριο λόγο τυχαία και **β.** την οπτική που συσχετίζει το φόνο με τη σχιζοφρενική συμπτωματολογία και ειδικότερα με τα αμφιθυμικά συναισθήματα που βιώνει το σχιζοφρενικό άτομο για την οικογένειά του εξαιτίας της νόσου του.

Οι Planansky¹³⁷, Mark¹³⁸ και Monroe¹³⁹ υποστηρικτές της πρώτης άποψης, τονίζουν ότι ο φόνος του ατόμου με σχιζοφρένεια αποτελεί προϊόν μιας εσωτερικής πίεσης που χαρακτηρίζεται από μια απρόσωπη, μη συγκεκριμένη κατεύθυνση της επιθετικής ορμής. Συνυφασμένος με την επιδείνωση της ψυχικής διεργασίας, ο φόνος θεωρείται αποτέλεσμα μιας επεισοδιακής αποδιοργάνωσης των πνευματικών λειτουργιών. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια θεωρούν ότι οι γονείς και οι σύζυγοι γίνονται οι κύριοι στόχοι της φονικής επίθεσης, κυρίως επειδή λόγω της συγκατοίκησης έχουν πολύ μεγαλύτερες πιθανότητες να βρίσκονται κοντά στον δράστη την ώρα της κρίσης. Οι περιορισμένες εξάλλου, κοινωνικές σχέσεις του ατόμου με σχιζοφρένεια ενισχύουν αυτή την πιθανότητα.

Ως υποστηρικτής της δεύτερης άποψης ο Heuyer¹⁴⁰ αναφέρει ότι από τους γονείς κινδυνεύει περισσότερο «εκείνος που είναι πιο αγαπητός», ενώ ο Asher¹⁴¹ υποστηρίζει ότι το «θύμα των παρορμητικών πράξεων του σχιζοφρενούς είναι σχεδόν πάντα το άτομο που παράλληλα περισσότερο από όλα αγαπά και μισεί».

Ο Ray¹⁴² πρότεινε ένα συγκεκριμένο αριθμό κριτηρίων που επιτρέπουν τη διάκριση της εγκληματικής πράξης του ψυχικά ασθενούς από αυτή του φυσιολογικού ατόμου. Τα κριτήρια αυτά είναι :

- Συμπτώματα ψυχικής ασθένειας πριν από το έγκλημα.

- Στενή συγγενική σχέση με το θύμα.
- Κίνητρο δυσανάλογο με το κίνητρο της πράξης.
- Απουσία προπαρασκευής και συνενόχων.
- Υπερβολική βιαιότητα στον τρόπο εκτέλεσης της πράξης.

Τα γνωρίσματα αυτά εξακολουθούν να χρησιμοποιούνται σε γενικές γραμμές ως κριτήρια διαφοροποίησης του ψυχοπαθητικού από το φυσιολογικό φόνο. Έτσι, σχεδόν 140 χρόνια μετά τον Ray, οι Szabo και Fattah¹⁴³ διακρίνουν στο σχιζοφρενικό φόνο τα ακόλουθα χαρακτηριστικά γνωρίσματα:

- ο Εμφανίζεται δίχως ή με μηδαμινό κίνητρο, είναι ακατανόητος και σε αντίθεση με τη συνηθισμένη φύση του δράστη.
- ο Η απόφαση διάπραξης της εγκληματικής πράξης είναι αιφνίδια και ακολουθείται αμέσως από το πέρασμα στην πράξη.
- ο Ο δράστης έχει συχνά την εντύπωση ότι δρα κάτω από την επίδραση μιας ξένης δύναμης.
- ο Το έγκλημα χαρακτηρίζεται από υπερβολική βιαιότητα.
- ο Μετά το έγκλημα ο σχιζοφρενής είναι συνήθως αδιάφορος και δεν εκφράζει τύψεις ή μεταμέλεια.

Αξίζει να σημειωθεί πως όλες οι έρευνες που έχουν ως αντικείμενο το σχιζοφρενικό φόνο συγκλίνουν σε ένα και μόνο σημείο αυτό της μηδαμινότητας ή της ανυπαρξίας κινήτρου που ενισχύει την ταύτιση του σχιζοφρενούς με την επικινδυνότητα.

Ωστόσο, τα κίνητρα μπορούν να διαχωριστούν σε δύο κατηγορίες ανάλογα με τον βαθμό συμμετοχής του ψυχοπαθολογικού παράγοντα :

1. Ψυχωσικά κίνητρα , που εκδηλώνονται μέσα στα πλαίσια ενός ψυχωσικού επεισοδίου, κάτω από την επίδραση παραληρητικών συνήθως ιδεών.
2. Μη ψυχωσικά κίνητρα, που δεν κατευθύνονται από παραληρητικές ιδέες αλλά από «αντικειμενικά» αίτια.

Ότι αφορά στην πρώτη κατηγορία, όταν δηλαδή ο φόνος κατευθύνεται από κάποιο παραληρητικό κίνητρο , τότε το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση «νόμιμης άμυνας» και λειτουργεί με τη δική του «λογική», υπακούοντας σε ψευδαισθησιακές προσταγές που του επιβάλλουν την ιδέα του φόνου και το προστατεύουν από το φανταστικό διώκτη. Έτσι προστατεύει τον εαυτό του και σώζεται από τον υποτιθέμενο εχθρό.

Ο Schipkowensky¹⁴⁴ παρομοιάζει το άτομο με σχιζοφρένεια που υπακούει στις προσταγές των φωνών , με ένα στρατιώτη που εκτελεί διαταγές ανωτέρων του.

Σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις του φόνου γονέα ή συζύγου, ο σχιζοφρενής έχει την πεποίθηση ότι οι γονείς του ή ο/η σύζυγος «τον μισούν», «δεν τον αγαπούν», «θέλουν να τον κλείσουν στο ψυχιατρείο», «θέλουν να τον ξεφορτωθούν από το σπίτι», «θέλουν να απαλλαγούν» κ.α. Επισταμένη μελέτη των ενδοοικογενειακών σχέσεων καθιστά σαφή τον εξουσιαστικό ρόλο των γονέων στη ζωή του δράστη. Όπως χαρακτηριστικά επισημαίνει η Τσαλίκουλου¹²⁸, τα γονεϊκά πρότυπα, λειτουργώντας ως να είδος «αρχαϊκού υπερεγώ», δεν αφήνουν τα περιθώρια ενός ζωτικού χώρου αυτόνομης ύπαρξης, συνθλίβουν την ατομικότητά του, υπονομεύοντας κάθε τάση αυτονομιστικής του.

Το εγκληματολογικό ενδιαφέρον του παραληρήματος απορρέει από το γεγονός ότι προσφέρει ένα πλαίσιο αυτοδικαιολόγησης της πράξης, διευκολύνοντας την πραγματοποίησή της μέσα από την εξουδετέρωση των αντιστάσεων.

Στη δεύτερη κατηγορία (μη ψυχωτικά κίνητρα) ανήκουν οι περιπτώσεις όπου το κίνητρο δεν ήταν κατασκευασμένο αλλά συνυφασμένο με την πραγματικότητα. Αυτό που εντυπωσιάζει είναι η ασήμαντοτητα του κινήτρου, η ευκολία και η αγριότητα της επίθεσης, καθώς και η μηδαμινότητα του ερεθίσματος που οδήγησε τελικά στο φόνο. Η ευκολία διάπραξης του φόνου για τόσο ασήμαντες αφορμές έχει θεωρηθεί χαρακτηριστικό γνώρισμα του σχιζοφρενικού φόνου και έχει συμβάλει αποφασιστικά στην ταύτιση του σχιζοφρενούς με την επικινδυνότητα.¹⁰¹

Ακόμη όμως και τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν ανάγκη από την αναζήτηση μιας δικαιολογίας ώστε να υπερνικηθούν οι αντιστάσεις που εναντιώνονται στην αφαίρεση της ανθρώπινης ζωής. Με τη νομιμοποίηση της πράξης του, το άτομο με σχιζοφρένεια αμύνεται ενάντια στην ενοχή που θα τον κατέκλυζε μετά τη διάπραξη του εγκλήματος. Αυτό αποτελεί σημαντικό σημείο σύγκλισης μεταξύ του παθολογικού και μη παθολογικού εγκληματία.

Για τον Matza¹⁴⁵ η δικαιολόγηση της εγκληματικής πράξης χρησιμοποιείται από κάθε εγκληματία σαν μια τεχνική εξουδετέρωσης (technique of neutralization) του ελέγχου που ασκούν πάνω του οι εσωτερικευμένοι κοινωνικοί κανόνες.

Ένα εξίσου σημαντικό σημείο αποτελεί ο τρόπος με τον οποίο διαπράχθηκαν οι φόνοι, που συνήθως είναι ιδιαίτερα βίαιος, άγριος και αποτρόπαιος. Σε πολλές μάλιστα περιπτώσεις έχει ασκηθεί περισσότερη βία από όση χρειαζόταν για να πεθάνει το θύμα.¹⁴⁶

Η υπερβολική βιαιότητα του φόνου συνδέθηκε με την επείγουσα ανάγκη εκφόρτισης συσσωρευμένης εχθρότητας, καθώς και με ένα αδύναμο «εγώ», που επιτρέπει την αιφνίδια εκδήλωση των επιθετικών παρορμήσεων. Το φαινόμενο αποδίδεται συνήθως σε παράγοντες

όπως ο σαδισμός, απρόβλεπτη αντίσταση του θύματος, αυτοερεθισμός, έλλειψη αυτοελέγχου.¹⁴⁷

Οι παραπάνω ερμηνείες, σύμφωνα με την Τσαλίκου¹²⁸, είναι περιγραφικές και δε διεισδύουν στην ψυχοδυναμική σημασία της «υπερφονικότητας» (over-killing). Το φαινόμενο αυτό μπορεί να μην είναι αποτέλεσμα «παροξυσμού οργής», αλλά να οφείλεται στον πανικό και το φόβο που διακατέχουν το δράστη μπροστά στην παρουσία του θύματος, και στο ενδεχόμενο να μην έχει ολοκληρώσει την πράξη του. Με την υπερφονικότητα οριστικοποιείται ο αφανισμός του θύματος και εξασφαλίζεται ο δράστης από το ενδεχόμενο της αντεκδίκησης σε περίπτωση που το θύμα δεν πεθάνει οριστικά.¹⁰¹

Τέλος, τα άτομα με σχιζοφρένεια μετά από τη διάπραξη του φόνου εμφανίζονται απαθή. Η απάθεια αυτή αποτελεί ένα σημαντικό σημείο απόκλισης αλλά και διαφοροποίησης του σχιζοφρενούς ανθρωποκτόνου από το μη σχιζοφρενή, ο οποίος εκδηλώνει συνήθως ένα συναίσθημα αποτροπιασμού για την πράξη του. Ιδιαίτερα, σε περιπτώσεις όπου το θύμα συνδέεται στενά με το δράστη είτε με οικογενειακή είτε με φιλική σχέση, έχει παρατηρηθεί πως κατακλύζεται με τύψεις και εκδηλώνει καταθλιπτικές τάσεις που μπορεί να τον οδηγήσουν ακόμη και στην αυτοκτονία. Αντίθετα, ο σχιζοφρενής εκδηλώνει μια ψυχρή και αδιάφορη στάση που αποδίδεται συνήθως σε μια «ψυχοπαθητική έλλειψη ενοχής» και εντάσσεται στα πλαίσια μιας «επιπέδωσης του συναισθήματος». Επιπρόσθετα, το φαινόμενο αυτό συνδέεται με μια διαταραγμένη επαφή με την πραγματικότητα και την απουσία αυτοελέγχου κατά τη διάρκεια της εγκληματικής πράξης.

Αναφορικά με τα ανωτέρω, η Τσαλίκου¹⁴⁸ σχολιάζει πως δεν πρόκειται ουσιαστικά για απουσία, αλλά καταστολή συναισθημάτων. Καταστολή και αποκλεισμός από τη συνείδηση των συναισθημάτων που βιώνουν μετά το αδίκημα. Πρόκειται για ένα ασυνείδητο αμυντικό μηχανισμό που προστατεύει το αδύναμο «Εγώ» από τη διείσδυση στον ψυχισμό τύψεων και ενοχών. Τύψεων και ενοχών που θα λειτουργούσαν σαν ένα αβάσταχτο και ανυπέβλητα ισχυρό φορτίο πίεσης στο εύθραυστο, ούτως ή άλλως, και αδύναμο «Εγώ».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ : 5

5.1 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ

Τα τελευταία 30 χρόνια από τότε που η απόφαση Tarasoff στις ΗΠΑ ανέθετε στους ψυχιάτρους το καθήκον να προστατεύσουν την κοινωνία από ασθενείς που εκφράζουν απειλές για πρόκληση σωματικής βίας, η εκτίμηση της επικινδυνότητας για την εκδήλωση στο μέλλον βίαιης συμπεριφοράς, έγινε ένα αναπόσπαστο μέρος της καθημερινής πρακτικής στην ψυχική υγεία,¹⁴⁹ που επεκτάθηκε σε διάφορους βαθμούς παγκοσμίως.

Η πρόβλεψη βίαιης συμπεριφοράς αποτέλεσε για πολλά χρόνια ένα από τους πρωταρχικούς σκοπούς της ψυχιατροδικαστικής και ψυχολογίας. Ιδιαίτερα, η εκτίμηση της επικινδυνότητας των ψυχιατρικών ασθενών έχει προκαλέσει το διαχρονικό ενδιαφέρον και την ανάπτυξη συζητήσεων. Η δυνατότητα πρόβλεψης ποιός μπορεί να γίνει βίαιος και κάτω από ποιές συνθήκες, σχετίζεται με τον χώρο της κλινικής πρακτικής^{150,151}.

Ακριβείς εκτιμήσεις της βίαιης συμπεριφοράς είναι ιδιαίτερα σημαντικές για τους ψυχιατροδικαστικούς ασθενείς, καθώς στην απόφαση για την έκδοση εξιτηρίου βαραίνει η πιθανότητα πρόκλησης βλάβης τόσο στους ίδιους όσο και σε άλλους.¹⁵²

Το 1981 ο Monahan¹⁵³ δήλωσε κατηγορηματικά πως η ψυχική ασθένεια δεν συνδέεται με τη βία. Αντίθετα το 1992 ο Hodgins¹⁵⁴ δημοσίευσε στοιχεία όπου πρέσβευε πως η ψυχική νόσος αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης βίας. Αργότερα και ο Monahan¹⁵⁵ αναθεώρησε την αρχική του άποψη υποστηρίζοντας πως η ψυχική νόσος από μόνη της αποτελεί ένα «μέσο» παράγοντα επικινδυνότητας.

Τις δεκαετίες '70 και '80 οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας πίστεψαν πως δεν μπορούν να προβλέψουν με ακρίβεια τη βίαιη συμπεριφορά.¹⁵⁶ Κάτι τέτοιο πια δεν ισχύει. Από τις αρχές της δεκαετίας του '90 όπου οι ερευνητές υιοθέτησαν καλύτερες μεθόδους εκτίμησης της ακρίβειας του κινδύνου^{157,158,159}, η ερευνητική διαδικασία έχει αποδείξει πως οι επαγγελματίες Ψ.Υ. μπορούν να εκτιμήσουν τον κίνδυνο με αρκετή ακρίβεια, ανεξάρτητα από το αν η εκτίμηση είναι για τις επόμενες ημέρες, μήνες ή χρόνια.

Περίπου την ίδια χρονική περίοδο, ψυχολόγοι διαπίστωσαν πως όταν πρόκειται να γίνει κάποια πρόβλεψη, η κλινική εκτίμηση προβλέψεων, αφού συγκεντρώσει κάποιος όλες τις πληροφορίες και τα δεδομένα, μπορεί να προκύψει από την εμπειρική σχέση μεταξύ δεδομένων και έκβασης με τη χρήση απλής φόρμας.¹⁶⁰

Από την εργασία του Monahan (1981) και μετά, αρκετά μη δομημένα εργαλεία εκτίμησης της επικινδυνότητας προέκυψαν τα οποία όμως δέχτηκαν πολλές κριτικές ως προς την ακρίβειά τους.

Η ακρίβεια των προβλέψεων αποτελεί ένα ζητούμενο που πρέπει να αυξηθεί προκειμένου να μειωθεί ο αριθμός των ασθενών που χαρακτηρίζονται ως «επικίνδunami» χωρίς όμως να είναι.¹⁶¹

Ενώ η ακρίβεια των προβλέψεων είναι αρκετά προχωρημένη, η βελτίωση και ο εξευγενισμός των ψυχομετρικών εργαλείων παραμένουν μια σημαντική πρόκληση για τους ερευνητές.¹⁶²

Ειδικότερα, τα τελευταία 15 χρόνια έχουν παρατηρηθεί αξιοσημείωτες πρόοδοι στην προσπάθεια συστηματοποίησης της πρόβλεψης της επικινδυνότητας που οδήγησαν στην ανάπτυξη δομημένων εργαλείων αξιολόγησης που επιτρέπουν μια πιο συστηματοποιημένη προσέγγιση στη λήψη αποφάσεων.^{163, 164, 165}

Η πρόοδος που έχει σημειωθεί τις τελευταίες δεκαετίες στον τομέα της επικινδυνότητας και της διαχείρισης της βίας οδήγησε στη διαπίστωση πως οι ψυχικά ασθενείς έχουν αυξημένες πιθανότητες να εκδηλώσουν βίαιη συμπεριφορά (4 έως 6 φορές περισσότερο από άλλους ασθενείς).^{166,167}

Οι εκτιμήσεις επικινδυνότητας για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς θα πρέπει να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων είτε πρόκειται για αποφυλάκιση, εξιτήριο, ή επιλογή αποκαταστασιακού προγράμματος, ώστε να επιτευχθεί η μείωση της επικινδυνότητας.^{168, 169}

Τα εργαλεία αξιολόγησης του κινδύνου μελλοντικής εκτροπής έχουν υποστεί ποικίλες τροποποιήσεις τα τελευταία 50 χρόνια. Η πρώτη γενιά, προέκυψε στα μέσα του 20^{ου} αιώνα και περιελάμβανε μη δομημένες κλινικές εκτιμήσεις για τον κίνδυνο, επιρρεπείς στο λάθος.^{170,171}

Υπό το πρίσμα αυτών των περιορισμών , η δεύτερη γενιά εργαλείων εκτίμησης προσέφερε τυποποιημένες εκτιμήσεις που βασίζονταν σε κατασκευές με στατιστικά προβλέψιμα αποτελέσματα (π.χ. ιστορικό εγκληματικών πράξεων, DSM). Παραδείγματα αυτών είναι η Violence Risk Assessment (VRAG)¹⁷², και η Statistical Information on Recidivism (SIR).¹⁷³

Κάποια από τα εργαλεία αυτά δέχτηκαν κριτική για ελλείμματα που αφορούσαν τόσο την θεωρία όσο και την διαδικασία αποκατάστασης.¹⁷⁴

Επιπρόσθετα, παρά το γεγονός πως κάποια εργαλεία δεύτερης γενιάς παρουσίασαν καλή προγνωστική εγκυρότητα, κατά κύριο λόγο περιελάμβαναν στατικά λήμματα. Οι στατικοί παράγοντες δεν αλλάζουν (π.χ. φύλο , ηλικία, ιστορικό εγκληματικών πράξεων). Η εμπιστοσύνη στους στατικούς παράγοντες δέχτηκε κριτική καθώς αυτοί οι παραγοντες δεν προβλέπουν την πολυπλοκότητα της υποτροπής, δεν επιτρέπουν διαφορετικές μετρήσεις της επικινδυνότητας στη διάρκεια του χρόνου και έχουν αποτύχει να προσδιορίσουν περιοχές παρέμβασης.^{175, 176,177}

Σε αντίθεση με τη 2^η γενιά , τα εργαλεία εκτίμησης της επικινδυνότητας της 3^{ης} γενιάς τονίζουν την ανάγκη ανάπτυξης μοντέλων πρόβλεψης, τα οποία όμως δεν θα περιορίζονται αποκλειστικά σε αυτό το σκοπό, αλλά θα αποσκοπούν και στον προσδιορισμό των εγκληματογεννητικών χαρακτηριστικών που θα μπορούσαν να αποτελούν στόχο αλλαγής για τη μείωση του μελλοντικού κινδύνου.¹⁵¹

Τετοια παραδείγματα αποτελούν η Level of Supervision Inventory –Revised (LSI-R)¹⁷⁸, η Historical Clinical Risk Management¹⁷⁹ Violence Risk Assessment Scale (HCR-20) Self- Appraisal Questionnaire (SAQ)¹⁸⁰. Τα εργαλεία αυτά περιλαμβάνουν παράγοντες επικινδυνότητας που έχουν προκύψει τόσο από την εμπειρία όσο και από θεωρητικές γνώσεις σχετικά με την εγκληματικότητα και τη βία. Επίσης περιλαμβάνουν και δυναμικούς παράγοντες που ποικίλουν ως προς τη φύση τους και μπορούν να αλλάζουν χρονικά με την επίδραση κοινωνικών, ψυχολογικών και βιολογικών παραγόντων. Παραδείγματα τέτοιων παραγόντων είναι η κατάχρηση ουσιών, η ενδοπροσωπική διαμάχη και η αντικοινωνική στάση.

Οι Gendreau και συν¹⁸¹. σε μια εργασία μετανάλυσης κατέστησαν σαφές πως οι δυναμικοί παράγοντες είναι εξίσου χρήσιμοι με τους στατικούς στην πρόβλεψη του κινδύνου. Αυτό το εύρημα ενθάρρυνε την άποψη κάποιων ερευνητών πως οι δυναμικοί παράγοντες θα μπορούσαν να σχετίζονται περισσότερο με τη μείωση του κινδύνου από ότι οι στατικοί.^{145, 182,183}

Το πλεονέκτημα που προκύπτει από τη χρήση εργαλείων που εμπεριέχουν δυναμικούς παράγοντες είναι πως αυτοί είναι ευαίσθητοι στις αλλαγές που μπορούν να συμβούν ανά πάσα στιγμή ή είναι το αποτέλεσμα της αποκαταστασιακής παρέμβασης.^{143,144}

Παρόλα αυτά πρέπει να σημειωθεί πως κάποιοι δυναμικοί παράγοντες επικινδυνότητας χαρακτηρίζονται ως εν «δυνάμει» δυναμικοί (π.χ. προβλήματα διαμονής) έως ότου επιπρόσθετες ερευνητικές εργασίες να επιβεβαιώσουν τη σχέση τους με τις διακυμάνσεις της υποτροπής.¹⁸⁴

Η τελευταία εξέλιξη στα εργαλεία εκτίμησης της επικινδυνότητας (4^{ης} γενιάς) είναι εκείνα που σχεδιάστηκαν ώστε να ενσωματώνονται : α) στη διαδικασία διαχείρισης της επικινδυνότητας, β) στην επιλογή των μοντέλων παρέμβασης και θεραπευτικών στόχων , και γ) στο σχεδιασμό της αποκαταστασιακής διαδικασίας.^{22,144}

Αυτά τα εργαλεία μπορεί να έχουν ποικίλες εφαρμογές , να είναι ιδιαίτερα κατατοπιστικά καθώς επιτρέπουν αλλαγή των δεδομένων από την «εισαγωγή» ενός ασθενούς στο σύστημα υγείας έως την έξοδό του. Σκοπός τους είναι τόσο η επιτυχής εφαρμογή ενός ατομικού σχεδίου παρέμβασης όσο και η ανάπτυξη στρατηγικών απαραίτητων για τη μείωση της επικινδυνότητας. Παραδείγματα αποτελούν η Violence Risk Scale (VRS)¹⁸⁵ , η Level Of Service | Case Management Inventory (LS| CMI)¹⁸⁶ .

Συμπερασματικά θα λέγαμε πως έχουν κατασκευασθεί πολλά εργαλεία για την εκτίμησης της επικίνδυνης συμπεριφοράς . Κάποια από αυτά έχουν κατασκευαστεί για την πρόβλεψη της βίαιης συμπεριφοράς (π.χ. VRS , HCR-20) κάποια για τον προδιορισμό του τύπου της βίας (π.χ. SARA) , άλλα για τον καθορισμό της χαρακτηρισμομής που σχετίζεται με τη βία (π.χ. PCL:R, PCL:SV) και τέλος άλλα για τον προσδιορισμό της υποτροπής (π.χ. LSI –R .) . Ετσι οι επαγγελματίες έχουν πρόσβαση σε μια ποικιλία εργαλείων ώστε να στοιχειοθετήσουν την άποψη τους περί μελλοντικής εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς των ασθενών.

Με όλη αυτή την ποικιλία όμως , προκύπτει ευλογα το ερώτημα , ποιό εργαλείο είναι το πιο κατάλληλο; Η χρήση πολλαπλών εργαλείων πιθανά να αποδειχτεί προβληματική καθώς ποικίλει η προβλεπτική ακρίβεια μεταξύ των διαφόρων εργαλείων. Η πρόκληση λοιπόν αναφορικά με τη χρήση διαφορετικών εργαλείων εκτίμησης του κινδύνου, υπογραμμίζει την ανάγκη έρευνας που θα καθορίζει το κατάλληλο εργαλείο για την συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα, πλαίσιο και σκοπό.¹⁸⁷

5.2 ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ

Η εκτίμηση της επικινδυνότητας, όπως έχει ήδη αναφερθεί, έχει δεχτεί μεγάλη συζήτηση επειδή περιλαμβάνει την πιθανότητα στιγματισμού των ασθενών λόγω λανθασμένων προβλέψεων. Αυτό που πάντα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη είναι προς τα που γέρνει η ζυγαριά, προς τις ανάγκες των ασθενών ή προς τις ανάγκες της κοινωνίας. Κάποιοι θεωρούν αυτή την εκτίμηση ως ηθικά δικαιολογημένη, υπολογίζοντας τις σοβαρές πράξεις που μπορεί να προκύψουν από την έλλειψη αξιολόγησης.¹⁸⁸

Ακόμη και αν όλοι οι ασθενείς που εισάγονται σε ένα τμήμα επειγόντων αξιολογούνται, είναι σημαντικό να μην στιγματίζονται ως επικίνδυνοι.

Κάποιοι ερευνητές πιστεύουν πως η χρήση ψυχομετρικών εργαλείων εκτίμησης της επικινδυνότητας πρέπει¹⁸⁹ ή σύντομα θα πρέπει¹⁹⁰ να αποτελεί καθημερινότητα της κλινικής πρακτικής. Γιατί όμως κάποιοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας σπάνια τις χρησιμοποιούν; Μια πιθανή απάντηση είναι πως αυτοί οι επαγγελματίες δεν λαμβάνουν κάποια εξειδικευμένη εκπαίδευση στην εκτίμηση της βίαιης συμπεριφοράς ή κάτι ανάλογο που να υποστηρίζεται από την επιστήμη τους. Έχει αποδειχτεί πως μετά από μια πεντάωρη εκπαίδευση, ειδικευόμενοι ψυχίατροι μπορούν να προσδιορίσουν καλύτερα τους παράγοντες που επηρεάζουν την εκδήλωση βίας, να οργανώσουν την αιτιολόγηση και να σχεδιάσουν στρατηγικές διαχείρισης της επικινδυνότητας.¹⁹¹

Είναι πιθανό όμως να υπάρχουν και άλλοι λόγοι που οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δεν χρησιμοποιούν τα ψυχομετρικά εργαλεία εκτίμησης της επικινδυνότητας. Έχει επίσης αποδειχτεί πως αν και τα ψυχομετρικά αυτά εργαλεία μπορούν να υπολογίσουν τον κίνδυνο εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς ενός ατόμου, οι πιθανότητες αυτής της βίας που σχετίζονται με κάθε μια βαθμολογία δεν είναι αρκετά ισχυρές να αιτιολογήσουν τις διαφοροποιήσεις στη διαχείριση του ατόμου.¹⁹²

Ο Manahan και συν (2005) θεωρούν επιστημονικά ενδιαφέρον να διαχωρίζονται οι ασθενείς σε ομάδες χαμηλής (9%) και υψηλής (49%) επικινδυνότητας.¹⁹³ Αλλά οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίζονται με διαφορετικό τρόπο; Πιθανά αρκετοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας να μην αισθάνονται καλά παραβλέποντας το 9%. Επιπλέον, πρέπει να τονιστεί πως τα ψυχομετρικά εργαλεία τυπικά εστιάζουν σε παράγοντες που επηρεάζουν την εκδήλωση βίας στη διάρκεια εβδομάδων, μηνών ή χρόνων. Αλλά όπως υπογραμμίζει και ο Simon¹⁹⁴,

οι κλινικοί καλούνται να καθορίσουν τον «άμεσο» κίνδυνο εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς.

Δεν υπάρχει σαφής ορισμός της αμεσότητας του κινδύνου, αλλά ακόμη και αν υπήρχε, τα ψυχομετρικά εργαλεία μπορούν μόνο να «είναι ευαίσθητα στις κλινικές αλλαγές που παρουσιάζουν οι ασθενείς και οι οποίες προσδιορίζουν τις θεραπευτικές παρεμβάσεις ή εκτιμούν την επίδραση της θεραπείας».¹⁸⁰

Γεγονός αποτελεί, ωστόσο πως η απόφαση για θεραπευτική παρέμβαση θα πρέπει να σχετίζεται με το αποτέλεσμα της εκτίμησης του κινδύνου. Συνεπώς, βασικό μέλημα του κλινικού αποτελεί η σόφρων αξιολόγηση της υφιστάμενης επικινδυνότητας για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς με σκοπό τον σχεδιασμό ενός λογικού θεραπευτικού σχεδίου.¹⁹⁵

Στη βιβλιογραφία αρκετά συχνά έχουν εκφραστεί αντιρρήσεις αναφορικά με την αναγκαιότητα της ορθής χρήσης των ψυχομετρικών εργαλείων στην αποτίμηση της επικινδυνότητας. Για τον Simon το δεδομένο της φροντίδας δεν απαιτεί τη χρήση ψυχομετρικών εργαλείων για την αξιολόγηση και θεραπεία δυνητικά επικίνδυνων ασθενών, ενώ οι Thienhaus και Piasecki¹⁹⁶ υποστηρίζουν πως οι κλίμακες δεν θα πρέπει και δεν μπορούν να αντικαταστήσουν την εκτίμηση του κλινικού για την παρούσα κατάσταση επικινδυνότητας ενός ασθενούς. Ο κλινικός οφείλει να συνδυάζει την εμπειρία, τη γνώση, την κρίση, το κοινό αίσθημα, την συναίσθηση με τα στοιχεία που προκύπτουν από την κλινική και ψυχομετρική εξέταση του ασθενούς.

Η κατασκευή δομημένων εργαλείων επιτρέπει την πιθανότητα ανάπτυξης ενός επικοδομητικού διαλόγου. Χρησιμεύουν στην εξέλιξη της έρευνας. Οι δομημένες εκτιμήσεις του κινδύνου εκτροπής δεν αποτελούν την μόνη ολοκληρωμένη απάντηση, αλλά στέλνουν το σωστό μήνυμα. Οι εκτιμήσεις αυτές εστιάζουν στην μέτρηση της βίας ή συνεισφέρουν στο σχεδιασμό της θεραπευτικής παρέμβασης ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος.

Το ιδανικό εργαλείο εκτίμησης πρέπει : να είναι σύντομο και εύκολο στη συμπλήρωση, ευέλικτο ώστε να περιλαμβάνει ένα μεγάλο εύρος κινδύνου, από το υψηλό έως το θεωρητικά μηδενικό.¹⁹⁷

Ενθαρρύνονται οι ποιοτικές μετρήσεις, καθώς και η συνδρομή όλης της Θεραπευτικής Ομάδας στο σχεδιασμό των πιθανών σεναρίων αντιμετώπισης της επικινδυνότητας, στην εκτίμηση της πιθανότητας να πραγματοποιηθούν, στον προσδιορισμό παραγόντων που αυξάνουν ή μειώνουν τον κίνδυνο και στη συνέχεια στην αποτύπωση ενός διαχειριστικού σχεδίου που θα μειώνει τον κίνδυνο εκτροπών. Έτσι το ερώτημα της

μελλοντικής πιθανής εκτροπής δεν μπορεί να διαχωριστεί από το ερώτημα ποιά θεραπευτική παρέμβαση πρόκειται να υλοποιηθεί και που θα βρίσκεται ο ασθενής.

Η χρήση υπολογιστικών ψυχομετρικών εργαλείων μπορεί να εκτιμήσει τον κίνδυνο εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς καλύτερα από τις διαπιστώσεις των κλινικών. Για κάποιους επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας και κάποια κλινικά πλαίσια, η χρήση υπολογιστικών ψυχομετρικών εργαλείων όπως η HCR-20 ίσως αποτελεί κάτι «αδεώδες» ή μια «καλή πρακτική». Στην καθημερινή πρακτική κλινική φροντίδα, πάντως, η μη χρήση υπολογιστικών ψυχομετρικών εργαλείων δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να θεωρηθεί αμέλεια.¹⁹⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ : 6

6.1. ΣΤΙΓΜΑ

Η λέξη «στίγμα» είναι ελληνική και σημαίνει «τρύπημα» ή «σημάδι». Το στίγμα είναι το «σημάδι» που (1) διακρίνει ένα ψυχικά άρρωστο άτομο από τα άλλα άτομα και (2) αποδίδει στο στιγματισμένο άτομο ανεπιθύμητα χαρακτηριστικά, με επακόλουθη την απόρριψη και την απομόνωση του στιγματισμένου ατόμου.¹⁹⁹

Ο Goffman (1963)²⁰⁰ θεωρεί το στίγμα ως μια ανεπιθύμητη, δυσφημιστική ιδιότητα που στερεί από κάποιον το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής συμμετοχής και διακρίνει τρεις κατηγορίες στίγματος : το φυσικό στίγμα, το στίγμα της εκφραζόμενης συμπεριφοράς και το φυλετικό στίγμα.

Η κοινωνία διαχωρίζει προληπτικά αυτούς που κρίνει ότι μπορεί να βλάψουν τις αξίες της. Στιγματισμός, απόρριψη, περιθωριοποίηση ακολουθούν ως αναπόφευκτες συνέπειες.²⁰¹

Είναι γεγονός πως στην κοινή γνώμη οι έννοιες σχιζοφρένεια και τρέλα είναι σχεδόν ταυτόσημες και συνδέονται με απρόβλεπτες, παράλογες και βίαιες αντιδράσεις. Κάτι τέτοιο οφείλεται : α) στους φόβους τους οποίους δημιουργεί η επικοινωνία, η γειτνίαση ή πολύ περισσότερο η συμβίωση με ένα άτομο που παρουσιάζει μια ιδιόμορφη , απρόβλεπτη , «ανεξήγητη» αποκλίνουσα συμπεριφορά, β) στο στερεότυπο του «αποδιοπομπαίου τράγου» στο οποίο αποδίδονται όλα τα κοινωνικά δεινά γ) στην ψυχική αναστάτωση που προκαλεί στα αυτοελεγχόμενα άτομα η ύπαρξη κάποιου που συμπεριφέρεται αντισυμβατικά, εκφράζει και ικανοποιεί χωρίς αναστολές πολλές από τις ανάγκες του (π.χ. «τεμπελιάζει», αντιδρά «προκλητικά» ή παρορμητικά) δ) στις θεαματικές περιγραφές της συμπεριφοράς των σχιζοφρενών, που ερεθίζουν την περιέργεια του κόσμου από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τη λογοτεχνία, τον κινηματογράφο.²⁰²

Ο φόβος της τρέλας συχνά τρομοκρατεί τους ανθρώπους, ιδιαίτερα όταν αντιμετωπίζουν κάποιες δυσκολίες στη ζωή τους, που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως ψυχολογικά προβλήματα. Το στερεότυπο του επικίνδυνου ψυχικά ασθενή που έχει μια σοβαρή νόσο και συγχρόνως αποτελεί κίνδυνο για τον εαυτό του και τους άλλους εμφανίζεται και τρομοκρατεί πολύ περισσότερο περισσότερο από το ίδιο το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν. Καταρρακώνει την αυτοεκτίμησή τους, τους κάνει να ντρέπονται και να

νώθουν καταδικασμένοι, ανεξάρτητα από τη βαρύτητα και το είδος των προβλημάτων τους ακόμα και αν αυτά αποτελούν μια προσαρμογή του ψυχισμού τους σε δυσμενείς συνθήκες του περιβάλλοντός τους. Το χειρότερο είναι πως έτσι συχνά αποφεύγουν να ζητούν βοήθεια από ειδικούς μια και αυτό πιστοποιεί την σοβαρότητα της κατάστασής τους.

Αλλωστε συχνά παρατηρείται το φαινόμενο ψυχικά ασθενείς να διακόπτουν πολλές από τις σχέσεις τους ή να απομακρύνονται από τους δικούς τους ανθρώπους στη φάση που τους έχουν πιο πολύ ανάγκη από ποτέ. Επιπλέον, τις περισσότερες φορές βιάζονται να διακόψουν την θεραπεία τους, κάτι που θα τους απαλλάξει από οτιδήποτε σχετίζεται με το πρόβλημά τους.

Όπως προαναφέρθηκε, οι διαδικασίες αποασυλοποίησης και η ελεύθερη διαβίωση στην κοινότητα πολλών σχιζοφρενών προκάλεσαν πολλές αντιδράσεις από διάφορες πλευρές. Οι πολέμιοι της αποασυλοποίησης χρησιμοποίησαν ως « όπλα» τους την επιδείνωση της νόσου, (αύξηση των υποτροπών και αυτοκτονιών), την εξαθλίωση (πολλαπλασιασμός των αστέγων, των επαιτών, κοινωνικός ιδρυματισμός), την επιβάρυνση των οικειών των ασθενών με προβλήματα που υπερβαίνουν τις δυνάμεις τους (οικονομική δυσπραγία, οικογενειακές συγκρούσεις ή και διάλυση οικογενειών), αλλά κυρίως την αύξηση της εγκληματικότητας.

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη χώρα μας²⁰³ ένας στους πέντε Έλληνες (23%) δεν θα νοίκιαζε το διαμέρισμά του σε ψυχικά ασθενή, ένας στους τέσσερις (26%) δεν θα έμενε σε περιοχή όπου υπάρχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας και τέλος ένας στους δύο δεν θα έδινε δουλειά σε ψυχικά ασθενείς. Είναι φανερό από αυτά τα ποσοστά, πόσο σημαντικά εμπόδια θα συναντήσει ένας ψυχικά ασθενής βγαίνοντας από το νοσοκομείο, στην προσπάθειά του να συνεχίσει κανονικά τη ζωή του.

Είναι γεγονός πως η κοινή γνώμη ευαισθητοποιείται πολύ περισσότερο από τη διάπραξη ενός σοβαρού εγκλήματος από έναν πρώην νοσηλευόμενο ψυχικά ασθενή, παρά από έναν αδικαιολόγητα παρατεταμένο εγκλεισμό του στο ψυχιατρείο.

Η παρατεταμένη αναγκαστική νοσηλεία του ψυχικά ασθενή ανταποκρίνεται τόσο στο αίτημα προστασίας της κοινωνίας από τους « επικίνδυνους ψυχασθενείς», όσο και στην άποψη προστασίας των συμφερόντων του ιδίου του ψυχικά ασθενή, καθώς υπάρχει πάντα η πιθανότητα η επικινδυνότητα να στραφεί προς τους άλλους ή και προς το ίδιο το άτομο. Μια τέτοια «ανθρωπιστική» πάντα άποψη ενέχει τη θέση μηχανισμού εκλογίκευσης, εφόσον εξυπηρετούνται τόσο τα συμφέροντα της κοινωνίας, όσο και τα συμφέροντα των ιδίων των ασθενών.²⁰⁴

Σύμφωνα με την Τσαλίκου¹²⁹ η κατανόηση και αναζήτηση της σημασίας της εγκληματικής πράξης ατόμων με σχιζοφρένεια είναι άμεσα συνυφασμένη με το φαινόμενο του στίγματος. Το στίγμα μοιάζει να είναι η «σκιά» το πανταχού παρόν φάντασμα που συνοδεύει από τα βάθη των αιώνων και μέχρι σήμερα τη ζωή του ατόμου με ψυχική ασθένεια. Επομένως, κάθε λόγος που αρθρώνεται για τη σχιζοφρένεια είναι «υποχρεωμένος» να λαμβάνει υπόψη του τις παρενέργειες του στίγματος.³⁹

Χαρακτηριστική είναι και η έρευνα του Cumming²⁰⁵ που πραγματοποιήθηκε μέσα στο πλαίσιο ενός εντατικού εκπαιδευτικού προγράμματος ευαισθητοποίησης του κοινού στην ψυχική ασθένεια και στόχευε στην αλλαγή των καθιερωμένων αντιλήψεων απέναντί της. Η έρευνα κατέδειξε ότι, μέσα από ένα πλήθος διαφορετικών αντιλήψεων γύρω από το φαινόμενο της ψυχικής ασθένειας, αυτές που σχετίζονται με τη βία, την επιθετικότητα και την εγκληματικότητα είναι εκείνες που αντιστάθηκαν σε κάθε προσπάθεια εξάλειψής τους, παραμένοντας έως το τέλος του προγράμματος ευαισθητοποίησης αναλλοίωτες.

Το ευρύ κοινό θεωρεί τους ψυχικά ασθενείς απειλητικούς και προτιμούν να διατηρούν μια ασφαλή απόσταση από αυτούς. Η παρουσία του διαφορετικού, του «άλλου», του παράλογου, που αδιάκριτα αποκαλείται «παράφρονας», «τρελός», «ψυχασθενής», «σχιζοφρενής», εγείρει αισθήματα αισθήματα εχθρότητας και αποτροπιασμού. Κυρίως όμως ξυπνά το φόβο της ν'σου και της απώλειας της λογικής.

Η νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική και οι επόμενες νοσηλείες που ακολουθούν την πρώτη, επικυρώνουν το στίγμα του τρελού, που συνοδεύει τα άτομα αυτά, παροτρύνοντάς τα στην υιοθέτηση του ρόλου του τρελού.

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο το χαρακτηρισμένο ως σχιζοφρενικό άτομο παροτρύνεται στην υιοθέτηση ενός συγκεκριμένου ρόλου και παρακινείται να συμπεριφέρεται σύμφωνα με τις προδιαγραφές του ρόλου αυτού.

Το γεγονός της υιοθέτησης του στιγματιστικού στερεότυπου από τα ίδια τα άτομα με σχιζοφρένεια εναρμονίζεται με τα δεδομένα μιας σειράς ερευνητικών προγραμμάτων που καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι ψυχικά ασθενείς μπορεί να είναι εξίσου αρνητικοί στον τρόπο που προσλαμβάνουν την ασθένειά τους με το ευρύ κοινό.²⁰⁶

Ο Markowitz²⁰⁷ μελετώντας τις παρενέργειες του στίγματος στους ίδιους τους ψυχικά ασθενείς, αναφέρεται στο άγχος, στη σύγχυση της σκέψης και στη μικρή ικανοποίηση από τη ζωή που επιφέρει στα ίδια τα άτομα η αποδοχή του στίγματος.

Χαρακτηριστικά είναι τα δεδομένα άλλων ερευνών που δείχνουν ότι οι άνθρωποι με ψυχικές ασθένειες όχι μόνο δε συμφωνούν με τις αρνητικές απόψεις που έχουν οι άλλοι για

αυτούς, αλλά φτάνουν στο σημείο να είναι πιο απορριπτικοί απέναντι στους ψυχικά ασθενείς από ότι οι οικογένειές τους ή οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας.²⁰⁸

Όταν το άτομο που νοσεί αποδέχεται για τον εαυτό του τη διάγνωση «σχιζοφρένεια», κατ'ουσία παροτρύνεται να εναρμονιστεί με το στερεότυπο της ανικανότητας και της απαξίας.

Η έρευνα των Warner και συν.²⁰⁹ σε ασθενείς που νοσηλεύονταν σε νοσοκομεία και αποδέχονταν τη διάγνωση της ψυχικής κατέδειξε ότι απουσίαζε το αίσθημα του αυτοελέγχου. Όσο πιο στιγματιστικά προσλάμβαναν την ψυχική ασθένεια, τόσο πιο αδύναμη ήταν η αίσθηση της κυριαρχίας τους.

Η Οικονόμου²¹⁰ υποστηρίζει πως χωρίς αμφιβολία το στίγμα, αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ψυχικά ασθενείς. Οι συνέπειες του είναι καταστροφικές καθώς υπονομεύει την αυτοεκτίμησή τους, διασπά και αποδιοργανώνει τις οικογενειακές τους σχέσεις, ακυρώνει την ικανότητά τους για κοινωνικοποίηση, τη δυνατότητα ευρέσεως εργασίας ή ακόμα και τη δυνατότητα εύρεσης στέγης. Με λίγα λόγια αποτελεί τον πιο ύπουλο εχθρό που έχει να αντιμετωπίσει ο ασθενής.

Άλλωστε, και μια πλούσια διεθνής βιβλιογραφία επισημαίνει τον παθογόνο ρόλο του στιγματισμού. Ενδεικτικά ο Allbrecht και συν.²¹¹ σε έρευνά τους, κατέδειξαν ότι τα άτομα με ψυχική ασθένεια συγκαταλέγονται μαζί με όσους κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών, εξασκούν την πορνεία ή έχουν καταδίκες λόγω εγκληματικών πράξεων, στις πλέον απορριπτές και αποδοκιμαστές κοινωνικές ομάδες.

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται αύξηση της συσχέτισης της σχιζοφρένειας με τη βία και ως εκ τούτου και του στίγματος προς τα άτομα αυτά.

Ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας οδηγεί στα εξής συμπεράσματα :

1. Οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν την πιο συχνή διάγνωση μεταξύ των εγκλειστων.
2. Οι ψυχικά ασθενείς μετά το εξιτήριο τους ή την αποφυλάκισή τους εμφανίζουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξουν βίαη συμπεριφορά και ακολούθως να επανασυλληφθούν ή να επανανοσηλευτούν , ειδικά αν έχουν ιστορικό προηγούμενων συλλήψεων και βίας ή αν εμφανίζουν ψυχωσικά συμπτώματα (ψευδαισθήσεις, παραλήρημα κλπ.).
3. Ο εγκλεισμός σε κάποια ψυχιατρική δομή μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένα ποσοστά βίαης συμπεριφοράς των ασθενών ,ενώσω βρίσκονται στο νοσοκομείο.
4. Κατά κύριο λόγο τα μέλη των οικογενειών και όχι ο ευρύτερος πληθυσμός αποτελούν τους πιο πιθανούς στόχους βίας των ατόμων με σχιζοφρένεια ειδικά στην περίπτωση που δεν έχουν δεχθεί κάποιου είδους θεραπεία.^{212,213}

6.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ Μ.Μ.Ε.

Λόγω της καταλυτικής επιρροής των ΜΜΕ η σχέση της τρέλας – βίας αναδύεται συνειρμικά στη σκέψη των ανθρώπων με αποτέλεσμα να διαιωνίζεται και να αναπαράγεται το στίγμα της ψυχικής νόσου και ιδιαίτερα της σχιζοφρένειας.

Ο ψυχικά άρρωστος εντάσσεται στο φάσμα μεταξύ της απόλυτης εξιδανίκευσης (ο θετικά «ευλογημένος» της αρχαιότητας) μέχρι την απόλυτη απόρριψη (ο δαιμονισμένος «Μάγος» του μεσαίωνα) αντανακλώντας και στις δύο περιπτώσεις το ίδιο ακριβώς συναίσθημα: το φόβο απέναντι στην ψυχική νόσο.

Στην εποχή της τεχνολογικής έξαρσης και κυριαρχίας των mass media, ο τρόπος που μεταδίδεται αλλά και η ταχύτητα μετάδοσης της πληροφορίας πολλές φορές υπονομεύουν όχι μόνο την ίδια την πληροφορία αλλά και την ποιότητα και τον πλουραλισμό της ενημέρωσης.

Τα τελευταία χρόνια η εξέλιξη της ψυχιατρικής επιστήμης και ο ψυχικά ασθενής «περνούν» μέσα στις πλατιές μάζες μέσα από εφημερίδες με στήλες αφιερωμένες στην ψυχική υγεία, με κινηματογραφικές ταινίες που άλλοτε επιχειρούν να «μιμηθούν» και να αναδομήσουν τη ζωή του ψυχιατρικού ασθενούς και άλλοτε «χρησιμοποιούν» το φόβο απέναντι στον άρρωστο για να κινητοποιήσουν το ενδιαφέρον του κοινού (επιτείνοντας έμμεσα τον στιγματισμό των ψυχικά ασθενών). Η ενασχόληση αυτή των ΜΜΕ με την ψυχιατρική έχει συντελέσει στη διαμόρφωση μιας ξεχωριστής περιοχής γνωστής στις ΗΠΑ με τον όρο “psychomedia”.²¹⁴

Η εμφάνιση των πρώτων εκπομπών με ψυχιατρικό περιεχόμενο τοποθετείται χρονικά στη δεκαετία του 1959, μέσα από μια σειρά ραδιοφωνικών εκπομπών του « Popenoe Institute of Family Relations » στο Los Angeles των ΗΠΑ.

Στη δεκαετία του '60 την σκυτάλη έλαβε ένα νέο ραδιοφωνικό πρόγραμμα με την επωνυμία «Ιδιωτική Γραμμή» (Private Line) όπου ένας προσκεκλημένος επαγγελματίας ψυχικής υγείας κατήθυνε τους ήδη διαγνωσμένους ασθενείς σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας της γεωγραφικής τους περιφέρειας. Την επόμενη δεκαετία τα εν λόγω προγράμματα άρχισαν να εμφανίζονται και στην τηλεόραση.

Οι πρώτες βιβλιογραφικές αναφορές για τη χρήση της τηλεόρασης από την ψυχιατρική και την ψυχολογία ανάγονται στην δεκαετία του 70 με τη δημοσίευση των οδηγιών της American Psychiatric Association (1977) , προς τους ειδικούς ψυχικής υγείας που εμφανίζονται στα ΜΜΕ.²¹⁵ Έκτοτε όλες οι δημοσιεύσεις που ακολούθησαν τόνιζαν

την ευκαιρία που πρέπει αδράξουν οι ειδικοί της ψυχικής υγείας προκειμένου να τονίσουν θέματα σχετικά με την πρόληψη, τις διαθέσιμες υπηρεσίες κ.α. Ειδικότερα, κατά τη δεκαετία '90 τονίζεται η υποχρέωση των ειδικών να παρεμβαίνουν ώστε να αποκαταστήσουν τον στιγματισμό και την παραποίηση της εικόνας που υφίστανται οι ψυχικά ασθενείς από τα ΜΜΕ.^{216, 217}

Στις αρχές της δεκαετίας του 1980, εμφανίστηκαν άρθρα που τηρούσαν μια πιο κριτική στάση απέναντι στο ζήτημα, επισημαίνοντας σφάλματα αλλά και μελλοντικούς κινδύνους.

Αρκετοί ερευνητές^{218, 219, 220} υποστηρίζουν πως οι ψυχικά ασθενείς προβάλλονται στα ΜΜΕ πολύ αρνητικά καθώς υπερτονίζονται τα βίαια και παρορμητικά κομμάτια της συμπεριφοράς τους με αποτέλεσμα να προωθείται (αντί να περιορίζεται) η έννοια του στίγματος και η συμπεριφορά που συντείνουν στην περιθωριοποίηση των αρρώστων.

Συνήθως σε προγράμματα με υψηλή τηλεθέαση, τα άτομα με ψυχικές ασθένειες εμφανίζονται να ενσαρκώνουν το ρόλο του κακού περισσότερο παρά του καλού. Μάλιστα ο ρόλος του κακού και του βίαιου είναι πολύ πιο ορατός στους ψυχικά ασθενείς από ότι παρατηρείται σε άλλες κατηγορίες ατόμων (μειονότητες, περιθωριακοί, άτομα με φυσικές αναπηρίες, άνεργοι, φτωχοί).

Ερευνητικά δεδομένα αποτυπώνουν ενδιαφέροντα στοιχεία. Συγκεκριμένα το 72,1% των ηρώων με ψυχική ασθένεια που εμφανίζονται στο σύνολο των τηλεοπτικών προγραμμάτων τις ώρες υψηλής ακροαματικότητας απεικονίζονται μέσα από τη βία και την εγκληματικότητα. Ένας στους πέντε, το 21,6% δηλαδή των ηρώων με ψυχική ασθένεια, έχει σκοτώσει κάποιον. Επίσης, στις σαπουνόπερες τα δύο στα τρία άτομα με ψυχική διαταραχή εμφανίζονται να είναι βίαια και εγκληματικά.²²¹

Ακόμα και οι γυναίκες που στα τηλεοπτικά προγράμματα παρουσιάζονται να εγκληματούν λιγότερο από τους άνδρες (το 27,2% μόνο των γυναικών απεικονίζονται ως βίαιες), στην περίπτωση που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή, η εγκληματικότητά τους αυξάνεται ραγδαία. Περισσότερες από τις μισές (60%) εμφανίζονται να είναι βίαιες, ενώ το 16,7% διαπράττει φόνο. Όπως χαρακτηριστικά επισημαίνει ο Gerbner²²² η ψυχική ασθένεια είναι η μόνη ετικέτα στον κόσμο της τηλεόρασης που καθιστά τη γυναίκα εξίσου επικίνδυνη με τον άνδρα.

Στην πραγματικότητα όμως, τα ερευνητικά δεδομένα απέχουν πολύ από τα δεδομένα που παρουσιάζονται στα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Εξίσου σημαντικός είναι και ο ρόλος του τύπου, όπου τα άρθρα που παρουσιάζονται είναι άλλοτε λιγότερο και άλλοτε περισσότερο στιγματιστικά. Ακόμη και στην περίπτωση

που κάποιο άρθρο είναι σχετικά ελάχιστα στιγματιστικό, παρατηρείται πως καλύπτει μεγάλη έκταση ή έχει μεγαλύτερους τίτλους ή ακόμη και φωτογραφίες κάτι που συντελεί στην δημιουργία αρνητικής εντύπωσης στον αναγνώστη. Στον τύπο τονίζεται συνήθως η απουσία ή η περιορισμένη συμμετοχή των ειδικών ψυχικής υγείας, ενώ η φωνή του ψυχικά πάσχοντα ή των μελών της οικογενείας του απουσιάζει.

Ο τύπος αποτελεί τον καθρέπτη της κοινωνίας, που άλλοτε κανονικός και άλλοτε παραμορφωτικός εκφράζει συνήθως την κατεστημένη τάξη των πραγμάτων.

Σύμφωνα με την Νταουντάκη²²³ στη σημερινή εικόνα των ΜΜΕ υπάρχουν κάποιες σταθερές οι οποίοι αποτελούν ακρογωνιαίους λίθους. Ειδικότερα έχει παρατηρηθεί πως : α) περιγράφονται οι συνθήκες και οι καταστάσεις, συχνά με μελανά χρώματα ,υπό μορφή καταγγελίας και χωρίς την παραμικρή προσπάθεια εμβάνθυσης στο θέμα, β) Καταγγέλλονται κυρίως οι συνθήκες παραμονής, γ) σπανιότατα γίνονται ερωτήσεις για τους τρόπους κοινωνικής επανένταξης ή θεραπευτικής αντιμετώπισης, δ) ευκαιριακά και συνήθως με την αφορμή κάποιου μεγάλου γεγονότος επικαιρότητας, μιας περίπτωσης δηλαδή, ασχολούνται με το νομοθετικό πλαίσιο του εγκλεισμού, ε) ο λόγος του ασθενή δεν ακούγεται ποτέ.

Καθώς οι λέξεις έχουν τη δική τους δυναμική , η εικόνα του τρελού δίνεται με τέτοιο τρόπο που να προκαλεί είτε το φόβο, είτε τον πανικό, είτε το γέλιο, είτε τον οίκτο, είτε την απέχθεια.

Τέλος, όπως επισημαίνει ο Αγγελόπουλος²²⁴ , καθίσταται επιτακτική η βελτίωση των ΜΜΕ και η δράση του δημοσιογράφου που καλείται να :

- ο Συμβουλευεται ειδικούς Ψυχικής Υγείας.
- ο Ελέγχει την αξιοπιστία των πηγών του.
- ο Γνωρίζει τους κανόνες δεοντολογίας, που αφορούν την ιδιωτική ζωή .
- ο Ελέγχει αν το θέμα του μεταφέρει τα σωστά μηνύματα για την ψυχική ασθένεια.
- ο Προσέχει τους τίτλους (ακρίβεια, ευαισθησία στα ανθρώπινα δικαιώματα, ιδιωτικότητα, σεβασμός, αξιοπρέπεια, αποφυγή ετικετοποίησης).
- ο Αποφεύγει λέξεις που μπορεί να στιγματίζουν (αποφυγή υπερβολών, εντυπωσιασμού, παραπλάνησης).
- ο Προσέχουν το περιεχόμενο, την ορολογία και τη γλώσσα.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

7.1. ΠΑΡΟΥΣΑ ΜΕΛΕΤΗ

Η πιθανότητα εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς από ψυχικά ασθενείς αποτέλεσε αντικείμενο συζητήσεων εδώ και χρόνια. Το 1981, ο Monahan²²⁵ εντελώς κατηγορηματικά δήλωσε πως δεν υπάρχει καμία σχέση μεταξύ ψυχικής νόσου και βίαιης συμπεριφοράς. Επόμενες ερευνητικές μελέτες διέψευσαν αυτή την άποψη. Το 1993, ο Hodgins²²⁶ δημοσίευσε σαφείς ενδείξεις πως η ψυχική νόσος αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια της ζωής.

Ο Monahan²²⁷ αργότερα αναθεώρησε κάπως την άποψή του, ισχυριζόμενος πως η ψυχική νόσος αποτελεί ένα μόνο παράγοντα επικινδυνότητας. Μαζί με την ομάδα της μελέτης MacArthur (Violence Risk Assessment Guide), αναφέρθηκαν στην πολυπλοκότητα του θέματος, επισημαίνοντας για παράδειγμα πως η κατάχρηση ουσιών αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο βίαιης συμπεριφοράς σε ψυχικά ασθενείς.

Η πρόβλεψη βίαιης συμπεριφοράς αποδείχτηκε ένας δύσκολος στόχος. Το 1994, ο Monahan ανέφερε πως η προβλεπτική ικανότητα των κλινικών ήταν χαμηλότερη των περιστάσεων.

Από τα τέλη της δεκαετίας του '80, οι προβλέψεις των κλινικών ενισχύθηκαν από μεθόδους που υπογράμμιζαν το ιστορικό background των ασθενών. Τη δεκαετία του '90 δομημένα κλινικά εργαλεία προέκυψαν, τα οποία συνδυάζουν τους ιστορικούς και στατικούς παράγοντες με κλινικά και μελλοντικά στοιχεία εκτίμησης κινδύνου.

Αυτά που παρουσιάστηκαν τελευταία είναι οι κλίμακες ψυχοπαθητικότητας Psychopathy Checklist :Screening Version(PCL:SV) , και η Historical, Clinical ,Risk Management 20 Assessment Scheme (HCR-20). Οι κλίμακες αυτές χρησιμοποιήθηκαν κυρίως σε ψυχιατροδικαστικούς ασθενείς και σε άτομα με παραβατική συμπεριφορά που τελούν υπό κράτηση σε σωφρονιστικά καταστήματα. Για το σκοπό αυτό βρέθηκαν να είναι αξιόπιστες και έγκυρες.

Σε αμιγώς ψυχιατρικά πλαίσια ελάχιστες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί σε ασθενείς που πήραν εξιτήριο από κάποιο ψυχιατρικό τμήμα²²⁸. Συγκεκριμένα, μόνον τρεις ξενόγλωσσες εργασίες έχουν δημοσιευτεί για την εκτίμηση επικινδυνότητας βίαιης συμπεριφοράς στην κοινότητα, από ασθενείς που πήραν εξιτήριο από ψυχιατρικές κλινικές.

Οι δύο περιλαμβάνουν τη χρήση των κλιμάκων HCR-20 και PCL:SV, ενώ στην τρίτη αναπτύσσεται ένα νέο εργαλείο το ICT (Iterative Classification Tree), μη ευρέως διαδεδομένο. Οι ερευνητικές αυτές εργασίες κατέδειξαν πως η επίπτωση της βίας σε ασθενείς που πήραν εξιτήριο από ψυχιατρικά τμήματα κυμαίνεται από 28% έως 45%. Προτείνεται λοιπόν, η χρήση ενός συνοπτικού εργαλείου που να χορηγείται σε όλους τους ψυχικά ασθενείς πριν το εξιτήριο και το οποίο να συνεισφέρει στην πρόληψη κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης που θα ακολουθήσει .

Στη χώρα μας ο κίνδυνος εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς δεν έχει μελετηθεί επαρκώς . Κύριος σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εκτιμήσει την πιθανότητα σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε κάποιο ψυχιατρικό τμήμα γενικού ή ειδικού νοσοκομείου να εκδηλώσουν βίαιη συμπεριφορά στο μέλλον.

Επόμενος σκοπός είναι να εξεταστούν μεμονωμένα αλλά και στη μεταξύ τους σχέση και άλλοι παράγοντες που μπορεί να επιδρούν στην εμφάνιση της βίαιης / επιθετικής συμπεριφοράς όπως τα δημογραφικά , κοινωνικοοικονομικά, κλινικά χαρακτηριστικά καθώς και η σφαιρική λειτουργικότητα των ασθενών.

Έτσι η παρούσα μελέτη επιχειρεί να δώσει απαντήσεις στα εξής ερωτήματα :

- 1) Ποια είναι η προβλεπτική εγκυρότητα για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς και την επιτυχημένη ή μη, αποκατάσταση των κλιμάκων HCR-20 και PCL, Ελλήνων ψυχικά ασθενών μετά την ολοκλήρωση της νοσηλείας τους και κατά το χρονικό διάστημα της μεταπαρακολούθησής τους (3 χρόνια) .
- 2) Ποιοι παράγοντες (διάγνωση, διάρκεια νόσου , φύλο, ηλικία, κα) σχετίζονται με την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς στο μέλλον και συμβάλλουν στην αποτυχημένη αποκατάσταση (επανανοσηλεία, επιθετική συμπεριφορά, απόπειρα) .

7.2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ

7.2.1. Σχεδιασμός Μελέτης

Η παρούσα μελέτη εξετάζει την πιθανότητα ψυχικά ασθενείς που ολοκλήρωσαν τη νοσηλεία τους σε κάποιο ενδονοσοκομειακό τμήμα, να εκδηλώσουν στο μέλλον βίαιη συμπεριφορά, παρόμοια με αυτή που είχαν εκδηλώσει στο παρελθόν.

Η επιλογή του θέματος αυτού, προέκυψε μετά από μακρόχρονη μελέτη, αναζήτηση βιβλιογραφικών πηγών και ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, αναφορικά με την

επικινδυνότητα των ψυχικά ασθενών και μετά την προσωπική εκπαίδευση στην χρήση της κλίμακας HCR-20 στο Institute of Psychiatry, London.

Η εκτίμηση των ασθενών βασίστηκε στη χορήγηση ψυχομετρικών εργαλείων διεθνώς αναγνωρισμένων, ώστε να εξεταστούν τα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας. Οι αρχικοί σκοποί αφορούν την περιγραφή της, αλλά μέσω στατιστικών μεθόδων μπορεί να προσφέρει πληροφορίες και συσχετίσεις μεταξύ των παραμέτρων που εξετάζονται²²⁹.

Καθώς κάποια από τα ψυχομετρικά εργαλεία που επιλέχθηκαν (οι κλίμακες HCR-20 και PCL:SV) χρησιμοποιήθηκαν για πρώτη φορά στη χώρα μας, κρίθηκε απαραίτητη η μετάφραση και στάθμισή τους στην ελληνική γλώσσα. Προϋπόθεση αποτέλεσε η άδεια από τους κατασκευαστές τους. Επίσημα, εξασφαλίστηκε η έγκριση των κατασκευαστών της κλίμακας HCR-20, ενώ για την κλίμακα PCL:SV υπήρξε μόνο θετική προφορική απάντηση για την ανεπίσημη χορήγησή της στην Ελλάδα. Χρησιμοποιήθηκε η βοήθεια τριών δίγλωσσων έμπειρων μεταφραστών και ακολουθήθηκε η διαδικασία της αντίστροφης μετάφρασης.

Στο σημείο αυτό παρουσιάζονται συνοπτικά οι πιο σημαντικοί σταθμοί κατά την διεξαγωγή της παρούσας μελέτης :

1^{ος} → Δεκέμβριος 2006 : Έγκριση του θέματος από τη σύγκλητο της ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Ορισμός τριμελούς επιτροπής αρ. 596^α / 12-12-2006.

2^{ος} → Ιανουάριος 2007 : Απαντητική επιστολή του καθηγητή Webster C.D. για τη χορήγηση άδειας μετάφρασης , στάθμισης και έκδοσης του εγχειριδίου της κλίμακας HCR-20 στην Ελληνική γλώσσα.

3^{ος} → Απρίλιος 2008 : Έκδοση του εγχειριδίου « HCR-20 Εκτίμηση επικινδυνότητας για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς» από τις Ιατρικές εκδόσεις BHTA medical Arts.

4^{ος} → Απρίλιος 2007- Απρίλιος 2011 :

A) Συγγραφή γενικού μέρους διδακτορικής εργασίας

B) Συγκέντρωση των επίσημων αδειών από τις επιστημονικές επιτροπές ηθικής δεοντολογίας και τα επιστημονικά- διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων περί έγκρισης χορήγησης ψυχομετρικών εργαλείων σε ασθενείς τους.

Γ) Συλλογή δείγματος ασθενών (αρχικός χρόνος T0). Διαδικασία μεταπαρακολούθησης (χρόνος T1).

5^{ος} → Οκτώβριος 2011 - Δεκέμβριος 2011 :

A) Στατιστική επεξεργασία των στοιχείων του δείγματος. Έκβαση αποτελεσμάτων.

B) Ολοκλήρωση ειδικού μέρους.

6^{ος} → Ιανουάριος 2012 : Κατάθεση εργασίας προς εξέταση.

7.2.2. ΔΕΙΓΜΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελούν 295 ασθενείς που κατά το χρονικό διάστημα 1^η Απριλίου 2007 έως 31 Μαρτίου 2008 νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρικά τμήματα γενικού ή ειδικού νοσοκομείου, και οι οποίοι είχαν εκδηλώσει κάποια βίαιη / επιθετική συμπεριφορά μέχρι και τη χρονική στιγμή της παρούσας εισαγωγής τους.

Οι ασθενείς αυτοί, 72,9% από ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία και 27,1% από ψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων που προγραμματίζονταν για εξιτήριο συμμετείχαν στη μελέτη, αφού υπέγραψαν το έντυπο συναίνεσης. Παράλληλα, υπέδειξαν και τον συμπληρωματικό- έμμεσο πληροφοριοδότη (collateral informant) με τον οποίο θα βρίσκονταν σε επαφή για τα επόμενα 3 χρόνια (διάρκεια της μεταπαρακολούθησης).

Έτσι, οι ασθενείς εκτιμήθηκαν πριν το εξιτήριο από το νοσοκομείο και παρακολούθηθηκαν για 6 συνεχόμενες εξάμηνες περιόδους – 1^η Μαΐου 2008 έως 30 Απριλίου 2011).

Οι συμμετέχοντες νοσηλεύτηκαν σε ένα από τα ακόλουθα νοσηλευτικά ιδρύματα :

- 1) Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών – Αιγινήτειο Νοσοκομείο.
- 2) Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας.
- 3) Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Αττικής « Ευαγγελισμός».
- 4) Ψυχιατρική Κλινική « Μαμάτσειου» Νοσοκομείου Κοζάνης.
- 5) Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (ΨΝΑ) « Δαφνί».

7.2.2.1. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν ασθενείς που πληρούσαν τα παρακάτω κριτήρια:

- Διάγνωση Μείζονος ψυχικής Διαταραχής (κατά DSM-IV TR TM), 18 έως 70 ετών και των δύο φύλων.
- Η παρούσα νοσηλεία να έχει γίνει με ή χωρίς τη θέλησή τους.
- Να έχουν εκδηλώσει κάποιας μορφής βίαιη/επιθετική συμπεριφορά αυτοκατευθυνόμενη ή ετεροκατευθυνόμενη μέχρι και την ημέρα της παρούσας εισαγωγής τους. – Η συμπεριφορά αυτή πιθανά να είχε εκδηλωθεί πολύ παλαιότερα και απλά να καταγράφεται στο ιστορικό του ασθενή ή μπορεί να πρόσφατη και ίσως να αποτελεί το λόγο που οδήγησε στην παρούσα νοσηλεία-.

- Να διατηρούν συχνή και σταθερή επαφή με τον έμμεσο – συμπληρωματικό πληροφοριοδότη (collateral informant) που έχουν προσδιορίσει οι ίδιοι (τουλάχιστον ανά 3ημερο).
- Να έχουν ή να μην έχουν ενταχθεί σε κάποια εξωνοσοκομειακή δομή μετά το εξιτήριό τους.

7.2.2.2. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ

- Διακοπή της νοσηλείας με ευθύνη του ασθενούς ή των οικείων του, πριν την ολοκλήρωση της θεραπείας.
- Πειθαρχικό εξιτήριο στον ασθενή λόγω με συμμόρφωσής του με τους κανόνες του τμήματος.
- Αλλαγή περιβάλλοντος του ασθενούς στο μεσοδιάστημα της μεταπαρακολούθησης (π.χ. μετακίνηση σε άλλη πόλη) με αποτέλεσμα να χαθεί η επαφή με τον έμμεσο πληροφοριοδότη.

Κατά το χρονικό διάστημα 1^η Απριλίου 2007 έως 31 Μαρτίου 2008 σε όλα τα ανωτέρω τμήματα πραγματοποιήθηκαν συνολικά 2.140 εισαγωγές. Από αυτούς οι 354 (16, 5%) πληρούσαν τα κριτήρια για την ένταξή τους στην παρούσα μελέτη. Ωστόσο, 295 (83,3%) έδωσαν συναινετική απάντηση και αποτέλεσαν το δείγμα της παρούσας εργασίας , ενώ 59 (16,6%) αρνήθηκαν να συμμετέχουν.(Πίνακας 4).

Πίνακας 4. Εισαγωγές Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων το χρονικό διάστημα Απρίλιος 2007 έως Μάρτιος 2008				
Α/α	Νοσηλευτικό Ιδρυμα	Εισαγωγές*	Αριθμός Συμμετεχόντων	
			N	%
1.	Α Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών- Αιγινήτειο Νοσοκομείο-.	627	98	15,6
2.	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (ΨΝΑ) « Δαφνί».	490**	73	14,9
3.	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας.	290	37	12,8
4.	Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου « Ο Ευαγγελισμός».	430	52	12,0
5.	Ψυχιατρική Κλινική «Μαμάτσειου» Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης.	303	35	11,6

Σύνολο: 2.140

295 Σύνολο

**Πηγή: Γραφείο Κίνησης Νοσηλευτικού Ιδρύματος.*

*** Από 3 νοσηλευτικά τμήματα στα οποία πραγματοποιήθηκε η παρούσα μελέτη και σε σύνολο 1898 εισαγωγών που πραγματοποιήθηκαν σε όλο το νοσοκομείο.*

7.3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Η παρούσα μελέτη βασίστηκε στη χορήγηση προκατασκευασμένων και σταθμισμένων κλιμάκων που αφορούν στην εκτίμηση εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς ψυχικά ασθενών μετά το εξιτήριό τους από κάποιο ψυχιατρικό τμήμα γενικού ή ειδικού νοσοκομείου.

Παράλληλα διερευνήθηκαν και άλλες παράμετροι ως προς τη συσχέτισή τους με τον κίνδυνο εμφάνισης βίαιων επεισοδίων, όπως των δημογραφικών, κοινωνικοοικονομικών και κλινικών χαρακτηριστικών του ασθενούς.

Η συμπλήρωση των κλιμάκων πραγματοποιήθηκε μια εβδομάδα πριν το εξιτήριο μέσω α) προσωπικών συνεντεύξεων με τους ασθενείς, β) επαφών με τους έμμεσους πληροφοριοδότες, γ) συζητήσεων με μέλη της Θ.Ο. από το τμήμα νοσηλείας και τέλος, δ) τη συνολική μελέτη του ατομικού φακέλου.

Η συνολική χρονική διάρκεια συμπλήρωσης δεν ξεπερνούσε τα 20' λεπτά. Μετά το εξιτήριο, επαφή με τους ασθενείς και τους έμμεσους πληροφοριοδότες (collateral informants) πραγματοποιείτο στο τέλος κάθε 6μηνης περιόδου.

Οι αναφορές αφορούσαν πληροφορίες για το ενδεχόμενο νοσηλείας, τις συνθήκες κάτω από τις οποίες αυτή πραγματοποιήθηκε (εκούσια ή ακούσια) και την εκδήλωση απόπειρας, επιθετικής / βίαιης συμπεριφοράς ανεξάρτητα αν οδήγησε σε νοσηλεία ή όχι. Η επιθετική συμπεριφορά καταγραφόταν είτε αναφερόταν από τον ασθενή είτε από τον έμμεσο πληροφοριοδότη.

Επόμενη νοσηλεία (αποτυχημένη αποκατάσταση), στο μεσοδιάστημα των 3 χρόνων, αποτέλεσε το δεύτερο χρόνο (T1) της μελέτης και προϋπέθετε τη συμπλήρωση της κατάστασης των κλινικών στοιχείων (Έντυπο Β). Ως αποτυχημένη αποκατάσταση θεωρήθηκαν : 1) η άμεση επιστροφή σε ψυχιατρικό τμήμα (1-2 ημέρες μετά το εξιτήριο), 2) επανεισαγωγή μετά το εξιτήριο και τη διαμονή στην κοινότητα (2-4 μήνες), 3) επανάληψη βίαιης/επιθετικής συμπεριφοράς μετά το εξιτήριο π.χ. απόπειρας, 4) εκδήλωση για πρώτη φορά κάποιας βίαιης/ επιθετικής συμπεριφοράς.

Πρέπει σημειωθεί πως ειδικά για το δείγμα των ασθενών που προέκυψε από το Ψυχιατρικό νοσοκομείο Κέρκυρας και την Ψυχιατρική Κλινική του Μαμάτσειου

νοσοκομείου Κοζάνης, όλες οι εκτιμήσεις έγιναν από το προσωπικό των κλινικών δομών. Οι αξιολογητές στα ενδονοσοκομειακά τμήματα εκπαιδεύτηκαν στη χρήση των κλιμάκων. Επιπρόσθετα, τους παραχωρήθηκαν λεπτομερείς γραπτές οδηγίες και τα εγχειρίδια συμπλήρωσης των κλιμάκων.

Ένα σημείο που έτυχε ιδιαίτερης προσοχής και χρειάστηκε περαιτέρω αποσαφήνιση, αφορούσε στον προσδιορισμό της έννοιας βία/ επιθετικότητα. Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης ως βίαη / επιθετική συμπεριφορά καταγράφεται η βία προς άλλα άτομα καθώς και η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.

Για τον ορισμό της βίας χρησιμοποιήθηκε αυτός των McNiel και Binder²³⁰ που περιλαμβάνει διάκριση μεταξύ της σωματικής και μη σωματικής βίας. Συγκεκριμένα, η σωματική βία περιλαμβάνει κάθε μορφής σωματική επίθεση προς κάποιο άτομο, ενώ η μη σωματική περιλαμβάνει απειλές προς το άτομο, λεκτική βία, επιθετικότητα προς αντικείμενα παρακείμενα του ατόμου που απειλείται.

Επιπρόσθετα, ως κατευθυντήριος «οδηγός» χρησιμοποιήθηκε και η διάκριση της επιθετικής συμπεριφοράς όπως προσδιορίζεται από την ομώνυμη κλίμακα των Yodofsky και συν., Overt Aggression Scale (OAS) ¹.

Η συγκεκριμένη κλίμακα περιλαμβάνει τέσσερις βασικές μορφές επιθετικής συμπεριφοράς : λεκτική επιθετικότητα, αυτοκατευθυνόμενη επιθετικότητα, επιθετικότητα προς αντικείμενα και επιθετικότητα προς άλλα άτομα. Κάθε μια από αυτές αναλύεται σε 4 εκφάνσεις . Τέλος, στη στατιστική ανάλυση υπήρξε και ένας συνδυασμός των μορφών βίας (λεκτική, αυτοκατευθυνόμενη, ετεροκατευθυνόμενη) ως όλες οι μορφές – συνδυασμός σε περίπτωση που κάποιος είχε εκδηλώσει περισσότερες της μιας μορφής επιθετική συμπεριφορά .

Για τις διαγνώσεις χρησιμοποιήθηκε το διαγνωστικό εγχειρίδιο DSM-IV (American Psychiatric, Association, 1994). Οι διαγνώσεις προήλθαν από τους ατομικούς φακέλους των ασθενών.

Όλοι οι συμμετέχοντες είχαν δώσει συνέντευξη πριν το εξιτήριο με βάση ένα ημιδομημένο σχέδιο, κατασκευασμένο με τέτοιο τρόπο ώστε να συγκεντρωθούν όλες οι απαραίτητες πληροφορίες και να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος επανάληψης των ερωτήσεων.

¹ Δεν υπάρχει επίσημη μετάφραση στην Ελληνική Γλώσσα.

7.4. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Οι κλίμακες που χορηγήθηκαν αποτέλεσαν ένα ερωτηματολόγιο – για κάθε συμμετέχοντα- που στο σύνολό του αποτελούνταν από πέντε (5) μέρη :

- 1) Μια κατάσταση δημογραφικών- κοινωνικοοικονομικών και κλινικών στοιχείων του ασθενούς (Έντυπο Α).
- 2) Την κλίμακα εκτίμησης επικινδυνότητας Historical Clinical Risk Management Assessment -20 (HCR-20).
- 3) Την κλίμακα εκτίμησης ψυχοπαθητικότητας Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL: SV).
- 4) Την κλίμακα σφαιρικής εκτίμησης της λειτουργικότητας Global Assessment of Functioning Scale (GAF).
- 5) Μια κατάσταση κλινικών στοιχείων σε περίπτωση αποτυχημένης αποκατάστασης του ασθενούς (Έντυπο Β).

Ειδικότερα:

1) ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ- ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ – ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ

Καταγράφησαν στοιχεία όπως φύλο, ηλικία, επαγγελματική, κοινωνικοοικονομική κατάσταση, διάρκεια νόσου, προηγούμενες νοσηλείες , αριθμός ακούσιων / εκούσιων νοσηλειών, χρήση αλκοόλ/ ουσιών, διάγνωση, διάρκεια παρούσας νοσηλείας , τύπος επιθετικής/ βίαιης συμπεριφοράς, προηγούμενες επιθετικές συμπεριφορές , ιστορικό έτερο ή αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στην οικογένεια και η διαθεσιμότητα μέσω.

Η συγκεκριμένη κατάσταση η οποία συμπεριλαμβάνει και τα περισσότερα στοιχεία, συμπληρωνόταν κατά τη διάρκεια της παρούσας νοσηλείας (χρόνος T0) αποτέλεσε το Έντυπο Α , προκειμένου έτσι να διαχωριστεί από την κατάσταση των κλινικών στοιχείων που συμπληρωνόταν σε περίπτωση αποτυχημένης αποκατάστασης.

(Παράρτημα Ι)

2) ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣHISTORICAL CLINICAL RISK MANAGEMENT ASSESSMENT -20 (HCR-20)

Webster C.D., Douglas K.S., Eaves D., Hart S. D., (1997). Έκδοση 2^η

Πρόκειται για ψυχομετρικό εργαλείο το οποίο βοηθά τους επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας να εκτιμήσουν την πιθανότητα να εκδηλώσει ένα άτομο βίαιη συμπεριφορά. Η πρώτη της έκδοση²³¹ το 1995 προκάλεσε το έντονο ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας. Δύο χρόνια αργότερα προέκυψε η πρώτη αναθεώρηση η οποία αποτελεί και την πιο εύχρηστη μορφή της.

Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την συμπλήρωσή της συντελούν στον καθορισμό της καλύτερης δυνατής θεραπείας και των στρατηγικών που απαιτούνται για την πρόληψη της εκδήλωσης βίας σε ψυχικά ασθενείς συμπεριλαμβανομένων παραβατών , ψυχιατροδικαστικών ασθενών κα.

Παλαιότερες μετρήσεις ήταν περισσότερο υποκειμενικές, λιγότερο εστιασμένες, περιείχαν αμυδρές εκτιμήσεις των κλινικών ή συνέκριναν τα ατομικά χαρακτηριστικά του αξιολογούμενου με ποσοστά βίαιης συμπεριφοράς σε πληθυσμούς με παρόμοια χαρακτηριστικά. Η HCR-20 ενίσχυσε αυτές τις παλαιές μετρήσεις με την προσθήκη δυναμικών μεταβλητών όπως το άγχος και η απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος, παράγοντες που και οι δύο είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την μελλοντική προσαρμογή του ατόμου. Αυτή η αναφορά ενισχύει την ακρίβεια της και αυξάνει την ευχρηστία της.

Η HCR-20 όπως έχει διαπιστωθεί από στατιστικές αναλύσεις, προσφέρει αξιόπιστες προβλέψεις²³² και για ψυχιατρικούς ασθενείς που νοσηλεύονται^{233, 234, 235, 236, 237}.

Η κλίμακα αποτελείται από 20 λήμματα, που διακρίνονται σε 10 παράγοντες που αφορούν σε στοιχεία του παρελθόντος (Στοιχεία Ιστορικού), είναι στατικοί και δεν επιδέχονται αλλαγές στη διάρκεια των χρόνων, ενώ 5 λήμματα αναφέρονται ως κλινικοί παράγοντες (Κλινικά Στοιχεία) οι οποίοι αναφέρονται σε παρόντα, δυναμικά (ευμετάβλητα) στοιχεία της βίας. Τέλος το μέλλον απεικονίζεται στα 5 λήμματα με τον τίτλο Διαχείριση της Επικινδυνότητας, εστιάζουν σε καταστάσεις που μπορεί να είχαν εμφανιστεί και στο παρελθόν και οι οποίες μπορεί να αυξήσουν ή να μειώσουν τον κίνδυνο εμφάνισης βίας.

Η κωδικοποίηση των λημμάτων πραγματοποιείται με βάση μια υποκλίμακα τριών σημείων, ανάλογα με τη βεβαιότητα ή μη της παρουσίας των παραγόντων επικινδυνότητας. Το «0» σημαίνει πως, σύμφωνα με τις πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν κατά την αξιολόγηση, ο παράγοντας αυτός δεν υφίσταται ή δεν είναι υπαρκτός, το «1» υποδηλώνει πως ο παράγοντας επικινδυνότητα είναι πιθανός ή μερικώς παρών, ή ότι υπάρχουν κάποιες αν και μη καθοριστικές ενδείξεις για την παρουσία του. Το «2» υποδηλώνει ότι ο παράγοντας επικινδυνότητα είναι σίγουρα ή σαφώς παρών.

Σε περίπτωση που καμία πληροφορία δεν είναι διαθέσιμη σχετικά με ένα δεδομένο στοιχείο ή οι πληροφορίες είναι αναξιόπιστες, τότε το στοιχείο πρέπει να παραληφθεί.

Για ερευνητικούς λόγους, υπάρχει η δυνατότητα να χρησιμοποιηθεί η κλίμακα HCR-20 ως στατιστική κλίμακα και απλώς να αθροίζονται τα αποτελέσματα των λημμάτων, αποδίδοντας τα αποτελέσματα της υποκλίμακας **H** με διαβάθμιση από το 0 έως το 20 και των υποκλιμάκων **C** και **R** με διαβάθμιση από το 0 έως και το 10. Συνολικά τα αποτελέσματα κυμαίνονται από το 0 έως και το 40.

Τέλος θα πρέπει να προσδιορίζεται το πλαίσιο αξιολόγησης της επικινδυνότητας σημειώνοντας το σημείο « Μέσα» (εκδήλωση βίας κατά τη διαμονή σε ίδρυμα) και «Εξω» εκδήλωση βίας στην κοινότητα).

Στοιχεία Ιστορικού : Για τη συμπλήρωση των στοιχείων αυτών ο αξιολογητής πρέπει να ανατρέξει στο προηγούμενο ιστορικό του αξιολογούμενου, να συζητήσει με άλλα πρόσωπα που γνωρίζουν τον αξιολογούμενο και να συμπληρώσει την κλίμακα ψυχοπαθητικότητας του Hare (παρουσιάζεται στη συνέχεια). Τα στοιχεία του ιστορικού θεωρούνται η βάση του παρόντος εργαλείου. Αυτά περιλαμβάνουν :

- Προηγούμενη εκδήλωση βίαης συμπεριφοράς
- Νεαρή ηλικία εκδήλωσης του βίαιου επεισοδίου
- Ασταθείς διαπροσωπικές σχέσεις
- Εργασιακά προβλήματα
- Προβλήματα χρήσης ουσιών
- Μείζων ψυχική διαταραχή
- Ψυχοπαθητικότητα
- Πρώιμες δυσκολίες προσαρμογής
- Διαταραχή προσωπικότητας
- Προηγούμενη αποτυχημένη προσπάθεια επιτήρησης.

Κλινικά στοιχεία : Η συμπλήρωσή τους απαιτεί συνέντευξη μεταξύ αξιολογητή και

αξιολογούμενου. Ο επαγγελματίας Ψυχικής Υγείας μπορεί να χρησιμοποιήσει και την προσωπική του εκτίμηση. Τα κλινικά στοιχεία είναι :

- Έλλειψη εναισθησίας
- Αρνητική στάση
- Ενεργή συμπτωματολογία Μείζονος ψυχικής διαταραχής.
- Παρορμητικότητα
- Έλλειψη ανταπόκρισης στη θεραπευτική παρέμβαση.

Στοιχεία διαχείρισης επικινδυνότητας : Αυτά περιλαμβάνουν :

- Απουσία ρεαλιστικού προγραμματισμού
- Εκθεση σε παράγοντες αποσταθεροποίησης
- Απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος
- Μη συμμόρφωση σε θεραπευτικές παρεμβάσεις
- Άγχος.

Η HCR-20 δεν οδηγεί σε απόλυτη πρόβλεψη επικινδυνότητας. Οι προβλέψεις κατά HCR-20 εκτιμούν την πιθανή επικινδυνότητα και πρέπει να σημειώνεται με βάση την κατηγοριοποίηση χαμηλή, μέση, υψηλή πιθανότητα εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς. Για την κατηγοριοποίηση αυτή ο αξιολογητής θα πρέπει να λάβει υπόψη του τις συνθήκες , να είναι εστιασμένος στο χρόνο και να έχει συμπεριλάβει τους πιθανούς παράγοντες που θα αντιμετωπίσει το άτομο. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν περιστάσεις και καταστάσεις ζωής όπου μπορεί να ωθήσουν εύκολα το άτομο να εκδηλώσει βία ή να το βοηθήσουν να μονωθεί ώστε να τις αντιμετωπίσει.

Αναφορά σε τέτοιους παράγοντες προσφέρει τα μέγιστα στην εκτίμηση της μορφής και του βαθμού επικινδυνότητας που μπορεί να εκδηλώσει το άτομο και στην επιλογή των στρατηγικών παρέμβασης με τις οποίες επιχειρείται η μείωση της πιθανότητας εκδήλωσης επικίνδυνης συμπεριφοράς. Αυτές οι στρατηγικές όταν λαμβάνονται συνολικά θεωρούνται ως σχέδιο διαχείρισης της επικινδυνότητας.

Για τη συμπλήρωση της κλίμακας HCR-20 απαιτείται εκπαιδευμένο άτομο στη χορήγηση ψυχομετρικών εργαλείων και τη μελέτη θεμάτων σχετικών με τη βία. Η συμπλήρωσή της δεν πρέπει να γίνεται μόνο μια φορά. Από τη φύση της η εκτίμηση βίαιης συμπεριφοράς απαιτεί επαναξιολόγηση κάθε φορά που αλλάζουν οι συνθήκες ζωής του ατόμου. Το φύλλο συμπλήρωσης της HCR- 20 παρουσιάζεται στο *Παράρτημα I*.

3) ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ
PSYCHOPATHY CHECKLIST : SCREENING VERSION (PCL:SV)

Hart S.D., Cox D. & Hare R.D. (1995)

Αρκετοί ερευνητές την δεκαετία του '90 κατέδειξαν την ψυχοπαθητικότητα ως έναν από τους πιο ισχυρούς παράγοντες επικινδυνότητας για την εκδήλωση μελλοντικής βίαιης συμπεριφοράς σε ποικιλία πληθυσμών.^{238,239,240,241,242,243,244}

Οι Harris et al²⁴⁵ διαπίστωσαν πως τα 20 λήμματα της κλίμακας PCL:R αποτελούσαν τον καλύτερο προγνωστικό παράγοντα της εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς στις ομάδες σχιζοφρενών και ατόμων με διαταραχή προσωπικότητας.

Η κλίμακα ψυχοπαθητικότητας στην αρχική της μορφή PCL:R αποτελεί το μόνο σχετικό εργαλείο που έχει αναπτυχθεί μέχρι τώρα στον τομέα που αναφέρεται σε καθιερωμένα ψυχομετρικά δεδομένα ψυχοπαθητικότητας . Αποτελείται από 2 κύριους παράγοντες. Ο παράγοντας 1 επικεντρώνεται στα συναισθηματικά – διαπροσωπικά γνωρίσματα , ενώ ο παράγοντας 2 αναφέρεται στα συμπεριφοριστικά γνωρίσματα. Περιλαμβάνει 20 λήμματα και η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 40.

Καθοριστικά χαρακτηριστικά της ψυχοπαθητικότητας , όπως η παρορμητικότητα, η εγκληματική μεταβλητότητα, η απάθεια και η έλλειψη συμπόνιας ή μεταμέλειας συνδέουν εννοιολογικά τη βία με την ψυχοπαθητικότητα.²⁴⁶

Η παράλληλη χορήγησή της με την HCR-20 κατέδειξε πως ορισμένα λήμματα της ήταν λίγο πολύ περιττά σε σχέση με τα άλλα λήμματα της υποκλίμακας H της HCR-20. Επιπρόσθετα, η κλίμακα PCL:R δεν διαθέτει στοιχεία που να αφορούν στο γενικό ψυχιατρικό πληθυσμό.

Θέματα που αφορούν στη στάθμιση , εσωτερική εγκυρότητα , παραγοντική ανάλυση, αποτέλεσαν αντικείμενο παλαιότερων ερευνών και αναφέρονται διεξοδικά στο εγχειρίδιο της κλίμακας.²⁴⁷

Η κλίμακα PCL:SV (1995) αποτελεί έκδοση διαλογής της PCL:R. Πρόκειται για ένα συνοπτικό, περιεκτικό και εύχρηστο εργαλείο εκτίμησης της ψυχοπαθητικότητας, και διαθέτει στοιχεία που αφορούν το γενικό ψυχιατρικό πληθυσμό – βασικός λόγος που τον προτείνουν οι κατασκευαστές , όταν πρόκειται για μελέτες σε γενικά ψυχιατρικά πλαίσια.-

Η PCL:SV βαθμολογείται με γνώμονα τη γενικότερη λειτουργικότητα του ατόμου καθόλη τη διάρκεια της ζωής του. Τα λήμματα δεν πρέπει να συμπληρώνονται με βάση την παρούσα κατάσταση καθώς αυτή είναι πιθανόν να επηρεάζει άτυπα την λειτουργικότητα του ατόμου εξαιτίας κάποιων ειδικών συνθηκών όπως π.χ. η εκδήλωση συμπτωμάτων ενεργής ψυχοπαθολογίας κλπ.

Σε περιπτώσεις που στη συμπεριφορά του ατόμου υπάρχει διαφοροποίηση, όπως παρατηρείται στις διπολικές διαταραχές, τότε οι αξιολογητές θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους για τη συμπλήρωση της κλίμακας, κατά προσέγγιση τη μέση λειτουργικότητα, που είχε το άτομο στη διάρκεια της ζωής του.

Πρέπει να σημειωθεί πως ακριβώς επειδή η ψυχοπαθητικότητα αποτελεί μια διαταραχή προσωπικότητας που εξ ορισμού είναι χρόνια, θα πρέπει να παραμένει σχετικά σταθερή στη διάρκεια της ζωής.

Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει η PCL:SV να χρησιμοποιείται για να εκτιμήσει την ψυχοπαθητικότητα της παρούσας κατάστασης (π.χ. σοβαρότητα την προηγούμενη εβδομάδα, προηγούμενο μήνα, χρόνο) ή για να προσδιορίσει αλλαγές στην ψυχοπαθητική συμπτωματολογία κατά χρονικά διαστήματα συντομότερα του χρόνου.

Η κλίμακα PCL:SV αποτελείται και αυτή από 2 βασικές ομάδες, έξι λημμάτων η κάθε μια. Η πρώτη περιλαμβάνει στοιχεία που αφορούν στην συναισθηματική ένδεια (επιφανειακές/ ρηχές σχέσεις, ιδέα μεγαλείου, προσπάθεια για εξαπάτηση, απουσία συμπόνιας, απουσία ενσυναίσθησης, δεν αποδέχεται ευθύνη για τις πράξεις του). Η δεύτερη αφορά σε συμπεριφορικά θέματα (παρορμητικότητα, φτωχός έλεγχος συμπεριφοράς, απουσία σκοπών, ανευθυνότητα, αντικοινωνική συμπεριφορά ως έφηβος και ως ενήλικας).

Κάθε λήμμα της βαθμολογείται με βάση μια υποκλίμακα 3 σημείων, σε σχέση πάντα με το πόσο η προσωπικότητα και η συμπεριφορά του ατόμου ταιριάζει με την περιγραφή του λήμματος. Η βαθμολόγηση είναι υποκειμενική και προϋποθέτει κρίση και αποδείξεις. Ειδικότερα τα 3 σημεία της βαθμολογίας αναλύονται ως εξής:

0= όταν ότι περιγράφεται στο λήμμα δεν ταιριάζει στον αξιολογούμενο ή όταν ο αξιολογούμενος δεν παρουσιάζει αυτό το χαρακτηριστικό ή παρουσιάζει εντελώς αντίθετα χαρακτηριστικά από αυτά του λήμματος.

1= όταν η κατάσταση που περιγράφεται υπάρχει σε κάποιο βαθμό, όχι όμως με σαφήνεια ώστε να τεθεί η βαθμολογία 2 ή υπάρχουν αμφιβολίες ή όταν προκύπτει διάσταση μεταξύ των στοιχείων που συγκεντρώθηκαν από τη συνέντευξη και αυτών του ατομικού φακέλου.

2= η κατάσταση που περιγράφεται ταιριάζει απόλυτα στο προφίλ του

αξιολογούμενου ή όταν η συμπεριφορά του ατόμου αποδίδεται πλήρως στην περιγραφή του λήμματος.

Οι αξιολογητές οφείλουν να λαμβάνουν υπόψη τους την ένταση, τη συχνότητα και τη διάρκεια των συμπτωμάτων που παρουσιάζει ένα άτομο κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης της κλίμακας.

Κάθε λήμμα αντανακλά περισσότερο κάποιο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, παρά ένα σύμπτωμα το οποίο μπορεί να είναι παρόν για σύντομο χρονικό διάστημα ή σπάνια.

Παράλειψη λημμάτων επιτρέπεται μόνο όταν είναι απολύτως απαραίτητο (π.χ. όταν ο αξιολογητής δεν έχει επαρκή στοιχεία) . Μόνο ένα λήμμα από το πρώτο μέρος ή το δεύτερο μπορεί να παραληφθεί χωρίς να επηρεαστεί η απαντητικότητα.

Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 24 . Για τα μέρη 1 και 2 από το 0 έως το 12. Η τελική βαθμολογία που προκύπτει συγκρίνεται ως προς την αντιπροσωπευτικότητα του αξιολογούμενου σε σχέση με την πληθυσμιακή ομάδα από όπου προέρχεται.

Το συνολικό αποτέλεσμα της PCL:SV συμπληρώνεται στο λήμμα H7 της κλίμακας HCR-20. Συνολική βαθμολογία >13 βαθμολογείται με το 0, από 13- 17 με το 1 και από 18- 24 με το 2. (*Παράρτημα Ι*).

4) ΚΛΙΜΑΚΑ ΣΦΑΙΡΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ

GLOBAL ASSESSMENT OF FUNCTIONING SCALE (GAF).

Για την εκτίμηση της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα GAF (APA, 1994).

Η κλίμακα χρησιμεύει στην παρακολούθηση της κλινικής προόδου ατόμων με σφαιρικό τρόπο. Για την συμπλήρωσή της θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη μόνο η ψυχολογική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα . Οι οδηγίες προσδιορίζουν « μην περιλαμβάνετε έκπτωση στη λειτουργικότητα που οφείλεται σε φυσικούς ή περιβαλλοντικούς περιορισμούς».

Η κλίμακα GAF (ΣΕΛ) διαίρειται σε 10 περιοχές λειτουργικότητας. Η βαθμολογία στην GAF περιλαμβάνει την επιλογή μιας μόνο τιμής που αντιπροσωπεύει κατά τον καλύτερο τρόπο το επίπεδο της γενικής λειτουργικότητας. Η περιγραφή της κάθε μιας δεκαβάθμιας περιοχής της κλίμακας GAF αποτελείται από δύο συστατικά μέρη : το πρώτο μέρος

καλύπτει τη βαρύτητα των συμπτωμάτων και το δεύτερο μέρος καλύπτει τη λειτουργικότητα. Η βαθμολογία στην GAF βρίσκεται μέσα στο συγκεκριμένο δέκατο είτε η βαρύτητα των συμπτωμάτων είτε το επίπεδο της λειτουργικότητας βρίσκονται στην αντίστοιχη περιοχή.

Σε περίπτωση που η βαρύτητα των συμπτωμάτων και το επίπεδο λειτουργικότητας δεν συμφωνούν, η τελική βαθμολογία της GAF αντιπροσωπεύει πάντα το χειρότερο από τα δύο.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι υπολογισμοί της κλίμακας GAF θα πρέπει να αφορούν την τρέχουσα περίοδο (δηλαδή το επίπεδο λειτουργικότητας κατά το χρόνο της αξιολόγησης), επειδή ο υπολογισμός της τρέχουσας λειτουργικότητας αντανακλά, γενικά, την ανάγκη για θεραπεία ή περίθαλψη. Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να είναι χρήσιμο να σημειώνεται η βαθμολογία στην κλίμακα GAF τόσο στην χρονική στιγμή της εισαγωγής, όσο και με την ευκαιρία του εξιτηρίου.²⁴⁸ (*Παράρτημα Ι*).

6) ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΑΠΟΤΥΧΗΜΕΝΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
(ΕΝΤΥΠΟ Β)

Περιλαμβάνει στοιχεία που αφορούν σε περιπτώσεις αποτυχημένης αποκατάστασης του ασθενούς κατά την περίοδο της μεταπαρακολούθησής του, όπως αριθμός νοσηλειών, είδος βίαιης/ επιθετικής συμπεριφοράς που εκδηλώθηκε, διάρκεια νοσηλείας.

7.5. ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Ηθικά ζητήματα σχετικά με την εκτίμηση της βίαιης συμπεριφοράς τέθηκαν υπόψη, καθώς θεωρήθηκε πιθανός ο στιγματισμός των ατόμων κυρίως λόγω λανθασμένων θετικών προβλέψεων. Η έρευνα συμπεριέλαβε ασθενείς και έμμεσους πληροφοριοδότες. Συνεπώς ηθικά θέματα έπρεπε να ληφθούν υπόψη. Οι συμμετέχοντες έπρεπε να είναι πλήρως ενημερωμένοι σχετικά με το σκοπό και τη διαδικασία της έρευνας. Επίσης έπρεπε να διασφαλιστεί η ανωνυμία τους και το απόρρητο των στοιχείων που έδωσαν. Οι υπεύθυνοι των δομών απ' όπου προέκυψε το δείγμα των ασθενών έπρεπε να έχουν πλήρως ενημερωθεί και φυσικά να έχει ζητηθεί η άδεια και η έγκρισή τους για τη χορήγηση των κλιμάκων. Τέλος σύμφωνα με όλους τους κανόνες της ερευνητικής δεοντολογίας οι

ασθενείς θα έπρεπε να έχουν συναινέσει εγγράφως για την συμμετοχή τους στην έρευνα για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. (Παράρτημα I).

7.6. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι $0,05/k$ (k = αριθμός των συγκρίσεων). Για τη σύγκριση των βαθμολογιών μεταξύ των μετρήσεων χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Wilcoxon-signed rank test. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Cronbach's α . Για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με την νοσηλεία εκ νέου, την ύπαρξη απόπειρας κατά την αρχική εκτίμηση και την ύπαρξη επιθετικής συμπεριφοράς στο παρόν έγινε ανάλυση λογαριθμικής παλινδρόμησης (logistic regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) και προέκυψαν σχετικοί λόγοι (Odds ratio) με τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης τους (95% ΔΕ). Για την εκτίμηση της προγνωστικής αξίας των κλιμάκων PCL: SV και HCR-20 χρησιμοποιήθηκε καμπύλη ROC από τις οποία υπολογίστηκε η επιφάνεια (AUC) με το 95% διαστήματα εμπιστοσύνης της (95%CI). Επίσης, μέσω της ανάλυσης ROC βρέθηκε για το TGF το βέλτιστο σημείο (optimal cut-off) για την πρόγνωση της νοσηλείας εκ νέου, της ύπαρξης απόπειρας κατά την αρχική εκτίμηση και της ύπαρξης επιθετικής συμπεριφοράς στο παρόν. Για αυτό το σημείο υπολογίστηκε η ευαισθησία (Se) και η ειδικότητα (Sp). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17.0.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ :8 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

8.1. ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΠΑΝΤΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Κατά το χρονικό διάστημα έναρξης του πρώτου ερευνητικού χρόνου T0 (Απρίλιος 2007) της παρούσης εργασίας έως τη λήξη του (Μάρτιος 2008), 354 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε κάποιο ψυχιατρικό τμήμα γενικού ή ειδικού νοσοκομείου πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης σε αυτή.

Ωστόσο, 295 ασθενείς (83,3%) ανταποκρίθηκαν θετικά δίνοντας συνεναιτική απάντηση. Για τους υπόλοιπους 59 (16,6) δεν συμπληρώθηκε κάποια κλίμακα. Εντούτοις, για αυτούς τους 59 ασθενείς (31 άνδρες και 28 γυναίκες) δεν βρέθηκε κάποια διαφορά στα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, επαγγελματική κατάσταση). Στην πλειοψηφία τους είχαν διάγνωση σχιζοφρενικής διαταραχής και νοσούσαν για περισσότερο από 3 χρόνια, ενώ όλοι τους είχαν εκδηλώσει κάποια μορφής επιθετική συμπεριφορά (κυρίως ετεροκατευθυνόμενη). Μόνο 3 εξ αυτών είχαν προβεί σε βίαιες πράξεις ιδιαίτερα απειλητικές για τη ζωή τους (αυτοκατευθυνόμενη επιθετικότητα) – 2 γυναίκες φαρμακευτική απόπειρα και 1 άνδρας είχε κόψει τις φλέβες του-.

8.2. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

8.2.1. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΠΡΩΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΜΕΤΡΗΣΗΣ (T0)

Το τελικό δείγμα αποτέλεσαν 295 ασθενείς. Οι συμμετέχοντες της μελέτης περιλαμβάνουν 159 άνδρες (53,9%) και 136 γυναίκες (46,1%).(Πίνακας 5).

Από αυτούς, 208 (70,5%) μετά τη νοσηλεία τους πήραν εξιτήριο από ψυχιατρικό τμήμα ειδικού νοσοκομείου και 87 (29,5%) από ψυχιατρικό τμήμα γενικού νοσοκομείου.

Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 41,4 έτη με το 23,4% να είναι μεταξύ 26-33 ετών. Στην πλειοψηφία τους ήταν άγαμοι (68,5%) , 19,7% έγγαμοι, 8,8% διαζευγμένοι και 3,1 % σε χηρεία. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες έμεναν σε αστική περιοχή με το ποσοστό να φτάνει το 71,5%.

Το 43,7% του δείγματος είχε εισοδήματα κάτω των 1000 ευρώ και ένα μικρό ποσοστό 14,6% διέθετε εισοδήματα άνω των 2000 ευρώ.

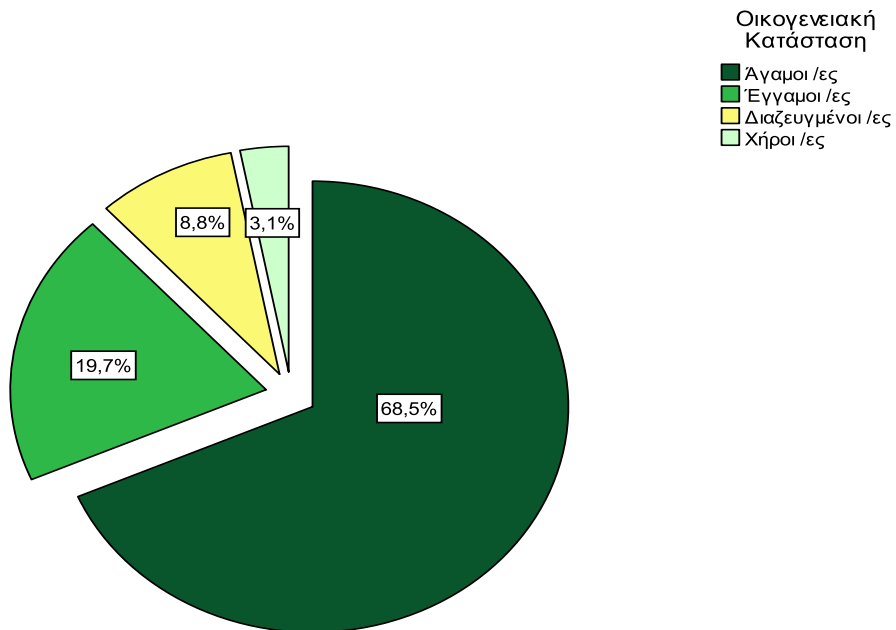
Σχεδόν οι μισοί (51,5%) είχαν μέχρι 12 χρόνια εκπαίδευση, ενώ 79 άτομα (26,8%) είχαν κάνει ανώτατες σπουδές.

Πίνακας 5. Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων -ΧΡΟΝΟΣ Τ0-			
		N	%
<u>Φύλο:</u>	Ανδρες :	159	53,9
	Γυναίκες:	136	46,1
<u>Οικογενειακή Κατάσταση:</u>	<i>Αγαμοι:</i>	202	68,5
	<i>Εγγαμοι:</i>	58	19,7
	<i>Διαζευγμένοι :</i>	26	8,8
	<i>Χήρος/α:</i>	9	3,1
<u>Τόπος Κατοικίας:</u>	<i>Αστικός:</i>	211	71,5
	<i>Ημιαστικός:</i>	44	14,9
	<i>Αγροτικός:</i>	40	13,6
<u>Εκπαίδευση:</u>	Εως 6 χρόνια:	64	21,7
	6 έως 12 χρόνια:	152	51,5
	Ανω των 12 χρόνων:	79	26,8
<u>Επαγγελματική Κατάσταση</u>	<i>Αυτοαπασχολούμενοι:</i>	32	10,9
	<i>Στέλεχος επιχείρησης:</i>	6	2,0
	<i>Δημόσιος Υπάλληλος:</i>	22	7,5
	<i>Ιδιωτικός Υπάλληλος:</i>	31	10,5
	<i>Ανεργος:</i>	83	28,1
	<i>Αεργος:</i>	36	12,2
	<i>Ανίκανος για εργασία:</i>	5	1,7
	<i>Μαθητής /Φοιτητής:</i>	10	3,4
	<i>Οικιακά:</i>	19	6,4
	<i>Συνταξιούχος:</i>	51	17,2
<u>Ηλικία:</u>	18-25 έτη:	35	11,9
	26-33 έτη:	69	23,4
	34-41 έτη:	46	15,6
	42-49 έτη:	57	19,3
	50-58 έτη:	47	15,9
	>59 έτη:	41	13,9

<u>Κοινωνικοοικονομική Κατάσταση:</u>	Ανώτερη > 2000 ευρώ:	43	14,6
	Μέση 1000-2000 ευρώ:	123	41,7
	Κατώτερη <1000 ευρώ:	129	43,7

Στο ακόλουθο γράφημα δίνεται η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων.

(Γράφημα 1)



Αν και οι συμμετέχοντες ήταν νέα άτομα, νοσούσαν για μεγάλο χρονικό διάστημα, 83 άτομα (28, 1%) βρέθηκαν να νοσούν περίπου για 20 χρόνια και 103 άτομα (34,9%) έως 10 χρόνια .

Σε 136 άτομα (46,1%) από τους συμμετέχοντες του δείγματος είχε τεθεί η διάγνωση της σχιζοφρένειας/ ψυχωτικής διαταραχής, (στο 19,7% από αυτούς η διάγνωση ήταν αυτή της παραληρητικής διαταραχής . Τα 33 άτομα (11,2%) πληρούσαν τα κριτήρια κατά DSM-IV για διαταραχή προσωπικότητας, ενώ 27 (9,1%) παρουσίαζαν συννοσηρότητα κυρίως σχιζοφρένειας με διαταραχή προσωπικότητας.

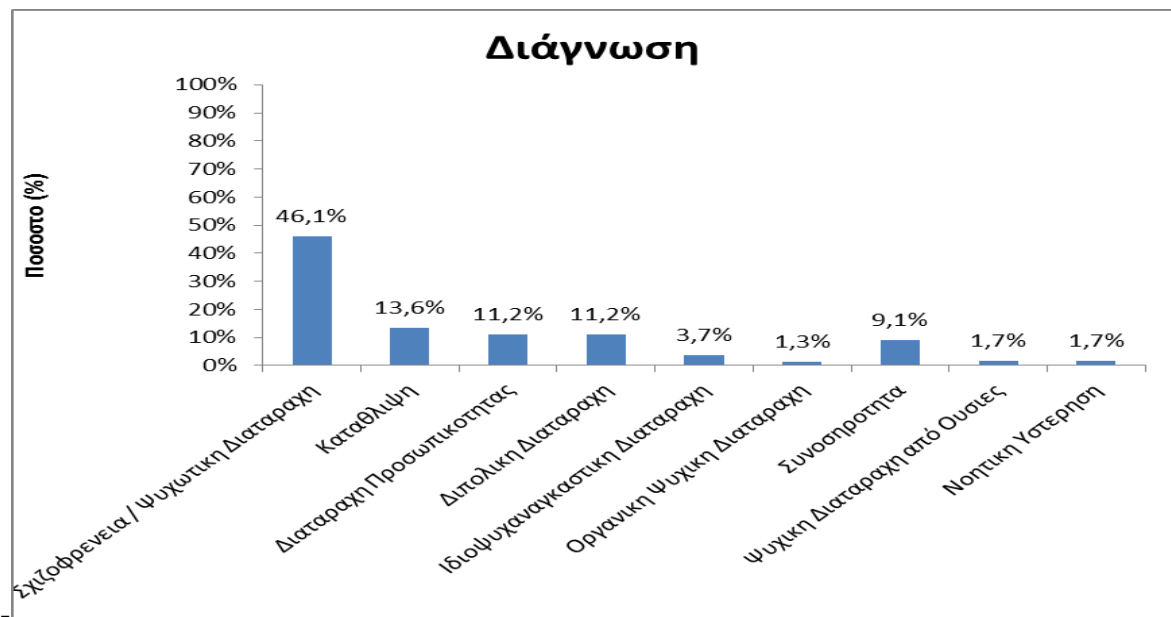
Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται στοιχεία αναφορικά με τη νόσο των ασθενών.

Πίνακας 6. Διάγνωση, Τύπος Ψυχωσικής Διαταραχής, Διάρκεια Νόσου

Διάγνωση	N	%	
Σχιζοφρένεια / Ψυχωτική Διαταραχή	136	46,1	
Ψυχική Διαταραχή από Ουσίες	5	1,7	
Οργανική Ψυχική Διαταραχή	4	1,3	
Διπολική Διαταραχή	33	11,2	
Κατάθλιψη	40	13,6	
Διαταραχή Προσωπικότητας	33	11,2	
Νοητική Υστέρηση	5	1,7	
Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή	11	3,7	
Συννοσηρότητα	27	9,1	
	Σχιζοφρένεια & Διαταραχή προσωπικότητας	9	3,0
	Σχιζοφρένεια με καταθλιπτικά στοιχεία:	1	0,3
	Σχιζοφρένεια & οργανική ψυχική διαταραχή:	2	0,6
	Σχιζοφρένεια & Νοητική Υστέρηση:	5	1,7
	Διπολική Διαταρ. & Διαταρ. Προσωπικότητας:	2	0,6
	Κατάθλιψη & Διαταραχή Προσωπικότητας:	4	1,4
	Κατάθλιψη & Εξάρτηση από αλκοόλ:	4	1,4

Τύπος Σχιζοφρενικής / Ψυχωτικής Διαταραχής	Αδιαφοροποίητος	10	3,4
	Παρανοϊκός	51	17,3
	Υπολειμματικός	17	5,8
	Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή	13	4,4
	Παραληρητική Διαταραχή	58	19,7
	Επινερόμενη Ψυχωτική Διαταραχή	2	0,7
	Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή	4	1,4
Διάρκεια Νόσου (έτη)	<1	17	5,8
	1-3	49	16,6
	4-9	103	34,9
	10-19	83	28,1
	20-29	34	11,5
	30-39	5	1,7
	>40	4	1,4

Στο ακόλουθο γράφημα αποτυπώνεται η διάγνωση των συμμετεχόντων. (Γράφημα 2).

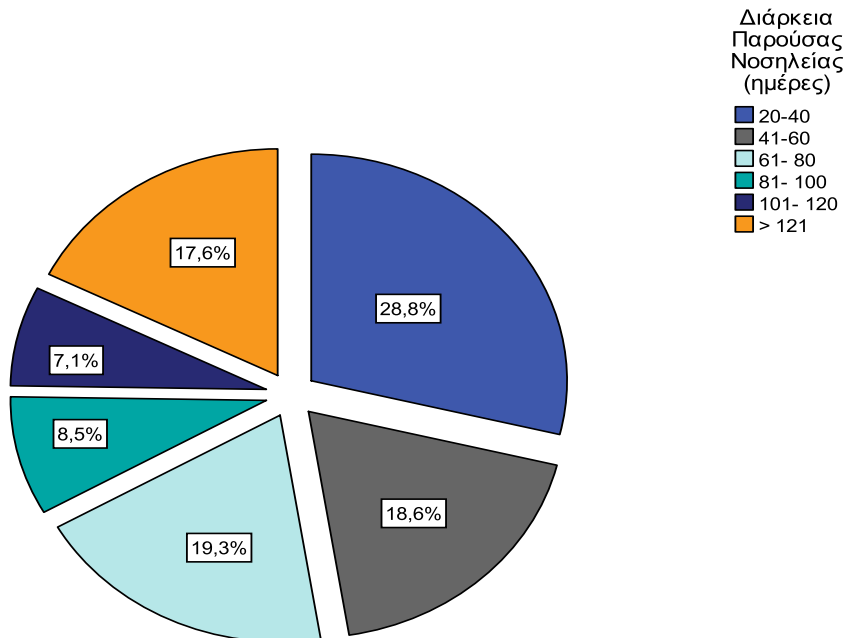


Τα 259 άτομα (88,1%) είχαν κάποια προηγούμενη νοσηλεία, εκ των οποίων 159 (53,9%) είχαν βιώσει την εμπειρία της αναγκαστικής νοσηλείας μετά από εισαγγελική παραγγελία τουλάχιστον μία φορά. Κατά τον χρόνο T0, 93 ασθενείς (31,5%) πραγματοποιούσαν νοσηλεία κατόπιν εισαγγελικής παρέμβασης. Επίσης, το 20,7% των συμμετεχόντων κάνουν κατάχρηση ουσιών και το 22,4% κατάχρηση αλκοόλ. Τέλος, το 28,8% των συμμετεχόντων νοσηλεύτηκαν για 20-40 ημέρες. Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται περισσότερα στοιχεία που αφορούν στις νοσηλείες των συμμετεχόντων. (Πίνακας 7).

Πίνακας 7. Στοιχεία Νοσηλειών

		N	%
Αριθμός Προηγούμενων Νοσηλειών	0	35	11,9
	1-3	151	51,4
	4-6	78	26,5
	7-9	19	6,5
	>10	11	3,7
	Αριθμός Ακούσιων Νοσηλειών	0	136
	1-2	125	42,4
	3-4	24	8,1
	>5	10	3,4
Κατάχρηση Ουσιών	Ναι	61	20,7
	Όχι	234	79,3
Κατάχρηση Αλκοόλ	Ναι	66	22,4
	Όχι	229	77,6
Διάρκεια Παρούσας Νοσηλείας (ημέρες)	20-40	85	28,8
	41-60	55	18,6
	61- 80	57	19,3
	81- 100	25	8,5
	101- 120	21	7,1
	> 121	52	17,6

Στο ακόλουθο γράφημα δίνεται η διάρκεια νοσηλείας των συμμετεχόντων.(Γράφημα 3).



Για 35 ασθενείς του δείγματος (11,8%), η νοσηλεία τους μεταξύ του χρονικού διαστήματος Απρίλιος 2007 έως Μάρτιος 2008 αποτέλεσε την πρώτη νοσηλεία στη ζωή τους. Οι 16 από αυτούς (10 γυναίκες και 6 άνδρες) νοσηλεύτηκαν παρά τη θέλησή τους. (Πίνακας 8.) 10 ασθενείς από τους 35 είχαν κάποια νοσηλεία κατά τη διάρκεια της μεταπαρακολούθησης όπου για 4 εξ αυτών είχε κινηθεί διαδικασία εισαγγελικής παραγγελίας.

Πίνακας 8. Στοιχεία ασθενών με πρώτη νοσηλεία τον χρόνο T0

Φύλο :	Ανδρες:	13	10%
	Γυναίκες:	22	17%
M.O. Ηλικίας:		37,1	
M.O Ηλικίας Ανδρών:		38,3	
M.O. Ηλικίας Γυναικών:		36,0	
<u>Ηλικιακή Κατάταξη:</u>			
	1. 18-25:	5	
	2. 26-33:	10	
	3. 34-41:	8	
	4. 42-49:	7	
	5. >50:	5	
Πρώτες Νοσηλείες (Χρόνος T0):		35	
Ακούσιες Πρώτες Νοσηλείες (Χρόνος T0):		16	

Όλοι οι συμμετέχοντες είχαν εκδηλώσει επιθετική – βίαιη συμπεριφορά τουλάχιστον μια φορά στο παρελθόν. Ειδικότερα, για 102 ασθενείς (34,6%) υπήρχε αναφορά στο ιστορικό τους επιθετικής συμπεριφοράς 1-3 φορές και σε ένα ποσοστό 34,2 % η αναφορά περιέλαμβανε επιθετική συμπεριφορά 4-6 φορές. Ως η συχνότερη και συνηθέστερη, μορφή επιθετικής συμπεριφοράς καταγράφηκε η εκδήλωση βίας προς άλλα άτομα π.χ. απειλητικές χειρονομίες, γροθιές, χτυπήματα, κλωτσιές κ.α.σε ποσοστό 66,8%. Επονται σε ποσοστό 60,7% η λεκτική επιθετικότητα (απειλές, βρισιές, φωνές κ.α.), επιθετικότητα προς αντικείμενα σε ποσοστό 50,2% και τέλος η αυτοκατευθυνόμενη επιθετικότητα (πράξεις με πρόκληση σοβαρής βλάβης) σε ποσοστό 31,2 %.

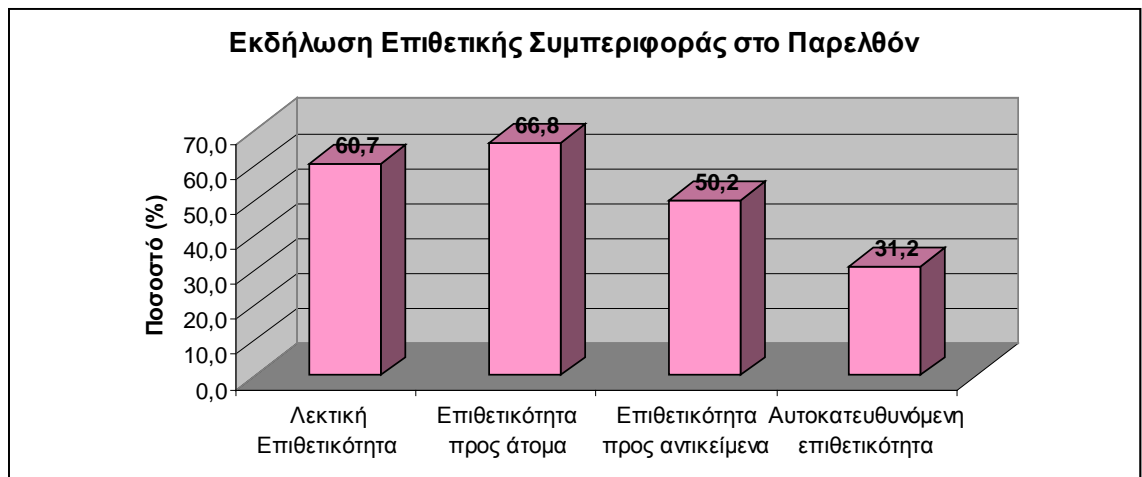
Επιπλέον, το 20,0% των συμμετεχόντων είχαν ιστορικό αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς άλλου μέλους στην οικογένεια και το 37,3% των συμμετεχόντων είχαν ιστορικό ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς στην οικογένεια.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν στην παρελθούσα επιθετική συμπεριφορά των συμμετεχόντων.(Πίνακας 9).

Πίνακας 9. Παρελθούσα Επιθετική Συμπεριφορά

Εκδήλωση Επιθετικής Συμπεριφοράς στο Παρελθόν		N	%
Λεκτική Επιθετικότητα		179	60,7
Επιθετικότητα προς άτομα		197	66,8
Επιθετικότητα προς αντικείμενα		148	50,2
Αυτοκατευθυνόμενη επιθετικότητα		92	31,2
Αριθμός επιθετικών πράξεων (στο παρελθόν)	0	0	0,0
	1-3	102	34,6
	4-6	101	34,2
	>7	92	31,2
Ιστορικό Αυτοκαταστροφικής Συμπεριφοράς στην οικογένεια	Ναι	59	20,0
	Όχι	236	80,0
Ιστορικό Ετεροκαταστροφικής Συμπεριφοράς στην οικογένεια	Ναι	110	37,3
	Όχι	185	62,7

Η εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς των συμμετεχόντων στο παρελθόν αποτυπώνεται επίσης και στο ακόλουθο γράφημα. (Γράφημα 4).



Ενας σημαντικός αριθμός των συμμετεχόντων, 185 άτομα (62,7%) εκδήλωσαν επιθετική – βίαιη συμπεριφορά ενώ νοσηλεύονταν κατά τον πρώτο χρόνο μέτρησης (T0) της παρούσης ερευνητικής εργασίας. 147 άτομα (49,8%) εκδήλωσαν επιθετική συμπεριφορά σε ένα συγκεκριμένο χώρο από αυτούς που περιγράφονται στην μελέτη, ενώ οι 38 (12,9%) υπήρξαν επιθετικοί σε περισσότερους από έναν χώρους. Συγκεκριμένα, το 41,0% των συμμετεχόντων εκδήλωσαν επιθετική συμπεριφορά στο τμήμα όπου νοσηλεύονταν. Το 38,3% των συμμετεχόντων είχαν 1-3 επιθετικές πράξεις κατά τη διάρκεια της παρούσας νοσηλείας. Τέλος, το 16,6% των συμμετεχόντων είχε πρόσβαση σε κάποιο επικίνδυνο μέσο (όπλο, μαχαίρι κ.α.).

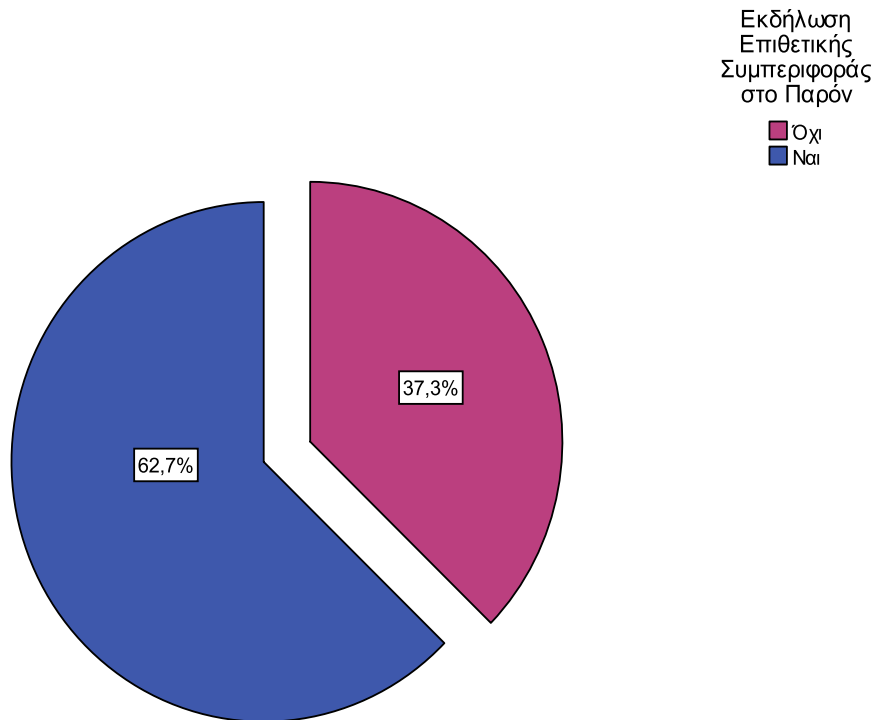
Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα στοιχεία που αφορούν στην παρούσα συμπεριφορά - κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στο χρόνο T0- των συμμετεχόντων.(Πίνακας 10).

Πίνακας 10. Εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς κατά τη παρούσα νοσηλεία (T0)

		N	%
Εκδήλωση Επιθετικής Συμπεριφοράς κατά τη νοσηλεία στον χρόνο T0	Όχι	110	37,3
	Ναι	185	62,7
Εκδήλωση Επιθετικής Συμπεριφοράς κατά τη νοσηλεία στον χρόνο T0 *			
Οικία		70	23,79
Τμήμα Νοσοκομείου		121	41,0
Κοινότητα		17	5,8
Εργασιακό χώρο		21	7,1
Άλλο		8	2,7
Πουθενά		110	37,3
Αριθμός επιθετικών πράξεων κατά τη νοσηλεία στον χρόνο T0	0	120	40,7
	1-3	113	38,3
	4-6	43	14,6
	>7	19	6,4
Διαθεσιμότητα μέσων	Ναι	49	16,6
	Όχι	246	83,4

*Περιλαμβάνει και τις συνδυαστικές ως προς τους χώρους, μορφές επιθετικότητας που εκδηλώθηκαν στην παρούσα νοσηλεία (χρόνος T0) .

Στο γράφημα 5 δίδεται το ποσοστό των συμμετεχόντων που εξέδηλωσαν επιθετική συμπεριφορά στην νοσηλεία (χρόνος T0) .



Το 26,4% των συμμετεχόντων είχε ήδη επιχειρήσει κάποια απόπειρα αυτοκτονίας κατά την αρχική εκτίμηση στην νοσηλεία τον χρόνο T0. Από αυτούς τους 78 ασθενείς (26,4%) που είχαν εκδηλώσει κάποιας μορφής επικίνδυνη συμπεριφορά απειλητική για τη ζωή τους, 16 άτομα (5,4%) επιχειρήσαν κάποια απόπειρα και κατά το χρονικό διάστημα της μεταπαρακολούθησης .

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται στοιχεία για τις απόπειρες των συμμετεχόντων κατά την αρχική εκτίμηση (Πίνακας 11).

Πίνακας 11. Αυτοκατευθυνόμενη Συμπεριφορά (Χρόνος T0)

		N	%
Εκδήλωση απόπειρας αυτοκτονίας πριν τη νοσηλεία στον χρόνο T0	Όχι	217	73,6
	Ναι	78	26,4
Απόπειρες	Φαρμακευτική απόπειρα:	25	8,5
	αυτοπυρπόληση	1	0,3
	Κόψιμο καρπών	11	3,7
	Λήψη φαρμάκων και αλκοόλ	5	1,7
	Πτώση από ύψος, στο μετρό κ.α.	15	5,0
	Λήψη χημικών	4	1,4
	Πτώση σε άλλο αυτοκίνητο	5	1,7
	Απόπειρα απαγχονισμού	2	0,7
	Κόψιμο καρωτίδας	2	0,7
	Ατύχημα με αυτοκίνητο/ μηχανάκι	3	1,0
	Εμπρησμό σπιτιού	1	0,3
	Πρόκληση ηλεκτροπληξίας	1	0,3
	Απόπειρα φόνου	1	0,3
	Διάπραξη φόνου	1	0,3
	Επιτυχής Απόπειρα (το 2008)	1	0,3

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι τιμές των κλιμάκων HCR-20, PCL:SV και GAF που χρησιμοποιήθηκαν κατά νοσηλεία Απρίλιος 2007- Μάρτιος 2008 (χρόνος T0). (Πίνακας 12).

Πίνακας 12. Μέση τιμή κλιμάκων HCR-20, PCL:SV και GAF στον χρόνο T0

		N	%
Διάγνωση κινδύνου (HCR-20)	Χαμηλή (0-13)	0	0,0
	Μέτρια (14-27)	112	38,0
	Υψηλή (28-40)	183	62,0
PCL: SV	Χαμηλή (0-12)	147	49,8
	Μέτρια (13-17)	87	29,5
	Υψηλή (18-24)	61	20,7
GAF , μέση τιμή±SD διάμεσος(ενδ. εύρος)		48,4±10,3	49 (42 - 56)
Total PCL: SV (κατά την αρχική εκτίμηση) , μέση τιμή±SD διάμεσος(ενδ. εύρος)		13,4±4,7	13 (10 - 17)
PCL: SV (factor 1) , μέση τιμή±SD διάμεσος(ενδ. εύρος)		6,6±3,2	7 (4 - 9)
PCL: SV (factor 2) , μέση τιμή±SD διάμεσος(ενδ. εύρος)		6,8±2,1	7 (6 - 8)
Total HCR-20 (κατά την αρχική εκτίμηση) , μέση τιμή±SD διάμεσος(ενδ. εύρος)		28,3±4,4	28 (25 - 31)
Historical scale , μέση τιμή±SD διάμεσος(ενδ. εύρος)		13±3,1	12 (11 - 15)
Clinical scale , μέση τιμή±SD διάμεσος(ενδ. εύρος)		7,3±1,3	8 (7 - 8)
Risk management scale , μέση τιμή±SD διάμεσος(ενδ. εύρος)		8±1,6	8 (7 - 9)

Η μέση τιμή της βαθμολογίας των συμμετεχόντων για την κλίμακα PCL ήταν 13,4 μονάδες (±4,7). Το σκορ για την κλίμακα PCL:SV ήταν χαμηλό (0-13) για 147 ασθενείς ποσοστό 49,8%, μέτριο (14-17) για 87 ασθενείς (29,5%) και υψηλό για 61 ασθενείς (20,7%).

Επίσης, η μέση τιμή της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στην κλίμακα επικινδυνότητας HCR-20 ήταν 28,3 μονάδες (±4,4). Το σκορ για την κλίμακα HCR-20 ήταν μέτριο για 112 ασθενείς (38,0%) και υψηλό για 183 συμμετέχοντες (62,0%).

Η μέση τιμή για την κλίμακα GAF ήταν 48,4 (±10,3).

Τέλος , ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's a ήταν 0,7 για το συνολικό score της HCR-20 , 0,72 για το Historical scale, 0,65 για το Clinical scale και 0,71 για το Risk management scale.

8.2.2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΧΡΟΝΟΥ ΜΕΤΑΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ (T1)

Από 295 ασθενείς που τέθηκαν σε πρόγραμμα μεταπαρακολούθησης 131(44,4%) πραγματοποίησαν κάποια νοσηλεία κατά το χρονικό διάστημα των τριών ετών μεταπαρακολούθησης και αποτέλεσαν το δείγμα του χρόνου T1. (Πίνακας 13).

Ειδικότερα, από τους 131 , οι 115 (39,0%) πραγματοποίησαν έως τρεις νοσηλείες και 16 άτομα (5,4%) περισσότερες από 4. Οι 48 (16,3%) ήταν ακούσιες ,όπου 25 (8,5%) εξ αυτών βίωσαν την εμπειρία της αναγκαστικής νοσηλείας για πρώτη φορά στο μεσοδιάστημα των τριών χρόνων μεταπαρακολούθησης . Για τους υπόλοιπους 83 ασθενείς που πραγματοποίησαν εκούσιες νοσηλείες , οι 20 νοσηλεύτηκαν ακούσια μόνο στον πρώτο χρόνο μέτρησης T0.

Αναφορικά με τις νοσηλείες , 15 άτομα πραγματοποίησαν νοσηλεία το α΄ εξάμηνο της μεταπαρακολούθησης , 52 το δεύτερο, 53 το τρίτο, 43 το τέταρτο, ομοίως 43 το πέμπτο και 33 το έκτο. 11 άτομα πραγματοποίησαν δύο νοσηλείες σε κάποιο εξάμηνο του χρόνου μεταπαρακολούθησης.

Οι 131 αυτοί ασθενείς , εκδήλωσαν σε όλες τις νοσηλείες τους λεκτική επιθετικότητα σε ποσοστό 61,1%, επιθετικότητα προς άλλα άτομα σε ποσοστό 82.4 % , επιθετικότητα προς αντικείμενα σε ποσοστό 58,0% , ενώ σοβαρές πράξεις ιδιαίτερα επικίνδυνες για τη ζωή 29,8%.

Πίνακας 13. Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων χρόνου μεταπαρακολούθησης -ΧΡΟΝΟΣ T1-

		N	%
Επανάνοσηλεια	Όχι	164	55,6
	Ναι	131	44,4
Σύνολο νοσηλειών ανά εξάμηνο *			
1ο εξ. μετρ.		15	5,1
2ο εξ. Μετρ		52	17,6
3ο εξ. Μετρ		53	18,0
4ο εξ. Μετρ		43	14,6
5ο εξ. Μετρ		43	14,6
6ο εξ. μετρ.		33	11,2
Νοσηλεια μεταξύ χρόνων T0-T1	0	164	55,6
	1-3	115	39,0
	>3	16	5,4
Αριθμός νοσηλειών , μέση τιμή±SD διάμεσος(ενδ. εύρος)		0,8±1,1	0 (0 - 1)
Εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς στο μεσοδιάστημα T0-T1*			
Λεκτική Επιθετικότητα		80	61,1
Επιθετικότητα προς άτομα		108	82,4
Επιθετικότητα προς αντικείμενα		76	58,0
Αυτοκατευθυνόμενη επιθετικότητα		39	29,8
Διάρκεια Νοσηλίας	20-40	37	28,2
	41-60	37	28,2
	61- 80	27	20,6
	81- 100	17	13,0
	101- 120	7	5,3
	> 121	6	4,6

*Περιλαμβάνονται και οι συνδυαστικές μορφές επιθετικότητας που εκδηλώθηκαν στον χρόνο T1.

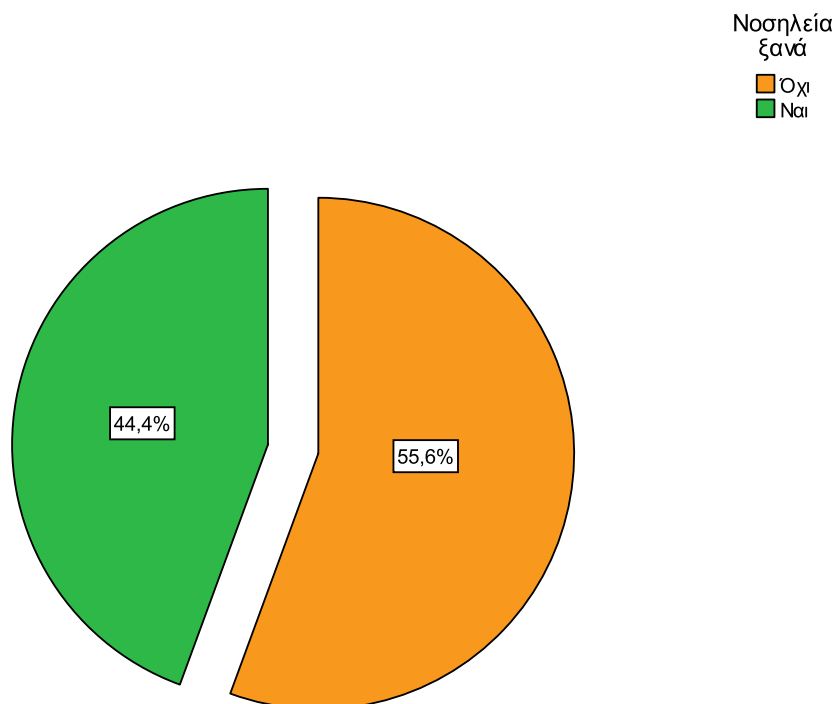
*** Διπλές νοσηλίες ανά εξάμηνο κατά το χρόνο μεταπαρακολούθησης (T1)**

Χρόνος Παρακολούθησης	Αριθμός ατόμων με διπλές νοσηλίες /εξάμηνο
Α' εξάμηνο μέτρησης	0
Β' εξάμηνο μέτρησης	2
Γ' εξάμηνο μέτρησης	3
Δ' εξάμηνο μέτρησης	3
Ε' εξάμηνο μέτρησης	3
ΣΤ' εξάμηνο μέτρησης	0

Από το 44,4% που νοσηλεύτηκαν ξανά κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, το 18,0% των συμμετεχόντων νοσηλεύτηκαν στο 3ο εξάμηνο. Το 39,0% των συμμετεχόντων νοσηλεύτηκαν 1-3 φορές στη διάρκεια των 3 ετών παρακολούθησης. Το 82,4% των συμμετεχόντων παρουσίασαν επιθετική συμπεριφορά προς άτομα κατά το διάστημα της

μεταπαρακολούθησης. Τέλος, ίδιο ποσοστό συμμετεχόντων (28,2%) νοσηλεύτηκε 20-40 ή 40-60 ημέρες.

Στο ακόλουθο γράφημα δίνεται το ποσοστό των συμμετεχόντων που νοσηλεύτηκαν ξανά. (Γράφημα 6.)



Κατά το χρονικό διάστημα της μεταπαρακολούθησης 68 άτομα (23,0%) από το συνολικό δείγμα των 295 ασθενών είχαν μεταφερθεί σε κάποια εξωνοσοκομειακή στεγαστικού τύπου δομή. Από αυτούς οι 26 (19,8%) πραγματοποίησαν νοσηλεία στο χρόνο T1, όπου ο Μ.Ο. νοσηλείας τους ήταν μικρότερος (19 ημέρες) σε σχέση με τους υπόλοιπους 105 που διαβιούσαν στην κοινότητα σε μη προστατευμένο θεραπευτικό περιβάλλον.

Το 11,9% των συμμετεχόντων έκαναν κάποια απόπειρα αυτοκτονίας κατά το διάστημα της μεταπαρακολούθησης. Το 6,9% των συμμετεχόντων στον χρόνο T1 εκδήλωσαν επικίνδυνη συμπεριφορά ιδιαίτερα απειλητική για τη ζωή τους για πρώτη φορά κατά το διάστημα μεταπαρακολούθησης . (Πίνακας 14).

Πίνακας 14. Στοιχεία που σχετίζονται με τις απόπειρες των συμμετεχόντων στο χρόνο T1.

		N	%
Απόπειρα κατά τη διάρκεια μεταπαρακολούθησης	Όχι	260	88,1
	Ναι	35	11,9
Απόπειρες	<i>Φαρμακευτική απόπειρα:</i>	10	3,4
	<i>Αυτοπυρπόληση:</i>	3	1,0
	<i>Κόψιμο καρπών, καρωτίδας:</i>	7	2,4
	<i>Λήψη φαρμάκων και αλκοόλ:</i>	3	1,0
	<i>Πτώση από ύψος:</i>	6	2,0
	<i>Λήψη χημικών υγρών:</i>	2	0,7
	<i>Ατύχημα με αυτοκίνητο:</i>	1	0,3
	<i>Απόπειρα απαγχονισμού:</i>	1	0,3
	<i>Υπερβολική χρήση ναρκωτικών Ουσιών:</i>	1	0,3
	<i>Εμπρησμός:</i>	1	0,3
Απόπειρα κατά τη διάρκεια του χρόνου T1 που δεν είχαν κατά την αρχική εκτίμηση T0	Όχι	202	93,1
	Ναι	15	6,9

Ομοίως με τον πρώτο χρόνο μέτρησης και για τον χρόνο της μεταπαρακολούθησης υπολογίστηκαν οι τιμές των ψυχομετρικών εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν HCR-20, PCL:SV. Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα περιγραφικά στοιχεία των κλιμάκων για τα άτομα που νοσηλεύτηκαν ξανά . (Πίνακας 15).

Πίνακας 15. Τιμές Κλιμάκων HCR-20, PCL:SV χρόνου T1.

		N	%
Διάγνωση κινδύνου (HCR-20)	Χαμηλή (0-13)	0	0,0
	Μέτρια (14-27)	28	21,4
	Υψηλή (28-40)	103	78,6
PCL: SV	Χαμηλή (0-12)	56	42,7
	Μέτρια (13-17)	45	34,4
	Υψηλή (18-24)	30	22,9
Total PCL: SV (κατά τη διάρκεια παρακολούθησης) , μέση τιμή±SD διάμεσος(ενδ. εύρος)		14,4±4,3	14 (11 - 17)
PCL: SV (factor 1) , μέση τιμή±SD διάμεσος(ενδ. εύρος)		7,4±2,4	7 (5 - 9)
PCL: SV (factor 2) , μέση τιμή±SD διάμεσος(ενδ. εύρος)		7±2	7 (6 - 8)
Total HCR-20 (κατά τη διάρκεια παρακολούθησης) , μέση τιμή±SD διάμεσος(ενδ. εύρος)		29,8±3	30 (28 - 31)
Historical scale , μέση τιμή±SD διάμεσος(ενδ. εύρος)		13,9±2,1	14 (12 - 15)
Clinical scale , μέση τιμή±SD διάμεσος(ενδ. εύρος)		7,5±0,8	8 (7 - 8)
Risk management scale , μέση τιμή±SD διάμεσος(ενδ. εύρος)		8,4±0,9	8 (8 - 9)

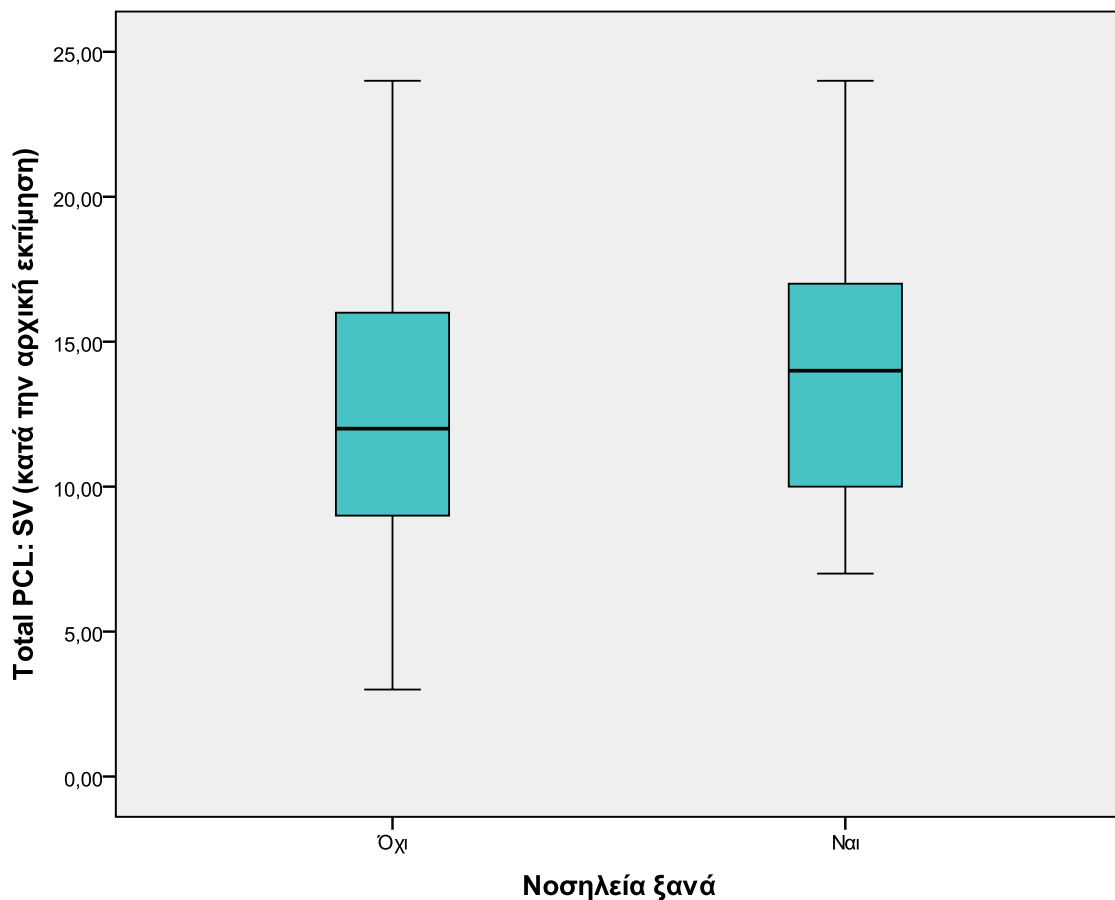
Η μέση τιμή της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στον χρόνο T1, στην κλίμακα PCL:SV ήταν 14,4 μονάδες ($\pm 4,3$). Επίσης, η μέση τιμή της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στην κλίμακα επικινδυνότητας HCR-20 ήταν 29,8 μονάδες ($\pm 3,0$).

Συσχετίσεις πραγματοποιήθηκαν μεταξύ των κλιμάκων PCL:SV , HCR-20 και παραμέτρων όπως η επανανοσηλεία , η επίτευξη απόπειρας στον χρόνο T0 και η εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς κατά τη νοσηλεία στον χρόνο T0. Ειδικότερα, για την κλίμακα PCL:SV και στις υποκλίμακες της (ομάδα A και ομάδα B) βρέθηκε πως οι συμμετέχοντες που νοσηλεύτηκαν ξανά στα 3 χρόνια παρακολούθησης είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα PCL:SV καθώς και στην 1η υποκλίμακα της. Επίσης, οι συμμετέχοντες που είχαν κάνει απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση (T0) είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στο συνολικό σκορ της κλίμακας PCL:SV καθώς και στις 2 υποκλίμακες της. Όμοια, οι συμμετέχοντες που είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά στο χρόνο T0 είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη τελική βαθμολογία της κλίμακας PCL:SV καθώς και στις 2 υποκλίμακες της. (Πίνακας 16).

Πίνακας 16. Συσχετίσεις PCL:SV και επανανοσηλείας, απόπειρας και επιθετικής συμπεριφοράς.

		Total PCL: SV		P Mann-Whitney	PCL: SV (factor 1)		P Mann-Whitney	PCL: SV (factor 2)		P Mann-Whitney
		Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)		Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)		Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Νοσηλεία ξανά	Όχι	12,9±5	12 (9 - 16)	0,028	6,3±3,2	6 (4 - 9)	0,035	6,6±2,3	6 (5 - 8)	0,059
	Ναι	14,2±4,3	14 (10 - 17)		7,1±3,1	7 (4 - 9)		7,1±1,9	7 (6 - 8)	
Απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση	Όχι	12,9±4,5	13 (10 - 16)	0,001	6,3±3	6 (4 - 9)	0,003	6,6±2,1	6 (6 - 8)	0,005
	Ναι	14,9±5,1	15 (11 - 19)		7,6±3,6	7,5 (4 - 12)		7,3±2,1	7 (6 - 8)	
Εκδήλωση Επιθετικής Συμπεριφοράς στο Παρόν	Όχι	11,8±4,4	11 (9 - 15)	<0,001	5,5±2,9	4 (3 - 8)	<0,001	6,3±2,2	6 (5 - 8)	0,002
	Ναι	14,4±4,6	15 (10 - 18)		7,3±3,2	7 (4 - 10)		7,1±2	7 (6 - 8)	

Στο ακόλουθο γράφημα (Γράφημα 7) δίνεται η συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα PCL: SV ανάλογα με το αν είχαν νοσηλευτεί ξανά.

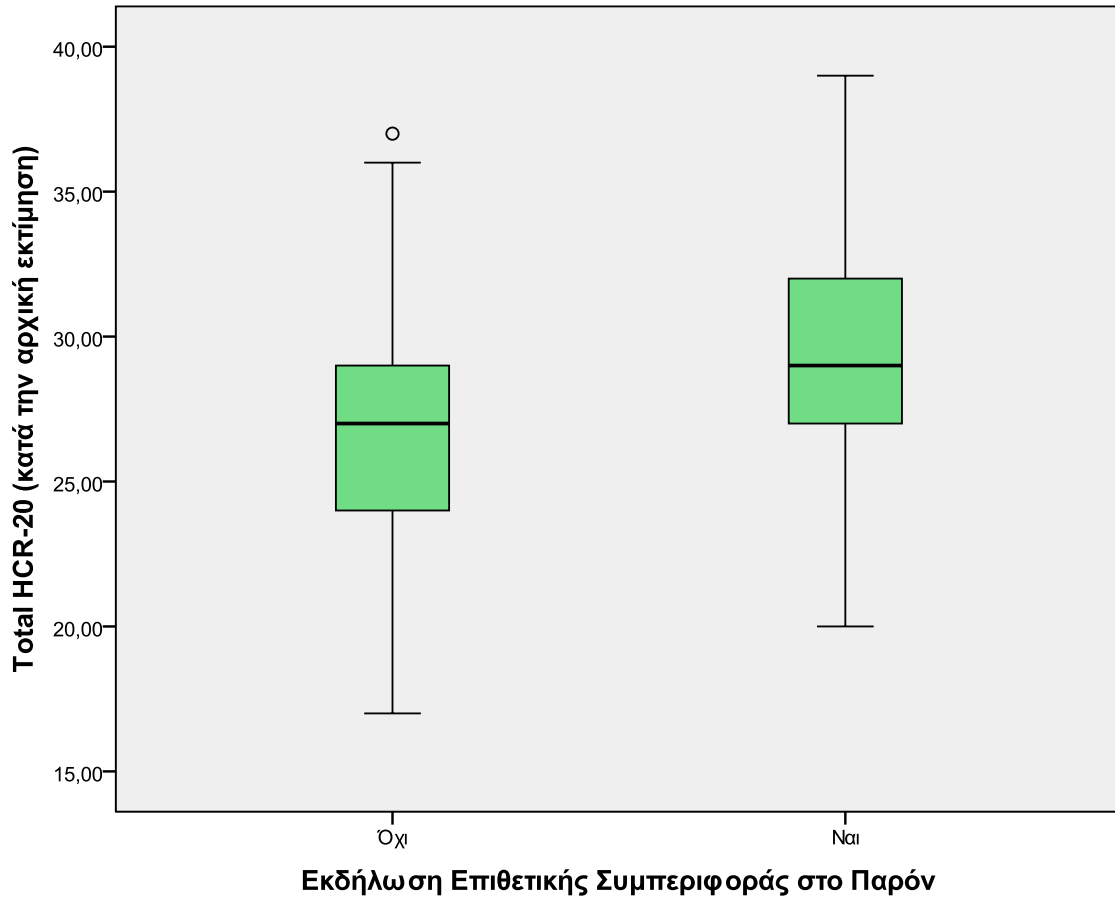


Αναφορικά με την κλίμακα HCR-20 και τις συχετίσεις με τις παραμέτρους της επανανοσηλείας, επίτευξης απόπειρας στο χρόνο T0 και εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς, τα αποτελέσματα κατέδειξαν πως οι συμμετέχοντες που νοσηλεύτηκαν ξανά στα 3 χρόνια παρακολούθησης είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα επικινδυνότητας (HCR-20) καθώς και σε όλες τις υποκλίμακες της. Επίσης, οι συμμετέχοντες που είχαν κάνει απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα επικινδυνότητας (HCR-20) καθώς και στις υποκλίμακες «Historical scale» και «Risk management scale». Όμοια, οι συμμετέχοντες που είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά στο ενώ νοσηλεύονταν, είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα επικινδυνότητας (HCR-20) καθώς και σε όλες τις υποκλίμακες της. (Πίνακας 17.)

Πίνακας 17. Σχέσεις HCR-20 και επανοσηλεύσιμης εκδήλωσης απόπειρας στο χρόνο T0 και επιθετικής συμπεριφοράς.

	Total HCR-20		P Mann-Whitney	Historical scale		P Mann-Whitney	Clinical scale		P Mann-Whitney	Risk management scale		P Mann-Whitney
	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)		Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)		Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)		Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Νοσηλεία ξανά												
Όχι	27,5±4,7	²⁸ (24 - 30)	<0,001	12,6±3,2	¹² (10,5 - 14,5)	0,008	7,1±1,4	⁷ (6 - 8)	0,002	7,8±1,6	⁸ (7 - 9)	0,005
Ναι	29,4±3,8	²⁹ (27 - 32)		13,5±2,8	¹³ (11 - 16)		7,6±1	⁸ (7 - 8)		8,3±1,5	⁸ (8 - 10)	
Απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση												
Όχι	27,3±4,4	²⁷ (25 - 30)	<0,001	12,3±3	¹² (10 - 14)	<0,001	7,2±1,4	⁸ (6 - 8)	0,181	7,8±1,7	⁸ (7 - 9)	<0,001
Ναι	31,3±3	³⁰ (29 - 34)		15±2,5	¹⁵ (13 - 16)		7,6±0,9	⁸ (7 - 8)		8,7±1,1	^{8,5} (8 - 10)	
Εκδήλωση Επιθετικής Συμπεριφοράς στο Παρόν												
Όχι	26,5±4,3	²⁷ (24 - 29)	<0,001	12±2,8	¹² (10 - 14)	<0,001	7±1,4	⁷ (6 - 8)	0,004	7,6±1,6	⁸ (7 - 9)	<0,001
Ναι	29,4±4,2	²⁹ (27 - 32)		13,6±3,1	¹³ (12 - 16)		7,5±1,1	⁸ (7 - 8)		8,3±1,5	⁸ (8 - 10)	

Στο ακόλουθο γράφημα (Γράφημα 8) δίνεται η συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα HCR-20 ανάλογα με το αν υπήρχε επιθετική συμπεριφορά κατά τη νοσηλεία στο χρόνο T0.



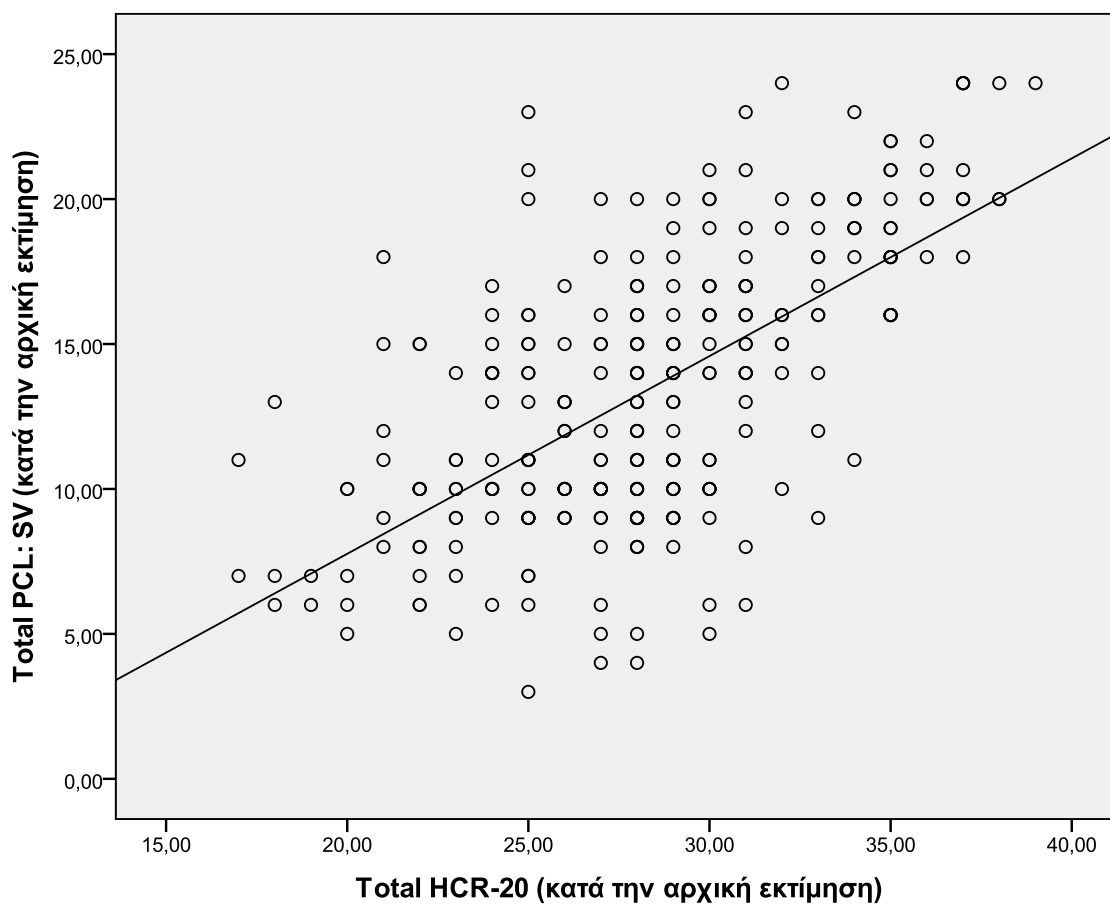
Επιχειρώντας συχέτιση (κατά Spearman) μεταξύ των κλιμάκων HCR-20 και PCL:SV βρέθηκε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων PCL:SV και HCR-20 και των υποκλιμάκων τους. Οπότε όσο αυξάνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα επικινδυνότητας HCR-20 τόσο αυξάνεται και η βαθμολογία τους στην κλίμακα PCL:SV. (Πίνακας 18).

Πίνακας 18. Συντελεστές συχέτισης κατά Spearman μεταξύ HCR-20 και PCL:SV

		PCL: SV (factor 1)	PCL: SV (factor 2)	Total HCR-20	Historical scale	Clinical scale	Risk management scale
Total PCL: SV	r	0,94	0,83	0,61	0,68	0,20	0,22
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	<0,001
PCL: SV (factor 1)	r	1,00	0,60	0,54	0,61	0,10	0,21
	P	.	<0,001	<0,001	<0,001	0,072	<0,001
PCL: SV (factor 2)	r		1,00	0,57	0,61	0,27	0,20
	P		.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Total HCR-20	r			1,00	0,86	0,51	0,62
	P			.	<0,001	<0,001	<0,001
Historical scale	r				1,00	0,20	0,26
	P				.	<0,001	<0,001
Clinical scale	r					1,00	0,34
	P					.	<0,001

Συμπερασματικά, θα λέγαμε πως η σημαντική συχέτιση των υποκλιμάκων της HCR-20 αποτελεί ισχυρό στοιχείο υπέρ της δομικής της εγκυρότητας.

Στο γράφημα 9 που ακολουθεί αποτυπώνεται η συσχέτιση μεταξύ των συνολικών βαθμολογιών των κλιμάκων HCR-20 και PCL:SV.



Ακολούθως, επιχειρήθηκε συσχέτιση (κατά Spearman) μεταξύ των κλιμάκων της επικινδυνότητας HCR-20 , της ψυχοπαθητικότητας PCL:SV με αυτή της σφαιρικής λειτουργικότητας GAF. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ασθενή θετική συσχέτιση της κλίμακας λειτουργικότητας GAF και της συνολικής βαθμολογίας στην κλίμακα επικινδυνότητας HCR-20. Οσο αυξάνεται η λειτουργικότητα των συμμετεχόντων τόσο αυξάνεται και η επικινδυνότητά τους. Επίσης, παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση, με χαμηλούς συντελεστές και πάλι , της κλίμακας λειτουργικότητας GAF και της βαθμολογίας στις υποκλίμακες «Clinical scale» και «Risk management scale». Οσο αυξάνεται η βαθμολογία στην κλίμακα λειτουργικότητας τόσο αυξάνονται και οι βαθμολογίες στις συγκεκριμένες υποκλίμακες. (Πίνακας 19).

Πίνακας 19. Συντελεστές συσχέτισης κατά Spearman των HCR-20, PCL:SV και GAF

		GAF
Total PCL: SV	r	0,00
	P	0,976
PCL: SV (factor 1)	r	0,00
	P	0,968
PCL: SV (factor 2)	r	0,00
	P	0,977
Total HCR-20	r	0,12
	P	0,037
Historical scale	r	0,00
	P	0,970
Clinical scale	r	0,17
	P	0,004
Risk management scale	r	0,17
	P	0,004

Συσχετίζοντας τη διάρκεια της παρούσης νοσηλείας (χρόνος T0) με τα αποτελέσματα των βαθμολογιών στις κλίμακες PCL:SV και HCR-20 βρέθηκε σημαντική θετική συσχέτιση της διάρκειας παρούσας νοσηλείας και της συνολικής βαθμολογίας στην κλίμακα PCL. Οσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια παρούσας νοσηλείας των συμμετεχόντων τόσο αυξάνεται η συνολική τους βαθμολογία στην κλίμακα PCL:SV. Όμοια, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάρκειας παρούσας νοσηλείας και της βαθμολογίας του παράγοντα 2 της κλίμακας PCL:SV. Αντίθετα, υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση της διάρκειας παρούσας νοσηλείας και της βαθμολογίας στις υποκλίμακες «Clinical scale» και «Risk management scale». Οσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια παρούσας νοσηλείας των

συμμετεχόντων τόσο μειώνονται οι βαθμολογίες τους στις συγκεκριμένες υποκλίμακες.(Πίνακας 20).

Πίνακας 20. Συντελεστές συσχέτισης κατά Spearman μεταξύ της διάρκειας παρούσας νοσηλείας και των κλιμάκων PCL και HCR-20.

		Διάρκεια Παρούσας Νοσηλείας (ημέρες)
Total PCL: SV	r	0,13
	P	0,022
PCL: SV (factor 1)	r	0,09
	P	0,110
PCL: SV (factor 2)	r	0,15
	P	0,009
Total HCR-20	r	-0,11
	P	0,063
Historical scale	r	0,03
	P	0,646
Clinical scale	r	-0,25
	P	<0,001
Risk management scale	r	-0,15
	P	0,008

Αναζητώντας την προβλεπτική εγκυρότητα των κλιμάκων της επικινδυνότητας HCR-20 και της ψυχοπαθητικότητας PCL:SV αναφορικά με την επανανοσηλεία (μια από τις παραμέτρους που επηρεάζουν αρνητικά την επιτυχή αποκατάσταση μετά την αρχική νοσηλεία) , βρέθηκε σημαντική προβλεπτική ικανότητα των συνολικών βαθμολογιών των κλιμάκων PCL:SV και HCR-20 καθώς και των υποκλιμάκων τους για το αν θα ξανανοσηλευτεί ένας ασθενής. Εξαίρεση αποτέλεσε η βαθμολογία στο 2ο μέρος της κλίμακας PCL:SV που δεν είχε σημαντική προβλεπτική ικανότητα. Όσο αφορά στην κλίμακα HCR-20 και τις υποκλίμακες της υπήρξε σημαντική διαφορά μεταξύ των προβλεπτικών τους ικανοτήτων. Συγκεκριμένα, η προβλεπτική ικανότητα της συνολικής βαθμολογίας ήταν σημαντικά καλύτερη σε σύγκριση με αυτή της υποκλίμακας «Historical scale» (p=0,026). Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στην προβλεπτική ικανότητα μεταξύ των υπολοίπων κλιμάκων της HCR-20. (Πίνακας 21).

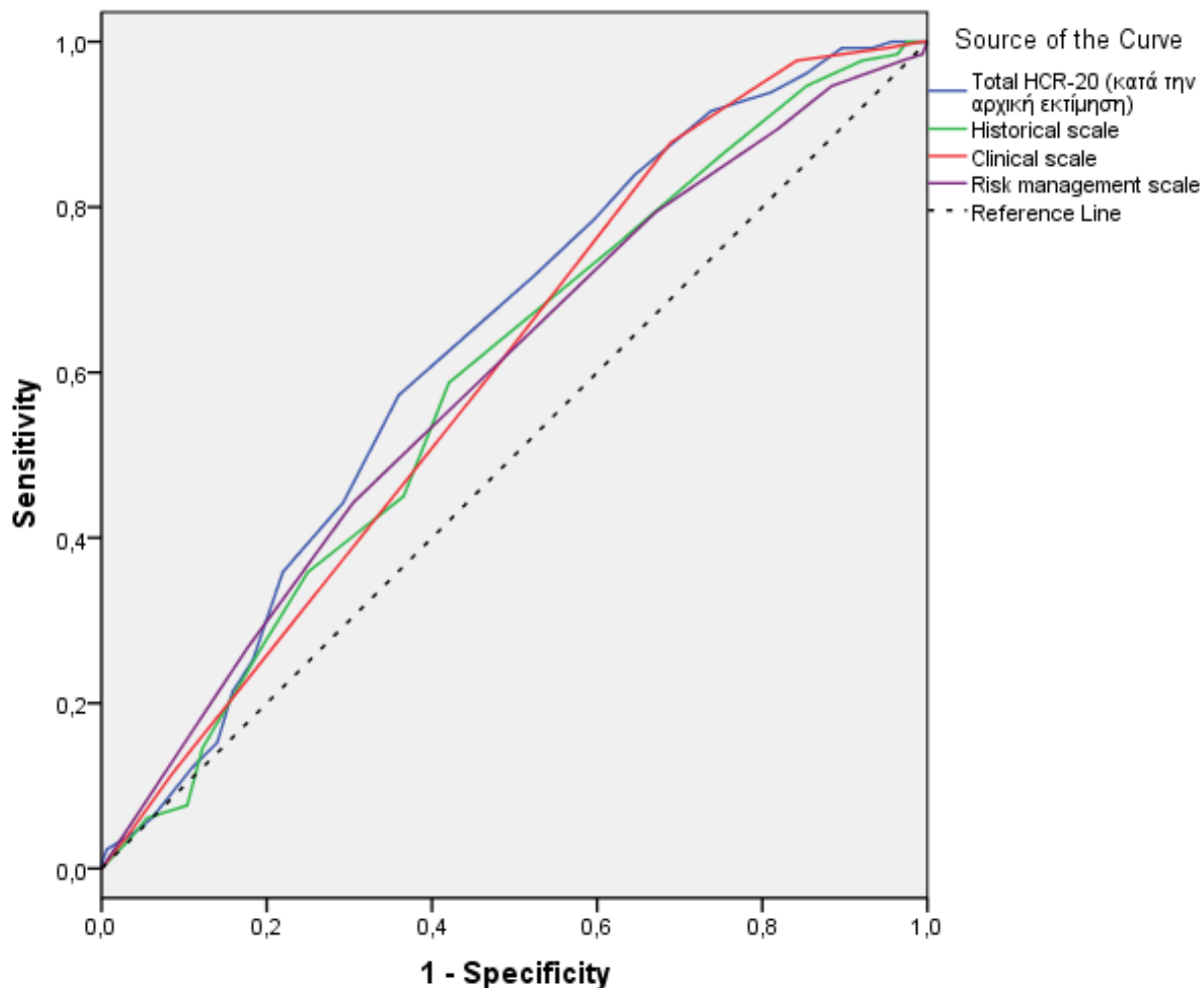
Πίνακας 21. ROC Ανάλυση που αφορά στις κλίμακες PCL:SV και HCR-20 καθώς και στις υποκλίμακές τους.

	AUC (95% CI) *	P	Optimal Cut-off	Sensitivity (%)	Specificity (%)
Επανενοσηλεία					
Total PCL: SV	0,57 (0,51 - 0,64)	0,033	14,00	57,25	56,10
PCL: SV (factor 1)	0,57 (0,51 - 0,64)	0,037	8,00	45,04	65,24
PCL: SV (factor 2)	0,56 (0,5 - 0,63)	0,064			
Total HCR-20	0,63 (0,57 - 0,69)	<0,001	29,00	57,25	64,02
Historical scale	0,59 (0,53 - 0,65)	0,008	15,00	35,88	75,00
Clinical scale	0,6 (0,54 - 0,66)	0,003	8,00	59,54	53,05
Risk management scale	0,59 (0,53 - 0,66)	0,006	9,00	44,27	69,51
Απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση(T0)					
Total PCL: SV	0,62 (0,55 - 0,7)	0,001	16,00	46,15	69,59
PCL: SV (factor 1)	0,61 (0,53 - 0,69)	0,003	9,00	44,87	74,19
PCL: SV (factor 2)	0,6 (0,53 - 0,68)	0,006	8,00	43,59	71,43
Total HCR-20	0,78 (0,73 - 0,83)	<0,001	30,00	62,82	73,73
Historical scale	0,77 (0,71 - 0,82)	<0,001	14,00	73,08	71,43
Clinical scale	0,55 (0,48 - 0,62)	0,203			
Risk management scale	0,65 (0,58 - 0,72)	<0,001	9,00	50,00	68,20
Εκδήλωση Επιθετικής Συμπεριφοράς (χρόνος T0)					
Total PCL: SV	0,66 (0,59 - 0,72)	<0,001	13,00	63,78	62,73
PCL: SV (factor 1)	0,66 (0,6 - 0,72)	<0,001	8,00	47,03	73,64
PCL: SV (factor 2)	0,61 (0,54 - 0,67)	0,002	8,00	36,76	74,55
Total HCR-20	0,68 (0,62 - 0,74)	<0,001	30,00	44,86	79,09
Historical scale	0,65 (0,58 - 0,71)	<0,001	15,00	35,68	80,00
Clinical scale	0,6 (0,53 - 0,66)	0,006	8,00	57,84	56,36
Risk management scale	0,63 (0,57 - 0,7)	<0,001	9,00	43,24	74,55
Απόπειρα κατά την μεταπαρακολούθηση**					
Total PCL: SV	0,53 (0,37 - 0,69)	0,670			
PCL: SV (factor 1)	0,56 (0,41 - 0,72)	0,420			
PCL: SV (factor 2)	0,54 (0,4 - 0,68)	0,603			
Total HCR-20	0,68 (0,56 - 0,8)	0,022	29,00	60,00	67,82
Historical scale	0,57 (0,43 - 0,7)	0,380			
Clinical scale	0,62 (0,51 - 0,74)	0,107			
Risk management scale	0,7 (0,57 - 0,84)	0,009	10,00	46,67	84,65

*Επιφάνεια κάτω από την καμπύλη (95% ΔΕ)

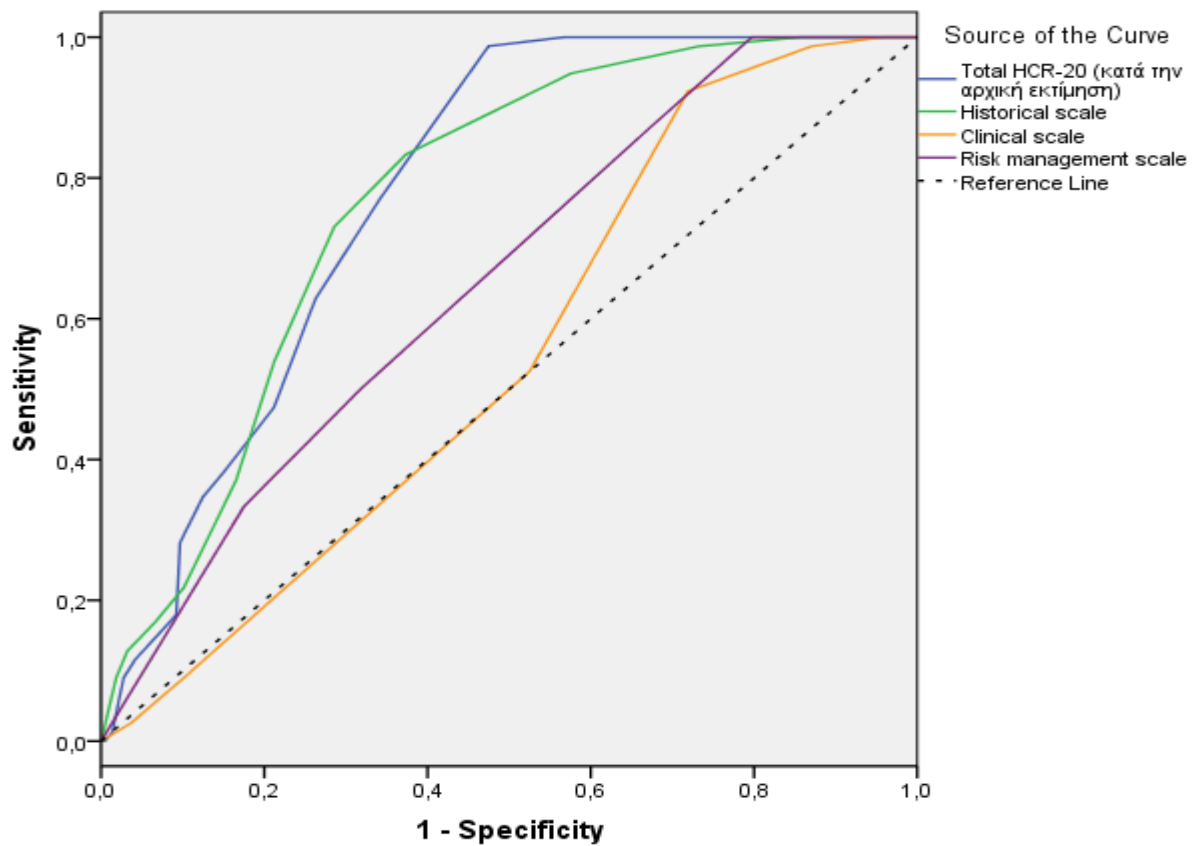
**χωρίς να έχει στο παρελθόν

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται οι καμπύλες ROC για την προβλεπτική ικανότητα της κλίμακας HCR-20 και των υποκλιμάκων της σχετικά με την πιθανότητα επανανοσηλείας ενός ασθενούς. (Γράφημα 10).



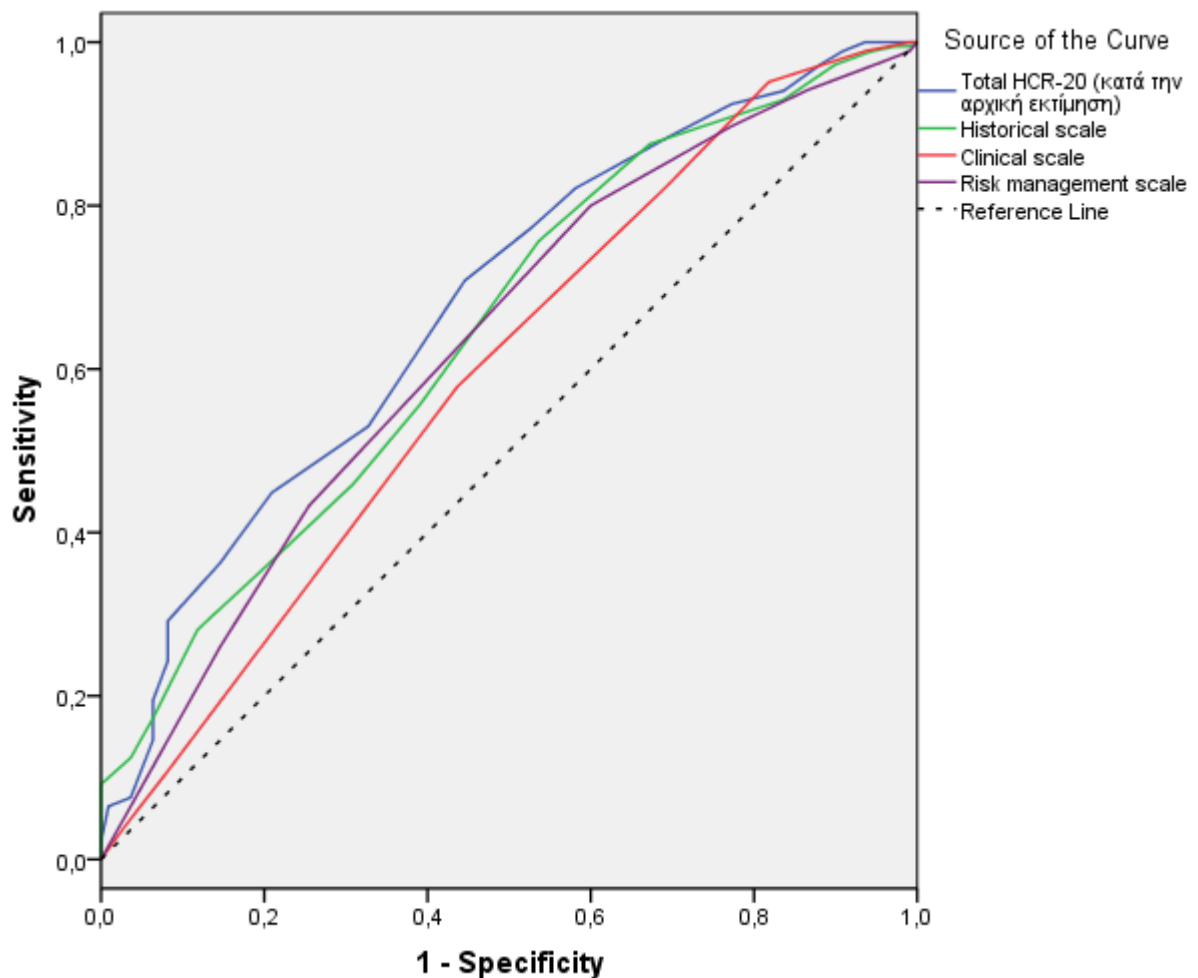
Αναφορικά με την προβλεπτική ικανότητα των δύο κλιμάκων (HCR-20 και PCL:SV) καθώς και των υποκλιμάκων τους για την ύπαρξη απόπειρας κατά τον πρώτο χρόνο μέτρησης (T0) βρέθηκε να είναι και αυτή σημαντική. Εξάιρεση αποτελεί η βαθμολογία της υποκλίμακας C που δεν είχε σημαντική προβλεπτική ικανότητα. Οσον αφορά στην κλίμακα HCR-20 συνολικά και τις δύο άλλες υποκλίμακες H και R βρέθηκαν να έχουν στατιστικά σημαντική προβλεπτική ικανότητα.

Το γράφημα 11 παρουσιάζει τις καμπύλες ROC για την προβλεπτική ικανότητα της κλίμακας HCR-20 και των υποκλιμάκων της για την ύπαρξη απόπειρας κατά την αρχική εκτίμηση (T0).



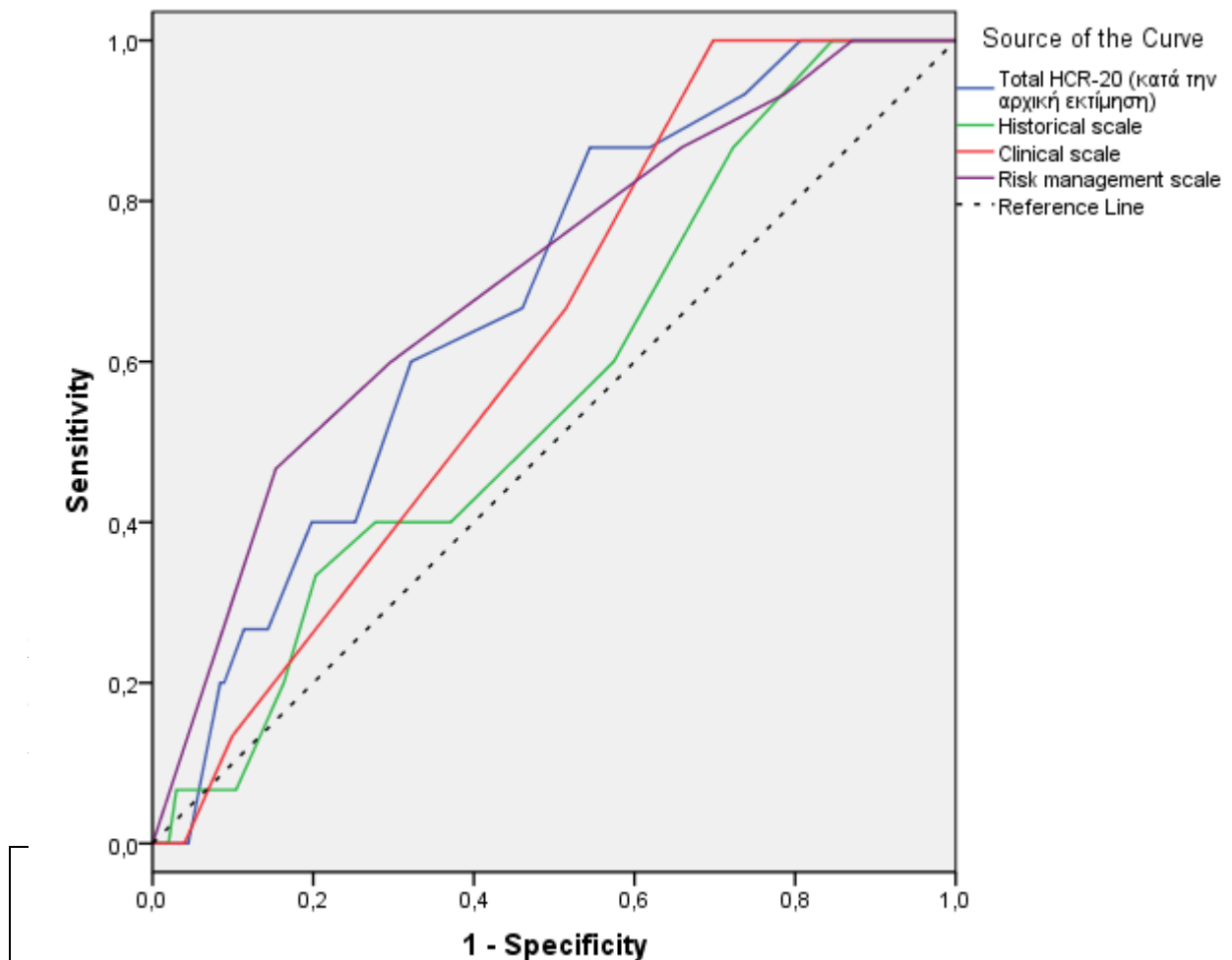
Τέλος, υπήρξε σημαντική προβλεπτική ικανότητα των συνολικών βαθμολογιών των κλιμάκων PCL:SV και HCR-20 καθώς και των υποκλιμάκων τους και για την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς κατά τη νοσηλεία στον χρόνο T0 από τους συμμετέχοντες του δείγματος. Όσον αφορά στην κλίμακα HCR-20 και τις υποκλίμακές της, υπήρξε σημαντική διαφορά μεταξύ των προβλεπτικών τους ικανοτήτων. Συγκεκριμένα, η προβλεπτική ικανότητα της συνολικής βαθμολογίας ήταν σημαντικά καλύτερη σε σύγκριση αυτή της υποκλίμακας «Clinical scale» ($p=0,014$). Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στην προβλεπτική ικανότητα μεταξύ των υπολοίπων κλιμάκων της HCR-20.

Στο γράφημα 12 παρουσιάζονται οι καμπύλες ROC προβλεπτικής ικανότητας της κλίμακας HCR-20 και των υποκλιμάκων της για την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς στο χρόνο T0 από τους συμμετέχοντες του δείγματος.



Δεν υπήρξε σημαντική προβλεπτική ικανότητα της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας PCL:SV καθώς και των υποκλιμάκων της για την ύπαρξη απόπειρας κατά την διάρκεια της μεταπαρακολούθησης σε ασθενείς που δεν είχαν διαπράξει απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση (χρόνος T0). Ενώ αντίθετα, υπήρξε σημαντική προβλεπτική ικανότητα της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας HCR-20 καθώς και της υποκλιμάκας «Risk management scale» για την ύπαρξη απόπειρας στον χρόνο T1 ενώ δεν υπήρξε απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση. Όσο αφορά στην κλίμακα HCR-20 και την υποκλιμάκα «Risk management scale» δεν υπήρξε σημαντική διαφορά μεταξύ των προβλεπτικών τους ικανοτήτων.

Στο γράφημα 13 που ακολουθεί δίνονται οι καμπύλες ROC για την προβλεπτική ικανότητα της κλίμακας HCR-20 και των υποκλιμάκων της για την ύπαρξη απόπειρας κατά την διάρκεια της μεταπαρακολούθησης ενώ δεν υπήρξε απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση.



Στον πίνακα που ακολουθεί δίδονται τα αποτελέσματα της μονομεταβλητής λογαριθμικής ανάλυσης με εξαρτημένη μεταβλητή το αν νοσηλεύτηκαν ξανά οι συμμετέχοντες και ανεξάρτητες τις βαθμολογίες στις κλίμακες HCR-20 και PCL:SV καθώς και τις υποκλίμακες τους. (Πίνακας 22).

Πίνακας 22. Μονομεταβλητή λογαριθμική ανάλυση επανανοσηλείας και βαθμολογιών στις κλίμακες HCR-20 και PCL:SV

		OR (95% ΔΕ)	P
Total PCL: SV (κατά την αρχική εκτίμηση)		1,06 (1,01 - 1,11)	0,021
PCL: SV (factor 1)		1,08 (1 - 1,16)	0,039
PCL: SV (factor 2)		1,12 (1 - 1,25)	0,042
Total HCR-20 (κατά την αρχική εκτίμηση)		1,11 (1,05 - 1,17)	<0,001
Historical scale		1,1 (1,02 - 1,19)	0,015
Clinical scale		1,43 (1,17 - 1,75)	<0,001
Risk management scale		1,23 (1,05 - 1,44)	0,009
Total PCL: SV (κατά την αρχική εκτίμηση)	<14	1,00*	
	>=14	1,71 (1,08 - 2,72)	0,023
PCL: SV (factor 1)	<8	1,00	
	>=8	1,54 (0,96 - 2,46)	0,073
Total HCR-20 (κατά την αρχική εκτίμηση)	<29	1,00	
	>=29	2,38 (1,49 - 3,82)	<0,001
Historical scale	<15	1,00	
	>=15	1,68 (1,02 - 2,77)	0,043
Clinical scale	<8	1,00	
	>=8	1,66 (1,04 - 2,65)	0,032
Risk management scale	<9	1,00	
	>=9	1,81 (1,12 - 2,92)	0,015

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Παρατηρήθηκε πως όσο αυξάνονται οι τιμές των συμμετεχόντων στις κλίμακες PCL:SV και HCR-20 καθώς και στις υποκλίμακές τους τόσο αυξάνεται η πιθανότητα να ξανανοσηλευτούν. Επίσης, οι συμμετέχοντες που είχαν συνολική βαθμολογία στην κλίμακα PCL:SV άνω των 14 μονάδων είχαν κατά 71% μεγαλύτερη πιθανότητα να ξανανοσηλευτούν. Οι συμμετέχοντες που είχαν βαθμολογία στον 1^ο παράγοντα (ομάδα A) της κλίμακας PCL:SV άνω των 8 μονάδων είχαν κατά 54% μεγαλύτερη πιθανότητα να ξανανοσηλευτούν. Οι συμμετέχοντες που είχαν συνολική βαθμολογία στην κλίμακα HCR-

20 άνω των 29 μονάδων είχαν 2,38 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να ξανανοσηλευτούν. Επίσης, οι συμμετέχοντες που είχαν βαθμολογία στην υποκλίμακα «Historical scale» άνω των 15 μονάδων είχαν κατά 68% μεγαλύτερη πιθανότητα να ξανανοσηλευτούν. Οι συμμετέχοντες που είχαν βαθμολογία στην υποκλίμακα «Clinical scale» άνω των 8 μονάδων είχαν κατά 66% μεγαλύτερη πιθανότητα να ξανανοσηλευτούν. Τέλος, οι συμμετέχοντες που είχαν βαθμολογία στην υποκλίμακα «Risk management scale» άνω των 9 μονάδων είχαν κατά 81% μεγαλύτερη πιθανότητα να ξανανοσηλευτούν.

Ακολουθώντας την ίδια διαδικασία μονομεταβλητής λογαριθμικής ανάλυσης με εξαρτημένη μεταβλητή την απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση (χρόνος T0) των συμμετεχόντων και ανεξάρτητες τις βαθμολογίες στις κλίμακες PCL:SV και HCR-20 καθώς και τις υποκλίμακες τους βρέθηκαν και παρουσιάζονται τα αποτελέσματα στον πίνακα που ακολουθεί. (Πίνακας 23.)

Πίνακας 23. Μονομεταβλητή λογαριθμική ανάλυση απόπειρας στον χρόνο T0 και βαθμολογιών στις κλίμακες PCL:SV και HCR-20.

		OR (95% ΔΕ)	P
Total PCL: SV (κατά την αρχική εκτίμηση)		1,1 (1,04 - 1,16)	0,001
PCL: SV (factor 1)		1,14 (1,05 - 1,24)	0,001
PCL: SV (factor 2)		1,16 (1,03 - 1,31)	0,018
Total HCR-20 (κατά την αρχική εκτίμηση)		1,27 (1,18 - 1,37)	<0,001
Historical scale		1,37 (1,24 - 1,52)	<0,001
Clinical scale		1,26 (1,01 - 1,56)	0,041
Risk management scale		1,57 (1,28 - 1,94)	<0,001
Total PCL: SV (κατά την αρχική εκτίμηση)	<14	1,00*	
	>=14	1,96 (1,15 - 3,33)	0,013
PCL: SV (factor 1)	<8	1,00	
	>=8	2,34 (1,36 - 4,02)	0,002
PCL: SV (factor 2)	<29	1,00	
	>=29	1,93 (1,13 - 3,3)	0,016
Total HCR-20 (κατά την αρχική εκτίμηση)	<15	1,00	
	>=15	4,74 (2,74 - 8,22)	<0,001
Historical scale	<8	1,00	
	>=8	6,79 (3,8 - 12,13)	<0,001
Risk management scale	<9	1,00	
	>=9	2,14 (1,27 - 3,64)	0,005

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Όσο αυξάνονται οι τιμές των συμμετεχόντων στις κλίμακες PCL:SV και HCR-20 καθώς και στις υποκλίμακές τους τόσο αυξάνεται η πιθανότητα να είχαν κάνει απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση. Επίσης, οι συμμετέχοντες που είχαν συνολική βαθμολογία στην κλίμακα PCL:SV άνω των 14 μονάδων είχαν κατά 96% μεγαλύτερη πιθανότητα να είχαν κάνει απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση. Οι συμμετέχοντες που είχαν βαθμολογία στον 1^ο παράγοντα της κλίμακας PCL:SV άνω των 8 μονάδων είχαν 2,34 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να είχαν κάνει απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση. Οι συμμετέχοντες που είχαν βαθμολογία στον 2^ο παράγοντα της κλίμακας PCL:SV άνω των 29 μονάδων είχαν κατά 93% φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να είχαν κάνει απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση. Οι συμμετέχοντες που είχαν συνολική βαθμολογία στην κλίμακα HCR-20 άνω των 15 μονάδων είχαν 4,74 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να είχαν κάνει απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση. Επίσης, οι συμμετέχοντες που είχαν βαθμολογία στην υποκλίμακα «Historical scale» άνω των 8 μονάδων είχαν 6,79 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να είχαν κάνει απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση. Τέλος, οι συμμετέχοντες που είχαν βαθμολογία στην υποκλίμακα «Risk management scale» άνω των 9 μονάδων παρουσίασαν 2,14 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να είχαν κάνει απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση.

Τέλος, αναφορικά με τη διαδικασία της μονομεταβλητής λογαριθμικής ανάλυσης με εξαρτημένη μεταβλητή την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς στο χρόνο T0 και ανεξάρτητες τις βαθμολογίες στις κλίμακες PCL:SV και HCR-20 καθώς και τις υποκλίμακες τους, βρέθηκε πως όσο αυξάνονται οι τιμές των συμμετεχόντων στις κλίμακες αυτές και τις υποκλίμακές τους τόσο αυξάνεται η πιθανότητα να εκδηλώσουν επιθετική συμπεριφορά. Επίσης, οι συμμετέχοντες που είχαν συνολική βαθμολογία στην κλίμακα PCL:SV άνω των 13 μονάδων είχαν κατά 64% μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά στο χρόνο T0. Οι συμμετέχοντες που είχαν βαθμολογία στον 1^ο παράγοντα της κλίμακας PCL:SV άνω των 8 μονάδων είχαν κατά 82% μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά στο παρόν. Οι συμμετέχοντες που είχαν βαθμολογία στον 2^ο παράγοντα της κλίμακας PCL:SV άνω των 8 μονάδων είχαν κατά 93% μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά στον ίδιο χρόνο μέτρησης. Οι συμμετέχοντες που είχαν συνολική βαθμολογία στην κλίμακα HCR-20 άνω των 30 μονάδων είχαν 4,74 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά στον πρώτο χρόνο μέτρησης. Επίσης, οι συμμετέχοντες που είχαν βαθμολογία στην υποκλίμακα «Historical scale» άνω των 15 μονάδων είχαν 4,34 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά. Τέλος, οι συμμετέχοντες που είχαν

βαθμολογία στην υποκλίμακα «Risk management scale» άνω των 9 μονάδων είχαν 2,14 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά στον ίδιο χρόνο. (Πίνακας 24).

Πίνακας 24. Μονομεταβλητή λογαριθμική ανάλυση επιθετικής συμπεριφοράς και βαθμολογιών στις κλίμακες PCL:SV και HCR-20.

		OR (95% ΔΕ)	P
Total PCL: SV (κατά την αρχική εκτίμηση)		1,14 (1,08 - 1,2)	<0,001
PCL: SV (factor 1)		1,21 (1,11 - 1,31)	<0,001
PCL: SV (factor 2)		1,23 (1,09 - 1,38)	0,001
Total HCR-20 (κατά την αρχική εκτίμηση)		1,18 (1,1 - 1,25)	<0,001
Historical scale		1,21 (1,11 - 1,32)	<0,001
Clinical scale		1,38 (1,13 - 1,67)	0,001
Risk management scale		1,34 (1,14 - 1,56)	<0,001
Total PCL: SV (κατά την αρχική εκτίμηση)	<13	1,00*	
	>=13	1,64 (0,97 - 2,79)	0,067
PCL: SV (factor 1)	<8	1,00	
	>=8	1,82 (1,08 - 3,07)	0,025
PCL: SV (factor 2)	<8	1,00	
	>=8	1,93 (1,13 - 3,3)	0,016
Total HCR-20 (κατά την αρχική εκτίμηση)	<30	1,00	
	>=30	4,74 (2,74 - 8,22)	<0,001
Historical scale	<15	1,00	
	>=15	4,34 (2,5 - 7,53)	<0,001
Clinical scale	<8	1,00	
	>=8	1 (0,6 - 1,68)	0,996
Risk management scale	<9	1,00	
	>=9	2,14 (1,27 - 3,64)	0,005

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Συσχετίζοντας τις τιμές των συμμετεχόντων στις κλίμακες HCR-20 και PCL:SV στον αρχικό χρόνο μέτρησης (T0) και στον χρόνο μετά την ολοκλήρωση του χρόνου της μεταπαρακολούθησης (T1), υπήρξε σημαντική αύξηση των βαθμολογιών των συμμετεχόντων στον 1^ο παράγοντα (ομάδα Α) της κλίμακας PCL:SV και στην υποκλίμακα «Historical scale» μετά το πέρας της παρακολούθησης. Δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή στις υπόλοιπες βαθμολογίες των συμμετεχόντων. (Πίνακας 25).

Πίνακας 25. Συσχετίσεις των κλιμάκων PCL:SV και HCR-20 στο χρόνο T0 και T1

	Κατά την αρχική εκτίμηση (T0)		Κατά τη διάρκεια παρακολούθησης (T1)		P Wilcoxon
	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Total PCL: SV	13,4±4,7	13 (10 - 17)	14,4±4,3	14 (11 - 17)	0,187
PCL: SV (factor 1)	6,6±3,2	7 (4 - 9)	7,4±2,4	7 (5 - 9)	0,011
PCL: SV (factor 2)	6,8±2,1	7 (6 - 8)	7±2	7 (6 - 8)	0,413
Total HCR-20	28,3±4,4	28 (25 - 31)	29,8±3	30 (28 - 31)	0,089
Historical scale	13±3,1	12 (11 - 15)	13,9±2,1	14 (12 - 15)	0,008
Clinical scale	7,3±1,3	8 (7 - 8)	7,5±0,8	8 (7 - 8)	0,236
Risk management scale	8±1,6	8 (7 - 9)	8,4±0,9	8 (8 - 9)	0,422

Οι συντελεστές συχέτισης κατά Spearman των βαθμολογιών των συμμετεχόντων στις κλίμακες PCL :SV και HCR-20 μεταξύ της αρχικής και τελικής καταγραφής, κατέδειξαν σημαντική θετική συσχέτιση όλων των βαθμολογιών των συμμετεχόντων κατά την αρχική και τελική καταγραφή. Οπότε, όσο αυξάνονται οι βαθμολογίες τους κατά την αρχική εκτίμηση τόσο αυξάνονται και κατά την διάρκεια της μεταπαρακολούθησης. (Πίνακας 26).

Πίνακας 26. Συντελεστές συσχέτισης κατά Spearman για τους χρόνους T0 και T1.

		Πριν/Μετά
Total PCL: SV	r	0,81
	P	<0,001
PCL: SV (factor 1)	r	0,82
	P	<0,001
PCL: SV (factor 2)	r	0,48
	P	<0,001
Total HCR-20	r	0,64
	P	<0,001
Historical scale	r	0,78
	P	<0,001
Clinical scale	r	0,38
	P	<0,001
Risk management scale	r	0,60
	P	<0,001

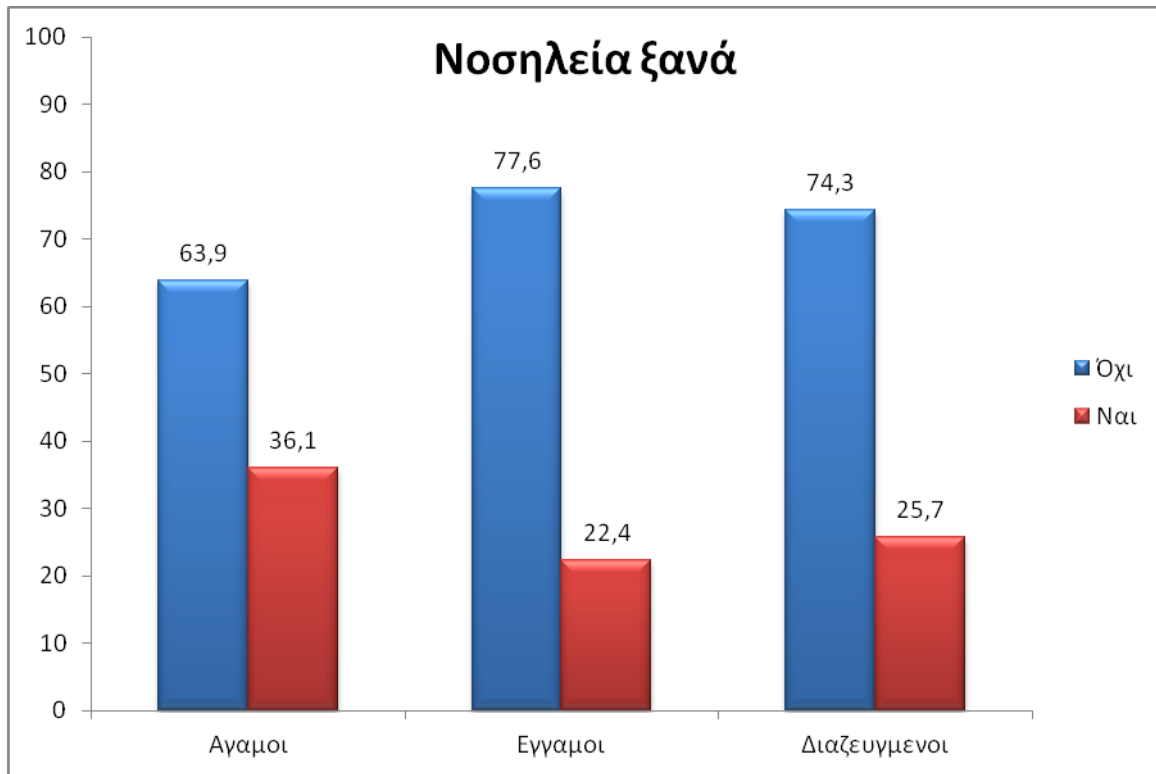
Στην προσπάθεια να απαντήσουμε στο δεύτερο ερώτημα της παρούσας μελέτης σχετικά με το ποιοί παράγοντες σχετίζονται με την εκδήλωση της βίαιης συμπεριφοράς και συμβάλλουν στην αποτυχημένη αποκατάσταση και ποιά η σχέση αυτών με δημογραφικά χαρακτηριστικά προβήκαμε σε **ποικίλες συσχετίσεις**. (Πίνακας 27).

Πίνακας 27. Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων και επανανοσηλείας.

		Νοσηλεία ξανά				P Pearson's χ^2 test
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	
Φύλο	Άντρες	100	62,9	59	37,1	0,006
	Γυναίκες	64	47,1	72	52,9	
Ηλικία	18-35	64	61,5	40	38,5	0,212
	34-49	57	55,3	46	44,7	
	>49	43	48,9	45	51,1	
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμοι /ες	129	63,9	73	36,1	<0,001
	Έγγαμοι /ες	45	77,6	13	22,4	
	Διαζευγμένοι /ες -Χήροι /ες	26	74,3	9	25,7	
Τόπος Κατοικίας	Αστικός	118	55,9	93	44,1	0,856
	Ημιαστικός/Αγροτικός	46	54,8	38	45,2	
Κοινωνικο-οικονομική κατάσταση	Ανώτερη	19	44,2	24	55,8	0,265
	Μέση	71	57,7	52	42,3	
	Κατώτερη	74	57,4	55	42,6	
Έτη Εκπαίδευσης	1-6	35	54,7	29	45,3	0,356
	6-12	90	59,2	62	40,8	
	>12	39	49,4	40	50,6	

Παρατηρήθηκε πως οι γυναίκες ξανανοσηλεύτηκαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους άντρες. Επίσης, οι άγαμοι ξανανοσηλεύτηκαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους έγγαμους, διαζευγμένους/χήρους.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που είχαν νοσηλευτεί ξανά ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση.(Γράφημα 14).



Ότι αφορά στην **επανανοσηλεία** των συμμετεχόντων σε σχέση με στοιχεία της νόσου τους βρέθηκε πως οι συμμετέχοντες που διεγνώσθησαν με συνοσηρότητα ξανανοσηλεύτηκαν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν διεγνώσθησαν με συνοσηρότητα. (Πίνακας 28.)

Πίνακας 28. Επανανοσηλεία και στοιχεία νόσου

Διάγνωση		Νοσηλεία ξανά				P Pearson's χ^2 test
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	
Σχιζοφρένεια / Ψυχωτική Διαταραχή	Όχι	71	50,4	70	49,6	0,083
	Ναι	93	60,4	61	39,6	
Ψυχική Διαταραχή από Ουσίες	Όχι	163	56,2	127	43,8	0,175*
	Ναι	1	20,0	4	80,0	
Οργανική Ψυχική Διαταραχή	Όχι	159	55,0	130	45,0	0,232*
	Ναι	5	83,3	1	16,7	
Διπολική Διαταραχή	Όχι	148	57,1	111	42,9	0,151
	Ναι	16	44,4	20	55,6	
Κατάθλιψη	Όχι	139	56,3	108	43,7	0,593
	Ναι	25	52,1	23	47,9	
Διαταραχή Προσωπικότητας	Όχι	139	56,3	108	43,7	0,593
	Ναι	25	52,1	23	47,9	
Νοητική Υστέρηση	Όχι	161	55,5	129	44,5	1,000*
	Ναι	3	60,0	2	40,0	
Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή	Όχι	159	56,0	125	44,0	0,547*
	Ναι	5	45,5	6	54,5	
Συνοσηρότητα	Όχι	158	54,7	131	45,3	0,036*
	Ναι	22	81,4	5	18,5	
Τύπος Σχιζοφρενικής / Ψυχωτικής Διαταραχής	Αδιαφοροποίητος	71	50,7	69	49,3	0,366*
	Παρανοϊκός	7	70,0	3	30,0	
	Υπολειμματικός	29	56,9	22	43,1	
	Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή	11	64,7	6	35,3	
	Παραληρητική Διαταραχή	6	46,2	7	53,8	
	Ψυχωτική Διαταραχή ΜΠΑ	34	58,6	24	41,4	
	Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή	2	100,0	0	0,0	
	Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή	4	100,0	0	0,0	
Διάρκεια Νόσου (έτη)	<3	43	65,2	23	34,8	0,193
	4-9	53	51,5	50	48,5	
	>9	68	54,0	58	46,0	

*Fisher's exact test

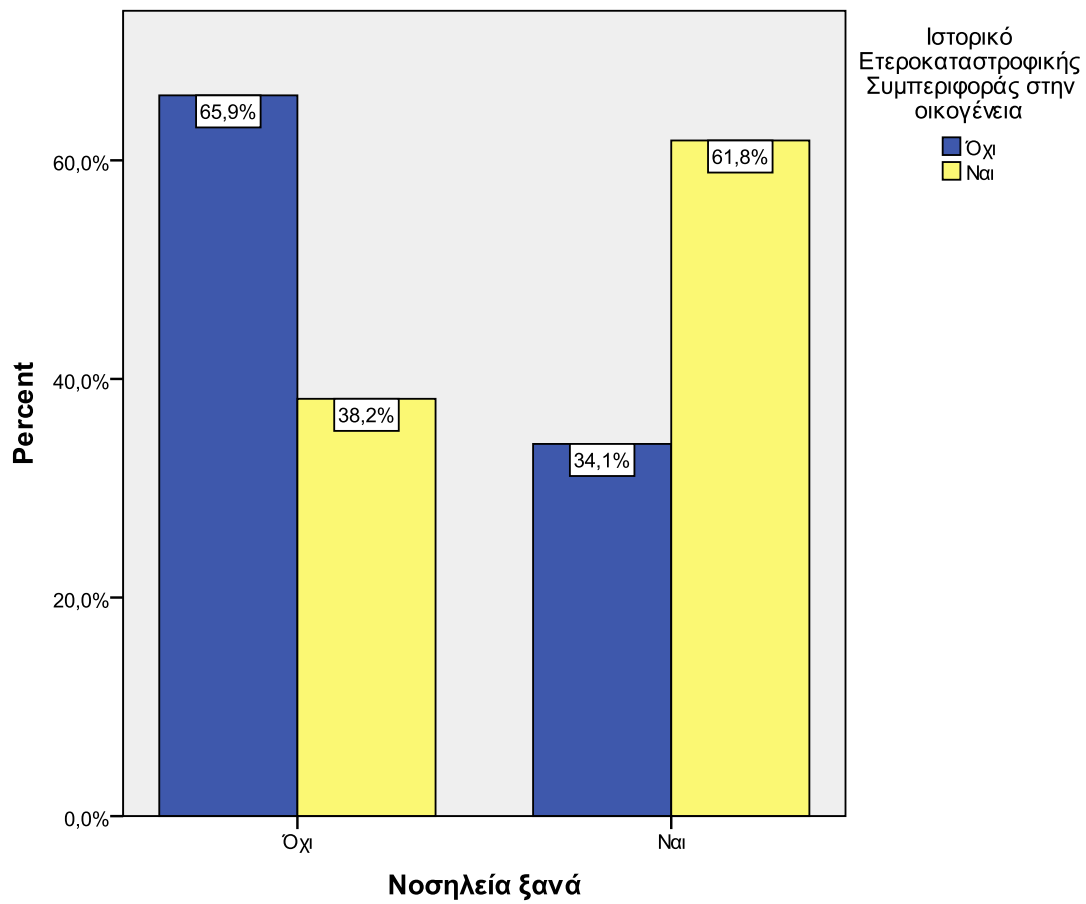
Συγκρίνοντας την μεταβλητή της επανανοσηλείας με άλλα δεδομένα από το ψυχιατρικό ιστορικό των ασθενών υπήρξε σημαντική διαφορά στα ποσοστά των συμμετεχόντων που ξανανοσηλεύτηκαν σε συσχέτιση με τη διάρκεια παρούσας νοσηλείας και με τον αριθμό των νοσηλείων. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που νοσηλεύτηκαν πάνω από 80 ημέρες ξανανοσηλεύτηκαν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με εκείνους που νοσηλεύτηκαν 20-40 ημέρες ($p=0,016$).

Επίσης, οι συμμετέχοντες που έχουν νοσηλευτεί πάνω από 3 φορές ξανανοσηλεύτηκαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν νοσηλευτεί στο παρελθόν και πριν από τη νοσηλεία τους στο χρόνο T0 ($p=0,016$). Ακόμα, οι συμμετέχοντες που είχαν ιστορικό αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στην οικογένεια ξανανοσηλεύτηκαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν ιστορικό αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στην οικογένεια. Τέλος, οι συμμετέχοντες που είχαν ιστορικό ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς στην οικογένεια ξανανοσηλεύτηκαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν ιστορικό ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς στην οικογένεια. (Πίνακας 29).

Πίνακας 29. Ποσοστά συμμετεχόντων με επανανοσηλεία και στοιχεία από το ιστορικό τους.

		Νοσηλεία ξανά				P Pearson's χ^2 test
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	
Διάρκεια Παρούσας Νοσηλείας (T0) (ημέρες)	20-40	43	50,6	42	49,4	0,032
	41-80	56	50,0	56	50,0	
	>80	65	66,3	33	33,7	
Αριθμός Νοσηλείων	0	24	68,6	11	31,4	0,016
	1-3	91	60,3	60	39,7	
	>3	49	45,4	59	54,6	
Κατάχρηση Ουσιών	Ναι	30	49,2	31	50,8	0,258
	Όχι	134	57,3	100	42,7	
Κατάχρηση από Αλκοόλ	Ναι	36	54,5	30	45,5	0,846
	Όχι	128	55,9	101	44,1	
Ιστορικό Αυτοκαταστροφικής Συμπεριφοράς στην οικογένεια	Όχι	139	58,9	97	41,1	0,022
	Ναι	25	42,4	34	57,6	
Ιστορικό Ετεροκαταστροφικής Συμπεριφοράς στην οικογένεια	Όχι	122	65,9	63	34,1	<0,001
	Ναι	42	38,2	68	61,8	
Διαθεσιμότητα μέσων	Όχι	133	54,1	113	45,9	0,237

Στο γράφημα 15 που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που είχαν επανανοσηλεία σε σχέση με την ύπαρξη ιστορικού ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς στην οικογένεια τους.



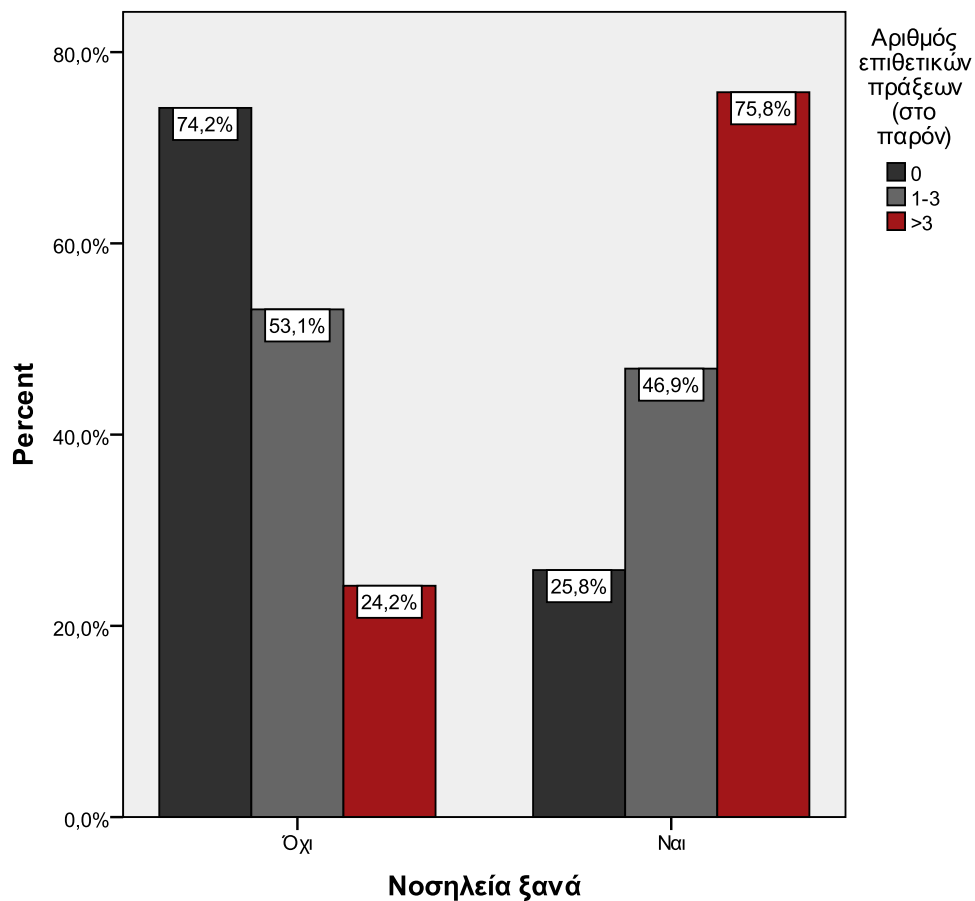
Η σύγκριση της μεταβλητής της επανανοσηλείας με την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς κατέδειξε ότι οι συμμετέχοντες που είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά στο χρόνο T0, ξανανοσηλεύτηκαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά στη νοσηλεία τους στον πρώτο χρόνο μέτρησης. Επίσης, οι συμμετέχοντες που είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά στο σπίτι, σε τμήμα του νοσοκομείου, στον εργασιακό τους ή σε «άλλο» χώρο, ξανανοσηλεύτηκαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά στον ίδιο χρόνο στα συγκεκριμένα μέρη. Επίσης, υπήρξε σημαντική διαφορά στα ποσοστά των συμμετεχόντων που ξανανοσηλεύτηκαν ανάλογα με τον αριθμό επιθετικών πράξεων στο χρόνο T0. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που είχαν εκδηλώσει περισσότερες από 3 επιθετικές πράξεις ενώ νοσηλεύονταν, ξανανοσηλεύτηκαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που είχαν είτε 1-3 επιθετικές πράξεις είτε καμία ($p < 0,001$ και $p < 0,001$ αντίστοιχα). Επίσης, οι συμμετέχοντες που είχαν 1-3 επιθετικές πράξεις στη νοσηλεία T0, επανανοσηλεύτηκαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν καμία επιθετική πράξη ($p = 0,001$). (Πίνακας 30).

Πίνακας 30. Ποσοστά συμμετεχόντων με επανανοσηλεία και εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς.

		Νοσηλεία ξανά				P Pearson's χ^2 test
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	
Εκδήλωση Επιθετικής Συμπεριφοράς στοχρόνο T0	Όχι	81	73,6	29	26,4	<0,001
	Ναι	83	44,9	102	55,1	
Εκδήλωση Επιθετικής Συμπεριφοράς στο χρόνο T0						
Οικία	Όχι	133	59,1	92	40,9	0,029
	Ναι	31	44,3	39	55,7	
Τμήμα Νοσοκομείου	Όχι	111	63,8	63	36,2	0,001
	Ναι	53	43,8	68	56,2	
Κοινότητα	Όχι	152	54,7	126	45,3	0,200
	Ναι	12	70,6	5	29,4	
Εργασιακό χώρο	Όχι	159	58,0	115	42,0	0,002
	Ναι	5	23,8	16	76,2	
Άλλο	Όχι	164	57,1	123	42,9	0,001*
	Ναι	0	0,0	8	100,0	
Αριθμός επιθετικών πράξεων (στο χρόνο T0)	0	89	74,2	31	25,8	<0,001
	1-3	60	53,1	53	46,9	
	>3	15	24,2	47	75,8	

*Fisher's exact test

Το γράφημα 16 που ακολουθεί αποτυπώνει τα ποσοστά των συμμετεχόντων που είχαν επανανοσηλεία ανάλογα με τον αριθμό επιθετικών πράξεων.

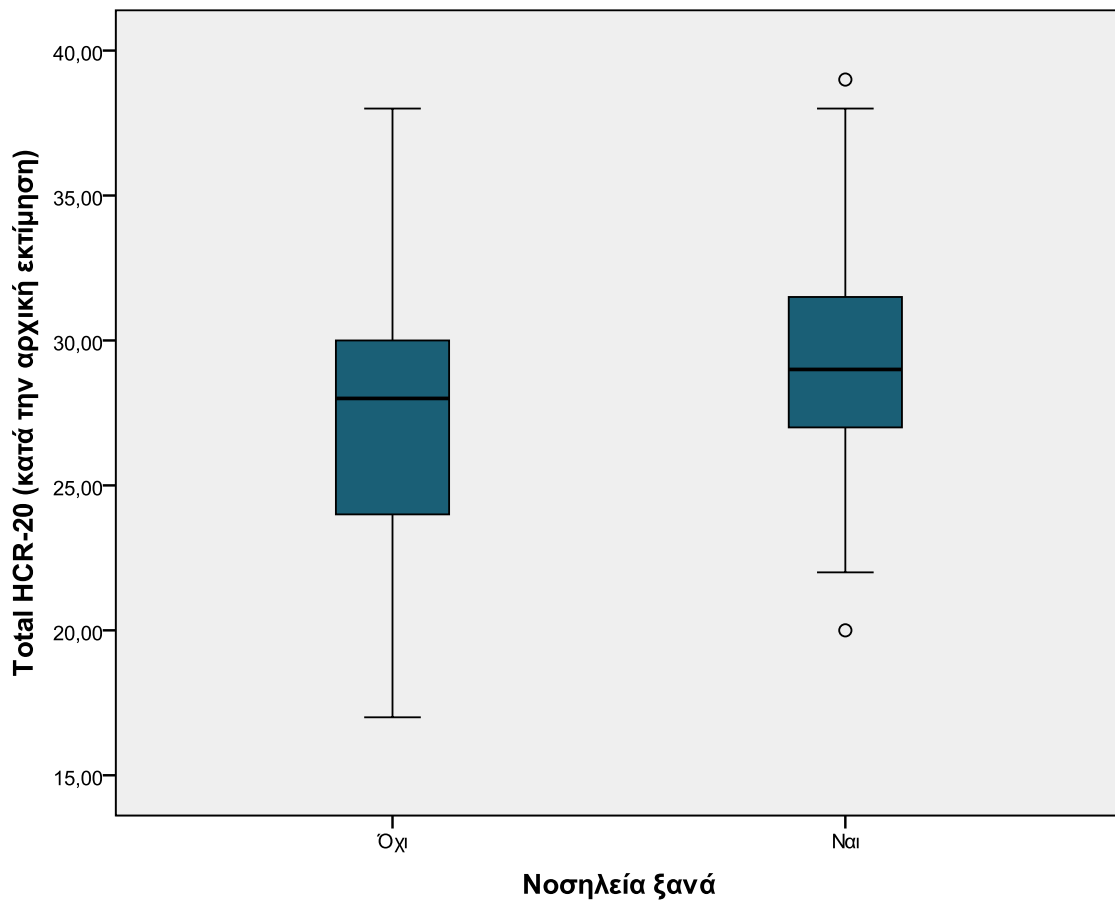


Μελέτη των βαθμολογιών των συμμετεχόντων που επανανοσηλεύτηκαν στις κλίμακες PCL: SV, HCR-20 και GAF έδειξε πως οι συμμετέχοντες που ξανανοσηλεύτηκαν είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές στις κλίμακες PCL: SV, HCR-20 σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν επανανοσηλεία. Αντίθετα, οι συμμετέχοντες που ξανανοσηλεύτηκαν είχαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές στην κλίμακα GAF σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν επανανοσηλεία. (Πίνακας 31.)

Πίνακας 31. Βαθμολογίες κλιμάκων PCL: SV, HCR-20 και GAF στο χρόνο T1

	Νοσηλεία ξανά				P Mann-Whitney
	Όχι		Ναι		
	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Total PCL: SV (κατά την αρχική εκτίμηση)	12,9±5	12 (9 - 16)	14,2±4,3	14 (10 - 17)	0,028
Total HCR-20 (κατά την αρχική εκτίμηση)	27,5±4,7	28 (24 - 30)	29,4±3,8	29 (27 - 32)	<0,001
GAF	49,5±10,4	50 (42 - 57)	47,1±10	48 (42 - 53)	0,045

Στο γράφημα 17 που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα HCR-20 ανάλογα με το αν είχαν επανανοσηλεία.



Η πολυπαραγοντική λογαριθμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την επανανοσηλεία με τη μέθοδο της διαδοχικής ένταξης/ αφαίρεσης, κατέδειξε πως η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός επιθετικών πράξεων, το ιστορικό ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς στην οικογένεια και οι βαθμολογίες στις κλίμακες HCR-20 και GAF βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα και να προβλέπουν το αν έχουν ξανανοσηλευτεί οι συμμετέχοντες. Συγκεκριμένα:

- Οι άγαμοι, είχαν 3,64 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να επαναλάβουν τη νοσηλεία σε σύγκριση με τους έγγαμους, διαζευγμένους, χήρους.
- Οι συμμετέχοντες που είχαν 1-3 επιθετικές πράξεις στη νοσηλεία T0 είχαν 2,38 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσηλευτούν ξανά σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν καμία επιθετική πράξη.
- Οι συμμετέχοντες που είχαν περισσότερες από 3 επιθετικές πράξεις στο χρόνο T0 είχαν 6,06 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα επανανοσηλείας σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν καμία επιθετική πράξη.
- Οι συμμετέχοντες που είχαν ιστορικό ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς στην οικογένειά τους είχαν 2,63 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσηλευτούν ξανά σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν ιστορικό ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς στην οικογένειά τους.
- Όσο αυξάνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα HCR-20 τόσο αυξάνεται η πιθανότητα επανανοσηλείας.
- Όσο αυξάνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα GAF τόσο μειώνεται η πιθανότητα να επανανοσηλευτούν. (Πίνακας 32.)

Πίνακας 32.

		OR (95% ΔΕ)	P
Total HCR-20 (κατά την αρχική εκτίμηση, χρόνος T0)		1,09 (1,02 - 1,17)	0,009
GAF		0,96 (0,93 - 0,98)	0,002
		1,00*	
Οικογενειακή Κατάσταση	Έγγαμοι /ες- Διαζευγμένοι /ες - Χήροι /ες Άγαμοι /ες	3,64 (1,98 - 6,69)	<0,001
Αριθμός επιθετικών πράξεων (στο χρόνο T0)	0	1,00	
	1-3	2,38 (1,3 - 4,36)	0,005
	>3	6,06 (2,77 - 13,24)	<0,001
Ιστορικό Ετεροκαταστροφικής Συμπεριφοράς στην οικογένεια	Όχι	1,00	
	Ναι	2,63 (1,51 - 4,59)	0,001

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε συσχέτιση της αναφερόμενης απόπειρας κατά την αρχική εκτίμηση (χρόνος T0) με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες. (Πίνακας 33.)

Βρέθηκε πως οι γυναίκες είχαν κάνει απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους άντρες. Επίσης, οι άγαμοι είχαν κάνει απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους έγγαμους/διαζευγμένους/χήρους.

Πίνακας 33. Ποσοστά συμμετεχόντων με απόπειρα στον χρόνο T0 και τα δημογραφικά στοιχεία αυτών.

		Απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση				P Pearson's χ^2 test
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	
Φύλο	Άντρες	128	80,5	31	19,5	0,003
	Γυναίκες	89	65,4	47	34,6	
Ηλικία	18-35	78	75,0	26	25,0	0,571
	34-49	72	69,9	31	30,1	
	>49	67	76,1	21	23,9	
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμοι /ες	145	71,7	57	28,2	0,017
	Έγγαμοι /ες- Διαζευγμένοι /ες -Χήροι /ες	72	77,4	21	22,6	
Τόπος Κατοικίας	Αστικός	149	70,6	62	29,4	0,069
	Ημιαστικός/Αγροτικός	68	81,0	16	19,0	
Κοινωνικο-οικονομική κατάσταση	Ανώτερη	27	62,8	16	37,2	0,164
	Μέση	90	73,2	33	26,8	
	Κατώτερη	100	77,5	29	22,5	
Έτη Εκπαίδευσης	1-6	50	78,1	14	21,9	0,518
	6-12	112	73,7	40	26,3	
	>12	55	69,6	24	30,4	

Το γράφημα 18 που ακολουθεί παρουσιάζει τα ποσοστά των συμμετεχόντων με απόπειρα στον χρόνο T0 ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση.



Αναφορικά με τη διάγνωση και τη διάρκεια νόσου των ασθενών που είχαν εκδηλώσει απόπειρα στον αρχικό χρόνο μέτρησης T0 βρέθηκε, πως οι συμμετέχοντες που διεγνώσθησαν με σχιζοφρένεια/ ψυχωτική διαταραχή είχαν κάνει απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν διεγνώσθησαν με σχιζοφρένεια/ ψυχωτική διαταραχή. Αντίθετα, οι συμμετέχοντες που διεγνώσθησαν με κατάθλιψη είχαν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας κατά την αρχική εκτίμηση σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν διεγνώσθησαν με κατάθλιψη. Ακόμα, οι συμμετέχοντες που διεγνώσθησαν με διαταραχή προσωπικότητας είχαν κάνει απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν διεγνώσθησαν με διαταραχή προσωπικότητας. Οι συμμετέχοντες με αδιαφοροποίητο τύπο ψυχωτικής διαταραχής ή με παραληρητική διαταραχή είχαν κάνει απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση σε μεγαλύτερο

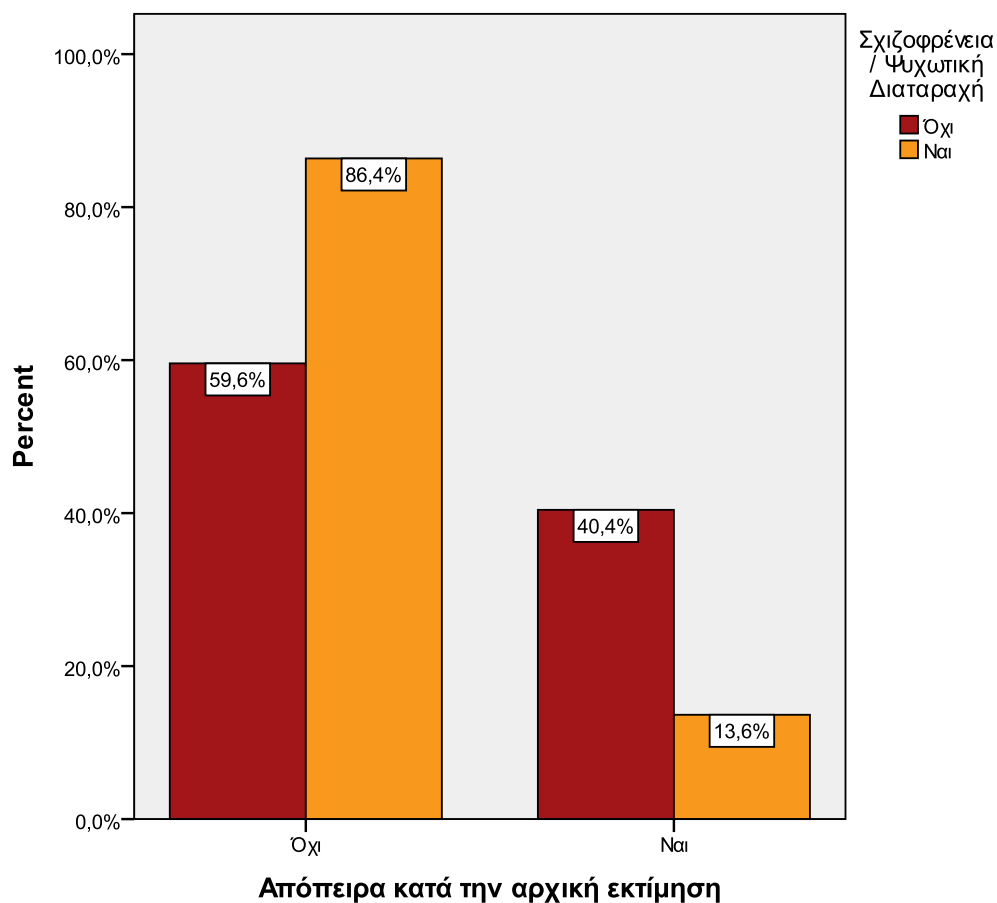
ποσοστό σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με διαφορετικούς τύπους ψυχωτικής διαταραχής. Επίσης, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά στα ποσοστά των συμμετεχόντων που είχαν κάνει απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση ανάλογα με τη διάρκεια νόσου τους.(Πίνακας 34).

Πίνακας 34. Ποσοστά συμμετεχόντων με απόπειρα στο χρόνο T0 και στοιχεία που αφορούν στη νόσο τους.

		Απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση				P Pearson's χ^2 test
		Όχι		Ναι		
Διάγνωση		N	%	N	%	
Σχιζοφρένεια / Ψυχωτική Διαταραχή	Όχι	84	59,6	57	40,4	<0,001
	Ναι	133	86,4	21	13,6	
Ψυχική Διαταραχή από Ουσίες	Όχι	215	74,1	75	25,9	0,117*
	Ναι	2	40,0	3	60,0	
Οργανική Ψυχική Διαταραχή	Όχι	211	73,0	78	27,0	0,346*
	Ναι	6	100,0	0	0,0	
Διπολική Διαταραχή	Όχι	188	72,6	71	27,4	0,310
	Ναι	29	80,6	7	19,4	
Κατάθλιψη	Όχι	192	77,7	55	22,3	<0,001
	Ναι	25	52,1	23	47,9	
Διαταραχή Προσωπικότητας	Όχι	196	79,4	51	20,6	<0,001
	Ναι	21	43,8	27	56,3	
Νοητική Υστέρηση	Όχι	213	73,4	77	26,6	1,000*
	Ναι	4	80,0	1	20,0	
Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή	Όχι	207	72,9	77	27,1	0,299*
	Ναι	10	90,9	1	9,1	
Συνοσηρότητα	Όχι	213	73,7	76	26,3	0,657*
	Ναι	4	66,7	2	33,3	
Τύπος Σχιζοφρενικής / Ψυχωτικής Διαταραχής	Αδιαφοροποίητος	85	60,7	55	39,3	<0,001*
	Παρανοϊκός	10	100,0	0	0,0	
	Υπολειμματικός	41	80,4	10	19,6	
	Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή	14	82,4	3	17,6	
	Παραληρητική Διαταραχή	8	61,5	5	38,5	
	Ψυχωτική Διαταραχή ΜΠΑ	53	91,4	5	8,6	
	Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή	2	100,0	0	0,0	
	Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή	4	100,0	0	0,0	
Διάρκεια Νόσου (έτη)	<3	45	68,2	21	31,8	0,045
	4-9	70	68,0	33	32,0	
	>9	102	81,0	24	19,0	

*Fisher's exact test

Στο γράφημα 19 αποδίδονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που είχαν διαπράξει απόπειρα στον χρόνο T0 ανάλογα με το αν διεγνώσθησαν με σχιζοφρένεια/ ψυχωτική διαταραχή ή όχι .



Στον πίνακα 35 παρουσιάζονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που είχαν κάνει απόπειρα στον χρόνο T0 σε σύγκριση με άλλα στοιχεία από το ιστορικό τους όπως η διάρκεια παρούσας νοσηλείας, αριθμός νοσηλειών, κατάχρηση ουσιών ή αλκοόλ, ιστορικό αυτοκαταστροφικής ή ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς στην οικογένειά τους και τέλος η διαθεσιμότητα μέσων. Βρέθηκε πως οι συμμετέχοντες που είχαν πρόσβαση σε κάποιο επικίνδυνο μέσο (π.χ. όπλο, μαχαίρι κ.α.) είχαν διαπράξει απόπειρα στον χρόνο T0 σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν πρόσβαση σε επικίνδυνα μέσα.

Πίνακας 35. Ποσοστά συμμετεχόντων με απόπειρα στον χρόνο T0 και άλλα στοιχεία του ιστορικού τους.

		Απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση				P Pearson's χ^2 test
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	
Διάρκεια Παρούσας Νοσηλείας (ημέρες)	20-40	60	70,6	25	29,4	0,082
	41-80	77	68,8	35	31,3	
	>80	80	81,6	18	18,4	
Αριθμός Νοσηλειών	0	23	65,7	12	34,3	0,156
	1-3	107	70,9	44	29,1	
	>3	86	79,6	22	20,4	
Κατάχρηση Ουσιών	Ναι	40	65,6	21	34,4	0,112
	Όχι	177	75,6	57	24,4	
Κατάχρηση από Αλκοόλ	Ναι	43	65,2	23	34,8	0,079
	Όχι	174	76,0	55	24,0	
Ιστορικό Αυτοκαταστροφικής Συμπεριφοράς στην οικογένεια	Όχι	177	75,0	59	25,0	0,262
	Ναι	40	67,8	19	32,2	
Ιστορικό Ετεροκαταστροφικής Συμπεριφοράς στην οικογένεια	Όχι	136	73,5	49	26,5	0,982
	Ναι	81	73,6	29	26,4	
Διαθεσιμότητα μέσων	Όχι	196	79,7	50	20,3	<0,001
	Ναι	21	42,9	28	57,1	

Σε ότι αφορά στους συμμετέχοντες σε σχέση με την παρελθούσα απόπειρα που είχαν διαπράξει και την επιθετική συμπεριφορά που εκδήλωσαν βρέθηκε πως όσοι που είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά στο σπίτι, έκαναν απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά στο σπίτι τους. (Πίνακας 36).

Πίνακας 36. Ποσοστά συμμετεχόντων με απόπειρα στον χρόνο T0 και επιθετική συμπεριφορά

		Απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση				P Pearson's χ^2 test
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	
Εκδήλωση Επιθετικής Συμπεριφοράς στη νοσηλεία T0	Όχι	83	75,5	27	24,5	0,569
	Ναι	134	72,4	51	27,6	
Εκδήλωση Επιθετικής Συμπεριφοράς στη νοσηλεία T0						
Οικία	Όχι	174	77,3	51	22,7	0,008
	Ναι	43	61,4	27	38,6	
Τμήμα Νοσοκομείου	Όχι	126	72,4	48	27,6	0,593
	Ναι	91	75,2	30	24,8	
Κοινότητα	Όχι	207	74,5	71	25,5	0,164*
	Ναι	10	58,8	7	41,2	
Εργασιακό χώρο	Όχι	202	73,7	72	26,3	0,818
	Ναι	15	71,4	6	28,6	
Άλλο	Όχι	211	73,5	76	26,5	1,000*
	Ναι	6	75,0	2	25,0	
Αριθμός επιθετικών πράξεων (στη νοσηλεία T0)	0	89	74,2	31	25,8	0,973
	1-3	83	73,5	30	26,5	
	>3	45	72,6	17	27,4	

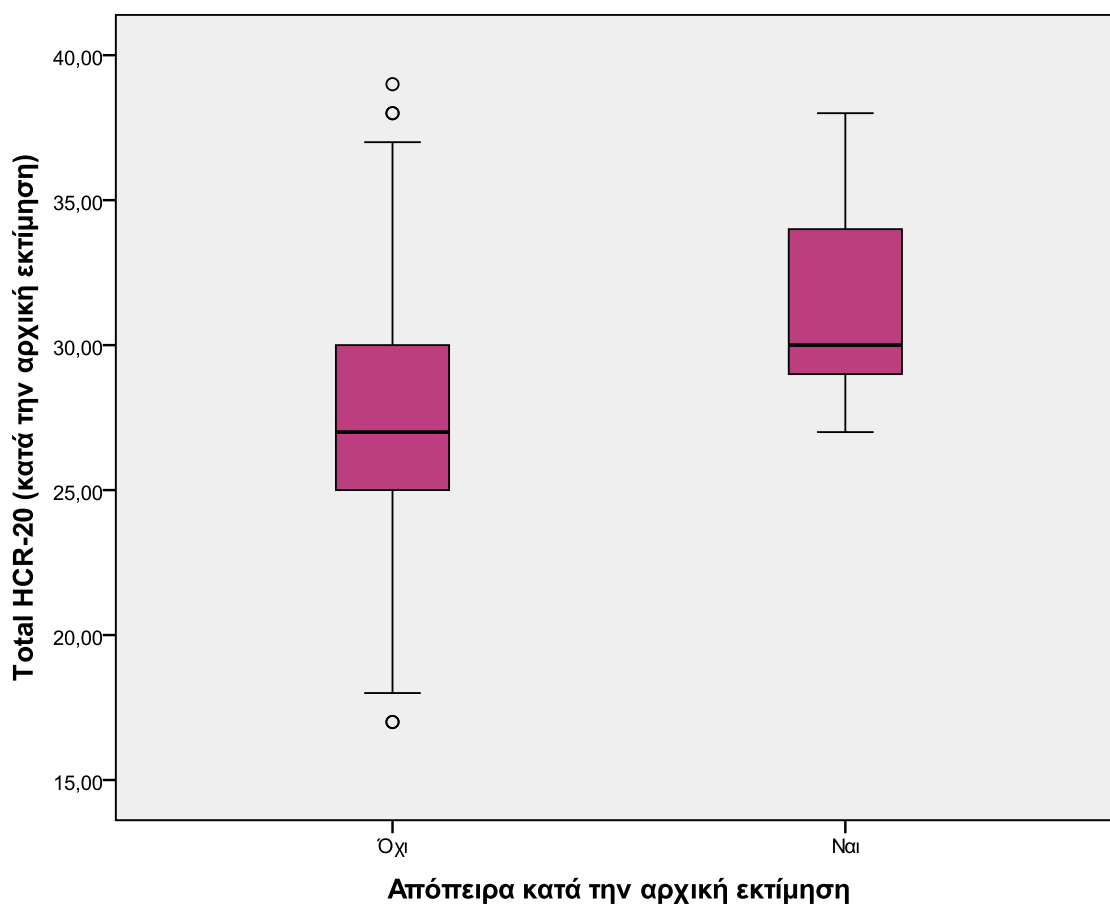
*Fisher's exact test

Συγκρίνοντας τις βαθμολογίες στις κλίμακες PCL: SV, HCR-20 και GAF των συμμετεχόντων που είχαν διαπράξει απόπειρα στο χρόνο T0 βρέθηκε πως όσοι είχαν κάνει απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές στις κλίμακες PCL: SV, HCR-20 σε σύγκριση με τους αυτούς που δεν είχαν κάνει απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση (T0). (Πίνακας 37).

Πίνακας 37. Βαθμολογίες κλιμάκων PCL: SV, HCR-20 και GAF συμμετεχόντων με απόπειρα στον χρόνο T0.

	Απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση				P Mann-Whitney
	Όχι		Ναι		
	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Total PCL: SV (κατά την αρχική εκτίμηση)	12,9±4,5	13 (10 - 16)	14,9±5,1	15 (11 - 19)	0,001
Total HCR-20 (κατά την αρχική εκτίμηση)	27,3±4,4	27 (25 - 30)	31,3±3	30 (29 - 34)	<0,001
GAF	48,6±9,6	49 (42 - 56)	47,7±12	49 (42 - 56)	0,981

Στο ακόλουθο γράφημα δίνεται η συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα HCR-20 ανάλογα με το αν είχαν κάνει απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση. (Γράφημα 20).



Η πολυπαραγοντική λογαριθμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το αν είχαν κάνει απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση (T0) με τη μέθοδο της διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης κατέδειξε πως η οικογενειακή κατάσταση, η διάρκεια νόσου, η διάγνωση με σχιζοφρένεια/ ψυχωτική διαταραχή και η βαθμολογία στην κλίμακα HCR-20 βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα και να προβλέπουν το αν είχαν κάνει οι συμμετέχοντες απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση. (Πίνακας 38). Ειδικότερα:

- Οι άγαμοι, διαζευγμένοι, χήροι είχαν 2,54 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να είχαν κάνει απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση σε σύγκριση με τους έγγαμους.
- Οι συμμετέχοντες που νοσούσαν περισσότερο από 9 έτη είχαν κατά 56% μικρότερη πιθανότητα να είχαν κάνει απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που νοσούσαν λιγότερα από 3 χρόνια.
- Οι συμμετέχοντες που έπασχαν από σχιζοφρένεια/ ψυχωτική διαταραχή είχαν κατά 68,0% μικρότερη πιθανότητα να είχαν κάνει απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν έπασχαν από σχιζοφρένεια/ ψυχωτική διαταραχή.
- Όσο αυξάνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα HCR-20 τόσο αυξάνεται η πιθανότητα να είχαν κάνει απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση.

Πίνακας 38.

		OR (95% ΔΕ)	P
Total HCR-20 (κατά την αρχική εκτίμηση T0)		1,30 (1,19 - 1,41)	<0,001
Οικογενειακή Κατάσταση	Έγγαμοι /ες	1,00*	0,007
	Άγαμοι /ες- Διαζευγμένοι /ες -Χήροι /ες		
Διάρκεια Νόσου (έτη)	<3	1,00	
	4-9	0,59 (0,27 - 1,28)	0,181
	>9	0,44 (0,2 - 0,96)	0,040
Σχιζοφρένεια / Ψυχωτική Διαταραχή	Όχι	1,00	
	Ναι	0,32 (0,17 - 0,61)	<0,001

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

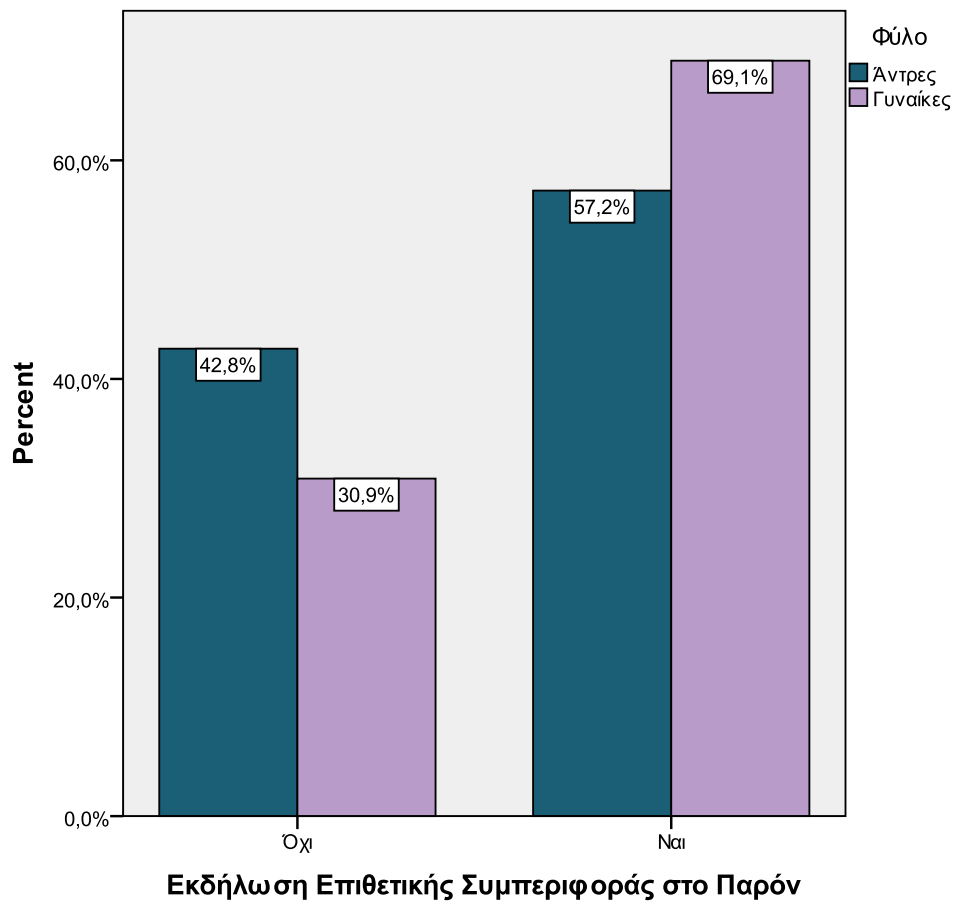
Η συσχέτιση της εκδήλωσης **επιθετικής συμπεριφοράς** με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες έδειξε ότι οι γυναίκες είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους άντρες. Επίσης, υπήρξε σημαντική διαφορά στα ποσοστά των συμμετεχόντων που είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά ανάλογα με την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες με κατώτερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά ενώ νοσηλεύονταν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με μέση ή ανώτερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση ($p=0,008$ και $p=0,012$ αντίστοιχα).

(Πίνακας 39)

Πίνακα 39. Ποσοστά συμμετεχόντων με επιθετική συμπεριφορά, επανανοσηλεία και τα δημογραφικά τους στοιχεία.

		Εκδήλωση Επιθετικής Συμπεριφοράς στο Παρόν				P Pearson's χ^2 test
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	
Φύλο	Άντρες	68	42,8	91	57,2	0,035
	Γυναίκες	42	30,9	94	69,1	
Ηλικία	18-35	35	33,7	69	66,3	0,578
	34-49	39	37,9	64	62,1	
	>49	36	40,9	52	59,1	
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμοι /ες	81	40,1	121	59,9	0,141
	Έγγαμοι /ες- Διαζευγμένοι /ες -Χήροι /ες	29	31,2	64	68,8	
Τόπος Κατοικίας	Αστικός	75	35,5	136	64,5	0,326
	Ημιαστικός/Αγροτικός	35	41,7	49	58,3	
Κοινωνικο-οικονομική κατάσταση	Ανώτερη	11	25,6	32	74,4	0,006
	Μέση	38	30,9	85	69,1	
	Κατώτερη	61	47,3	68	52,7	
Έτη Εκπαίδευσης	1-6	25	39,1	39	60,9	0,642
	6-12	59	38,8	93	61,2	
	>12	26	32,9	53	67,1	

Στο γράφημα 21 που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά ανάλογα με το φύλο τους.



Τα αποτελέσματα των ποσοστών των συμμετεχόντων που είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά σε σχέση με στοιχεία που αφορούν στη νόσο τους, έδειξαν πως οι συμμετέχοντες που διεγνώσθησαν με Σχιζοφρένεια / Ψυχωτική Διαταραχή είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους αυτούς που δεν διεγνώσθησαν με Σχιζοφρένεια / Ψυχωτική Διαταραχή. Αντίθετα, οι συμμετέχοντες που διεγνώσθησαν με Διαταραχή Προσωπικότητας είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με όσους δεν διεγνώσθησαν με Διαταραχή Προσωπικότητας.

Πίνακας 40. Ποσοστά συμμετεχόντων με επιθετική συμπεριφορά και στοιχεία του ιστορικού τους.

Διάγνωση		Εκδήλωση Επιθετικής Συμπεριφοράς στο χρόνο T0				P Pearson's χ^2 test
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	
Σχιζοφρένεια / Ψυχωτική Διαταραχή	Όχι	41	29,1	100	70,9	0,005
	Ναι	69	44,8	85	55,2	
Ψυχική Διαταραχή από Ουσίες	Όχι	109	37,6	181	62,4	0,654*
	Ναι	1	20,0	4	80,0	
Οργανική Ψυχική Διαταραχή	Όχι	108	37,4	181	62,6	1,000*
	Ναι	2	33,3	4	66,7	
Διπολική Διαταραχή	Όχι	100	38,6	159	61,4	0,208
	Ναι	10	27,8	26	72,2	
Κατάθλιψη	Όχι	93	37,7	154	62,3	0,770
	Ναι	17	35,4	31	64,6	
Διαταραχή Προσωπικότητας	Όχι	102	41,3	145	58,7	0,001
	Ναι	8	16,7	40	83,3	
Νοητική Υστέρηση	Όχι	106	36,6	184	63,4	0,066*
	Ναι	4	80,0	1	20,0	
Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή	Όχι	106	37,3	178	62,7	1,000*
	Ναι	4	36,4	7	63,6	
Συνοσηρότητα	Όχι	107	37,0	182	63,0	0,674*
	Ναι	15	55,5	12	44,5	
Τύπος Σχιζοφρενικής / Ψυχωτικής Διαταραχής	Αδιαφοροποίητος	40	28,6	100	71,4	0,079*
	Παρανοϊκός	6	60,0	4	40,0	
	Υπολειμματικός	22	43,1	29	56,9	
	Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή	9	52,9	8	47,1	
	Παραληρητική Διαταραχή	7	53,8	6	46,2	
	Ψυχωτική Διαταραχή ΜΠΑ	23	39,7	35	60,3	
	Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή	1	50,0	1	50,0	
Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή	2	50,0	2	50,0		
Διάρκεια Νόσου (έτη)	<3	22	33,3	44	66,7	0,232
	4-9	34	33,0	69	67,0	
	>9	54	42,9	72	57,1	

*Fisher's exact test

Στον πίνακα 41 παρουσιάζονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά σε σχέση με άλλα στοιχεία από το ιστορικό τους, όπως η διάρκεια παρούσας νοσηλείας, αριθμός νοσηλείων, κατάχρηση ουσιών ή αλκοόλ, ιστορικό αυτοκαταστροφικής ή ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς στην οικογένειά τους και τέλος την πρόσβαση ή μη σε διαθέσιμα επικίνδυνα μέσα.

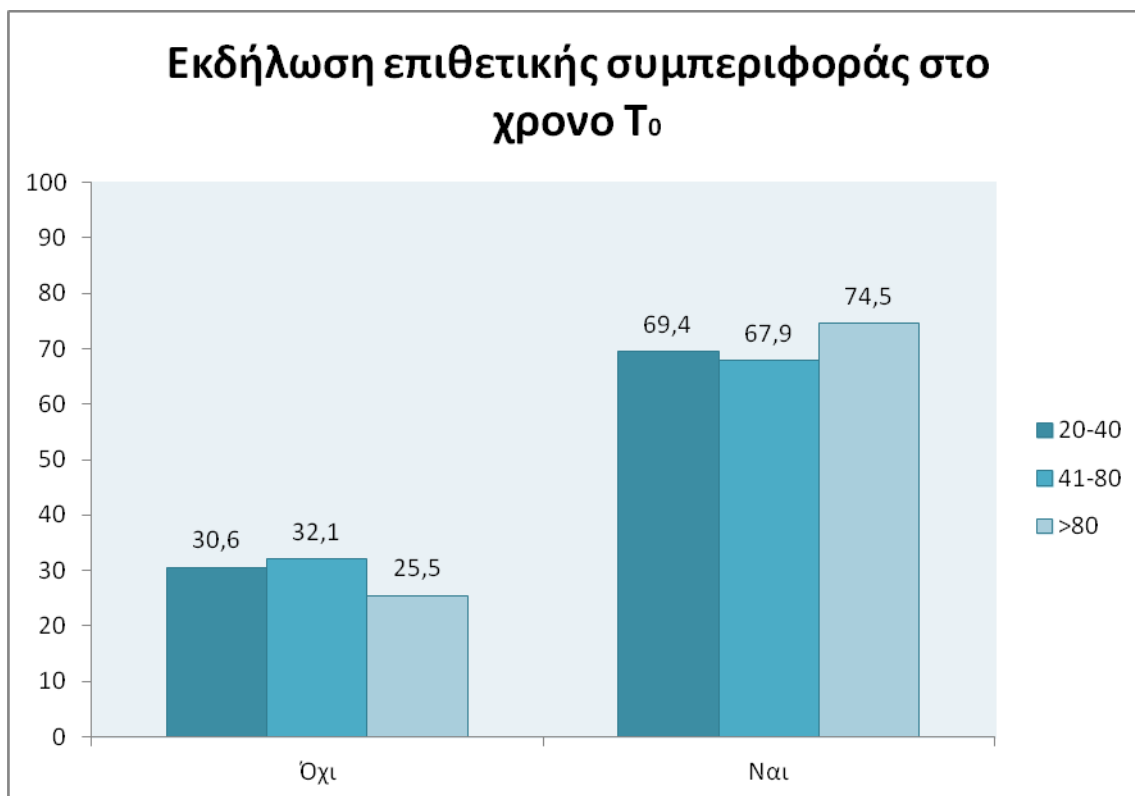
Πίνακας 41. Ποσοστά συμμετεχόντων με επιθετική συμπεριφορά και στοιχεία του ιστορικού τους.

		Εκδήλωση Επιθετικής Συμπεριφοράς στη νοσηλεία T0				P Pearson's χ^2 test
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	
Διάρκεια Παρούσας Νοσηλείας (ημέρες)	20-40	26	30,6	59	69,4	0,013
	41-80	36	32,1	76	67,9	
	>80	25	25,5	73	74,5	
Αριθμός Νοσηλείων	0	11	31,4	24	68,6	0,458
	1-3	61	40,4	90	59,6	
	>3	37	34,3	71	65,7	
Κατάχρηση Ουσιών	Ναι	19	31,1	42	68,9	0,265
	Όχι	91	38,9	143	61,1	
Κατάχρηση από Αλκοόλ	Ναι	19	28,8	47	71,2	0,105
	Όχι	91	39,7	138	60,3	
Ιστορικό Αυτοκαταστροφικής Συμπεριφοράς στην οικογένεια	Όχι	97	41,1	139	58,9	<0,001
	Ναι	13	22,0	46	78,0	
Ιστορικό Ετεροκαταστροφικής Συμπεριφοράς στην οικογένεια	Όχι	78	42,2	107	57,8	0,007
	Ναι	32	29,1	78	70,9	
Διαθεσιμότητα μέσων	Όχι	94	38,2	152	61,8	0,025
	Ναι	16	32,7	33	67,3	

Υπήρξε σημαντική διαφορά στα ποσοστά των συμμετεχόντων που είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά ανάλογα με τη διάρκεια παρούσας νοσηλείας. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που νοσηλεύτηκαν πάνω από 80 ημέρες είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά κατά τη νοσηλεία τους στο χρόνο T0 σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με εκείνους που νοσηλεύτηκαν 20-40 ή 41-80 ημέρες ($p=0,011$ και $p=0,013$). Επίσης, οι συμμετέχοντες που είχαν ιστορικό αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στην οικογένεια είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά ενώ νοσηλεύονταν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν ιστορικό αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στην οικογένεια. Οι συμμετέχοντες που είχαν ιστορικό ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς στην οικογένεια

είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά κατά τη νοσηλεία στον χρόνο T0 σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν ιστορικό ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς στην οικογένεια. Τέλος, όσοι από τους συμμετέχοντες είχαν πρόσβαση σε επικίνδυνα μέσα είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά στο χρόνο T0 σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν.

Το γράφημα 22 που ακολουθεί παρουσιάζει τα ποσοστά των συμμετεχόντων που είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά στο παρόν σε σχέση με τη διάρκεια της παρούσας νοσηλείας τους.

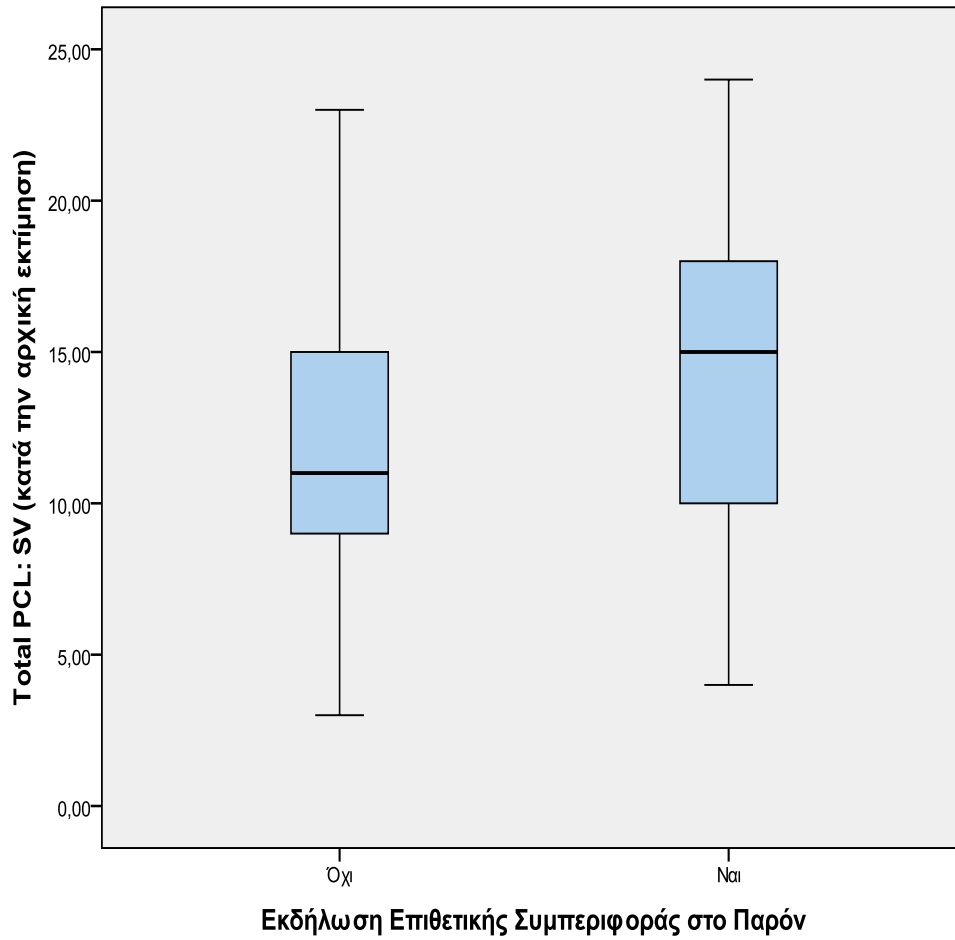


Σε ότι αφορά στις βαθμολογίες που είχαν οι συμμετέχοντες στις κλίμακες PCL: SV, HCR-20 και GAF σε σχέση με την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς βρέθηκε πως οι συμμετέχοντες που είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά κατά τη νοσηλεία τους στο χρόνο T0 είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές στις κλίμακες PCL: SV, HCR-20 σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά στη νοσηλεία T0. (Πίνακας 42).

Πίνακας 42. Βαθμολογίες κλιμάκων PCL: SV, HCR-20 και GAF σε σχέση με την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς.

	Εκδήλωση Επιθετικής Συμπεριφοράς στο χρόνο T0				P Mann-Whitney
	Όχι		Ναι		
	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Total PCL: SV (κατά την αρχική εκτίμηση T0)	11,8±4,4	11 (9 - 15)	14,4±4,6	15 (10 - 18)	<0,001
Total HCR-20 (κατά την αρχική εκτίμηση T0)	26,5±4,3	27 (24 - 29)	29,4±4,2	29 (27 - 32)	<0,001
GAF	47,4±10	48 (40 - 55)	49±10,4	50 (43 - 56)	0,095

Στο γράφημα 23 δίνεται η συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα PCL: SV ανάλογα με το αν είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά στη νοσηλεία T0.



Τέλος, τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής λογαριθμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το αν οι συμμετέχοντες είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά στον πρώτο χρόνο μέτρησης (T0) με τη μέθοδο της διαδοχικής ένταξης/ αφαίρεσης έδειξαν ότι το φύλο, η διάρκεια παρούσας νοσηλείας και οι βαθμολογίες στις κλίμακες HCR-20 και PCL: SV βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα και να προβλέπουν το αν είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά στο παρόν οι συμμετέχοντες. Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες είχαν κατά 87% μεγαλύτερη πιθανότητα να είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά ενώ νοσηλεύονταν σε σύγκριση με τους άντρες.
- Οι συμμετέχοντες που νοσηλεύτηκαν πάνω από 80 ημέρες είχαν κατά 61% μικρότερη πιθανότητα να είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους στο χρόνο T0, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που νοσηλεύτηκαν 20-40 ημέρες.
- Όσο αυξάνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα HCR-20 τόσο αυξάνεται η πιθανότητα να είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά κατά τη διάρκεια της νοσηλείας T0.
- Όσο αυξάνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα PCL: SV τόσο αυξάνεται η πιθανότητα να είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά κατά τη νοσηλεία στον χρόνο T0.(Πίνακας 43).

Πίνακας 43. Πολυπαραγοντική λογαριθμική παλινδρόμηση αναφορικά με την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς.

	OR (95% ΔΕ)	P
Total PCL: SV (κατά την αρχική εκτίμηση T0)	1,09 (1,02 - 1,18)	0,017
Total HCR-20 (κατά την αρχική εκτίμηση T0)	1,11 (1,03 - 1,2)	0,007
Φύλο		
Άντρες		
Γυναίκες	1,87 (1,11 - 3,16)	0,019
Διάρκεια Παρούσας Νοσηλείας (ημέρες)		
20-40		
41-80	0,84 (0,44 - 1,61)	0,604
>80	0,39 (0,2 - 0,76)	0,006

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

9.1. ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΗ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΩΝ ΚΛΙΜΑΚΩΝ HCR-20 και PCL:SV . ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ.

Δύο βασικές θέσεις αναφορικά με την εκτίμηση του κινδύνου που κυριάρχησαν πριν από 30 χρόνια, σήμερα θεωρούνται πια αβάσιμες. Η πρώτη αφορούσε στο γεγονός πως οι ψυχιατρικοί ασθενείς ως ομάδα δεν ήταν περισσότερο βίαιοι από το γενικό πληθυσμό,²⁴⁹ ενώ η δεύτερη πρέσβευε πως οι επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας δεν μπορούσαν να προβλέψουν ποιοί ασθενείς θα εκδήλωναν βίαιη συμπεριφορά.²⁵⁰

Η πραγματικότητα όσον αφορά την πρώτη άποψη σήμερα, εξαρτάται ανάμεσα στα άλλα από την ομάδα των ασθενών που περιγράφεται, ενώ η δεύτερη άποψη δεν είναι πια ακριβής. Ένας αριθμός έγκυρων ψυχομετρικών εργαλείων προβλέπουν πλέον, τη βίαιη συμπεριφορά με περισσότερη ακρίβεια, από την απλή εκτίμηση των πιθανοτήτων.²⁵¹

Ωστόσο, η ικανότητα πρόβλεψης της βίαιης συμπεριφοράς μακροπρόθεσμα δεν έχει ακόμη αποδειχτεί. Συνήθως ταυτοποιούνται οι πληθυσμοί που είναι πιθανότερο να συμπεριφερθούν βίαια, αλλά δεν είναι εφικτό να προβλεφθεί απόλυτα ο συγκεκριμένος κίνδυνος βίας για ένα δεδομένο άτομο.^{252, 253}

Καθώς στη χώρα μας δεν έχει μελετηθεί επαρκώς ο κίνδυνος εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς, η χρήση μιας από τις πλέον ενδεδειγμένες κλίμακες - όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφία και την εμπειρία επαγγελματιών ψυχικής υγείας από άλλες χώρες του εξωτερικού - κρίθηκε απαραίτητη.

Στοιχεία για την χρήση της HCR-20 στην Ελλάδα δεν υπάρχουν. Στην παρούσα εργασία εξετάσαμε την προβλεπτική εγκυρότητα και αξιοπιστία της κλίμακας σε σχέση με την έκβαση μετά το εξιτήριο, ασθενών που είχαν ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς και οι οποίοι νοσηλεύτηκαν κατά το χρονικό διάστημα Απρίλιος 2007 έως Μάρτιο 2008 σε κάποιο ψυχιατρικό τμήμα γενικού ή ειδικού νοσοκομείου.

Οι ασθενείς του δείγματος (295 άτομα) μετρήθηκαν με τις κλίμακες HCR-20 , PCL:SV και GAF. Ως πηγές χρησιμοποιήθηκαν οι ατομικοί τους φάκελοι, συνεντεύξεις με τους ίδιους και τους έμμεσους πληροφοριοδότες και τέλος συζητήσεις με μέλη της Θ.Ο. από το τμήμα νοσηλείας.

Η συγκεκριμένη έρευνα είναι η πρώτη στην Ελλάδα που ελέγχει την εγκυρότητα της κλίμακας HCR-20, συνολικά και στις υποκλίμακες της, προσδιορίζοντας την πορεία μετά το εξιτήριο (επανεισαγωγή) και την πιθανή εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς (π.χ. απόπειρα,

επιθετική συμπεριφορά κ.α.) ασθενών που μετά το εξιτήριο είχαν μεταπαρακολούθηση για 3 χρόνια.

Στόχος μας είναι με βάση τα ευρήματα που θα προκύψουν, να εισάγουμε την HCR-20 ως ένα εργαλείο χρήσιμο στην κλινική πρακτική, βοηθητικό στην διαχείριση της επικινδυνότητας ψυχικά ασθενών.

Αρκετές μελέτες στην Ευρώπη και τις Ηνωμένες Πολιτείες υποστηρίζουν την αξιοπιστία, εγκυρότητα και κλινική ευχρηστία της HCR-20 τόσο σε ενδονοσοκομειακές όσο και εξωνοσοκομειακές δομές²⁵⁴. Επιπρόσθετα, επισημαίνεται πως το σημείο κλειδί της HCR-20 αποτελεί η ευχρηστία της στην καθοδήγηση της κλινικής σκέψης σχετικά με τη διαχείριση της επικινδυνότητας και αυτή ακριβώς η όψη του εργαλείου είναι που έχει οδηγήσει στην αποδοχή της και τη χρήση της στην καθημερινή πρακτική.²⁵⁵

Τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη, είχαν επιδείξει σημαντική προβλεπτική αξιοπιστία και εγκυρότητα σε προηγούμενες μελέτες, καθώς επιτρέπουν συγκρίσεις στοιχείων του ιστορικού, προδιαθεσικών, κλινικών καθώς και παραγόντων που σχετίζονται με την παρακολούθηση όπως περιγράφονται στην MacArthur Violence Risk Assessment Study (Mac VRAS) ή επειδή είναι ειδικά κατασκευασμένα για την εκτίμηση της επικινδυνότητας.²⁵⁶

Η κλίμακα PCL:SV επιλέχτηκε ως μέθοδος για την μέτρηση της ψυχοπαθητικότητας καθώς αποτελεί μια κλίμακα κατάλληλη για χρήση σε μη ψυχιατροδικαστικούς ασθενείς.²⁵⁷ Αλλωστε, το δείγμα της παρούσας μελέτης πληρεί αυτές τις προϋποθέσεις.

Η κλίμακα της σφαιρικής λειτουργικότητας GAF όπως παρουσιάστηκε από την APA, στο Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3th Edition (DSM-III), αποτελεί ένα εργαλείο προσδιορισμού και μέτρησης της λειτουργικότητας ασθενών όλων των διαγνωστικών κατηγοριών.^{258,259} Πολλές ερευνητικές μελέτες ασκούν κριτική για τη χρησιμότητα της εν λόγω κλίμακας, καθώς έμμεσα τίθενται θέματα ως προς το τι θεωρείται στην κλίμακα ψυχική υγεία και ψυχική νόσος και τι περιλαμβάνει η καλή κοινωνική λειτουργικότητα.²⁶⁰

Επιπλέον πολλοί ερευνητές υπερτονίζουν την ανάγκη διάκρισης της λειτουργικότητας στους ρόλους από αυτή της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, καθώς όπως έχει αποδειχτεί προκύπτουν σοβαρά ζητήματα κατά την συμπλήρωση της στην προσπάθεια του κλινικού να εστιάσει σε έναν από τους δύο τομείς.²⁶¹ Η χρήση της GAF ως σφαιρικής κλίμακας φαίνεται πως παρουσιάζει αρκετά ψυχομετρικά προβλήματα καθώς περιλαμβάνει λήμματα ανάμικτα – χωρίς ευκρινή διαχωρισμό- τόσο την σοβαρότητα της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας όσο και την εξέλιξη της λειτουργικότητας.²⁶² Τέλος αναφέρονται

περιορισμοί στη χρήση της κλίμακας GAF αναφορικά με την εσωτερική εγκυρότητα και αξιοπιστία και την αξιοπιστία δοκιμασίας- επαναδοκιμασίας.²⁶³

Η χρησιμοποίηση των έμμεσων πληροφοριοδοτών (collateral informants) επιλέχθηκε καθώς σε άλλες αντίστοιχες μελέτες βρέθηκε να αυξάνει σημαντικά την αποκάλυψη της επιθετικής συμπεριφοράς ιδιαίτερα στην κοινότητα.^{264, 265}

Εάν είχαμε βασιστεί σε ένα μόνο είδος πηγών, πιθανά να είχαμε αποκαλύψει μόνο τα μισά περιστατικά που είχαν συμβεί και κάτι τέτοιο θα μείωνε σημαντικά την ικανότητά μας να εκτιμήσουμε την ακρίβεια της αξιοπιστίας των κλιμάκων. Οι Douglas και Ogloff²⁶⁶ συνηγορώντας στα ανωτέρω κατέληξαν πως βασιζόμενοι σε ένα μόνο τύπο πηγών, θα έχαναν σημαντικά στοιχεία για τη βίαιη συμπεριφορά, καθώς τα αποτελέσματα των μετρήσεων της βίας διέφεραν ανάλογα με την πηγή που χρησιμοποιούσαν.

Τα ευρήματα της παρούσας εργασίας στην πλειοψηφία τους επιβεβαιώνουν αναφορές άλλων μελετών.

Αναφορικά με τις δύο κλίμακες (HCR-20 και PCL:SV) που χρησιμοποιήθηκαν, βρέθηκε θετική συσχέτιση στη μεταξύ τους σχέση (όσο αυξανόταν η μια αυξανόταν και η άλλη) αλλά και στην ικανότητα πρόβλεψης εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς στο μέλλον (επανεισαγωγές, απόπειρα, επιθετική συμπεριφορά) . Ειδικότερα, βρέθηκε πως όσο αυξάνεται η βαθμολογία στην HCR-20 τόσο αυξάνεται η πιθανότητα επανανοσηλείας λόγω εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς. Ο Mossman²⁶⁷ διαπίστωσε ακριβώς το ίδιο , πως όσο πιο υψηλή βαθμολογία συγκέντρωνε κάποιος τόσο υψηλότερη η πιθανότητα να εκδηλώσει βίαιη συμπεριφορά στους επόμενους μήνες. Το ίδιο επισημάνθηκε και από τους McNeil και συν .²⁶⁸

Οι Dolan και Blattner²⁶⁹ εκτιμώντας την προβλεπτική αξιοπιστία και την κλινική ευχρηστία της HCR-20 ως προβλεπτικό παράγοντα για ασθενείς που πήραν εξιτήριο από τμήμα μέσης ασφάλειας προς την κοινότητα, στη Μ. Βρετανία, βρήκαν πως η HCR-20 ήταν ένας καλός προβλεπτικός παράγοντας για την αυτοαναφερόμενη βία, τις επανεισαγωγές και ιδιαίτερα για επανεισαγωγές όπως προβλέπονται από το νόμο Ψυχικής Υγείας (1986).

Οι Dolan και Khawaja²⁷⁰ παρακολούθησαν 70 ασθενείς για 2 χρόνια μετά το εξιτήριο. Κατέληξαν πως η HCR-20 αποδείχθηκε σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας επανεισαγωγής και αυτο- έμμεσης αναφοράς βίαιης συμπεριφοράς. Στα ευρήματά τους επισημαίνουν πως η HCR-20 και οι υποκλίμακές της αποτελούν ισχυρούς προγνωστικούς παράγοντες της χρονικής διάρκειας όπου ένα άτομο παραμένει στην κοινότητα « ελεύθερο

βίαιων πράξεων », με τα υψηλά σκορ της HCR-20 να καταδεικνύουν σύντομο χρονικό διάστημα της σχετικής αυτής ελευθερίας πριν την εκδήλωση επανεισαγωγής, ή βίας.

Ο Douglas ²⁷¹ μελετώντας τα αρχεία 200 ψυχιατρικών ασθενών που νοσηλεύονταν χωρίς τη θέλησή τους βρήκε ότι οι υποκλίμακες H και R σχετίζονταν με τη βίαιη συμπεριφορά. Μεταξύ των κλιμάκων HCR -20 και PCL:SV, η πρώτη φάνηκε να υπερέχει στην προβλεπτική εγκυρότητα. Σε μεταγενέστερη εργασία οι Douglas και συν. ²⁷² συνέκριναν την προγνωστική αξιοπιστία της HCR-20 με αυτή της PCL: SV σε 193 ασθενείς που βρίσκονταν υπό επιτήρηση στην κοινότητα για το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (M.O =626 μέρες). Κατέληξαν πως η κλίμακα HCR-20 πρόσθετε προγνωστική αξιοπιστία στην PCL: SV, αλλά δεν συνέβαινε το αντίθετο. Πολλαπλή ανάλυση των υποκλιμάκων και των 2 κλιμάκων έδειξε πως μόνο η HCR-20 εμφάνισε ποσοστό πρόγνωσης της βίας. Επίσης, μόνο οι υποκλίμακες H και R εμφάνισαν τη μεγαλύτερη συσχέτιση με τη βία.

Παρόμοια οι McNeil και συν. ²⁷³ βρήκαν πως η HCR-20 συσχετιζόταν με την PSL:SV, Από τις υποκλίμακες, μόνο οι παράγοντες του ιστορικού (υποκλίμακα H) της HCR-20 προσέφερε ανεξάρτητη συσχέτιση με την πρόβλεψη της βίας.

Οι Muller- Isberner και συν. ²⁷⁴ χρησιμοποιώντας τις HCR-20 και PCL:SV, συμπέραναν πως και οι δύο κλίμακες δεν προβλέπουν σταθερά τη σοβαρή μορφή βίας.

Οι Fujii και συν. ²⁷⁵ υποστηρίζουν πως ένα κρίσιμο (cutoff) σκορ 27 για την κλίμακα της επικινδυνότητας πρέπει να αποτελέσει ένα σημαντικό μήνυμα για τον κλινικό. Στη δική μας μελέτη το κρίσιμο (cutoff) σκορ προσδιορίστηκε στο 29. Αντίστοιχα για την PCL:SV ο Hare ²⁷⁶ αναφέρει πως συνήθως ένα σκορ 30 τυπικά χρησιμοποιείται ως διαγνωστικό κρίσιμο σκορ (cutoff) της ψυχοπαθητικότητας. Ωστόσο, σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες (Σκωτία, Αγγλία, Σουηδία, Ολλανδία) ένα κρίσιμο (cutoff) σκορ της τάξης του 25 ή 26 αποδείχτηκε χρήσιμο. ^{277,278}

Υψηλές βαθμολογίες και στις δύο κλίμακες βρέθηκαν στην εργασία μας, σε όσους ασθενείς είχαν κάνει απόπειρα στον πρώτο χρόνο μέτρησης T0 και σε όσους είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά στον ίδιο χρόνο.

Παρόμοια, ο Miller ²⁷⁹ υποστηρίζει πως το ιστορικό βίας κατά του εαυτού (π.χ. απόπειρα αυτοκτονίας ή αυτοακρωτηρισμός (self-mutilation) σχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο βίας και κατά των άλλων επίσης. ^{280,281}. Οι Monahan και συν. ²⁸² σε έρευνά τους κατέληξαν πως όλες οι προηγούμενες βίαιες πράξεις – αυτοαναφερόμενες , από τα αρχεία νοσοκομείων σχετιζόταν σημαντικά με τη μελλοντική βία.

Η Χαβάκη-Κονταξάκη ²⁸³ αναφέρει πως οι ψυχιατρικοί ασθενείς έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εκδηλώσουν βίαιη συμπεριφορά στην κοινότητα μετά τη νοσηλεία τους, ιδιαίτερα αν έχουν ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς, ενεργό συμπτωματολογία και δεν λαμβάνουν κανονικά τη φαρμακευτική τους αγωγή .

Συσχετίσεις μεταξύ του συνολικού σκορ της HCR-20 και των υποκλιμάκων της, αναφορικά με την επιθετική συμπεριφορά κατέδειξαν πως το συνολικό σκορ της HCR-20 προέβλεπε καλύτερα την εκδήλωση της επιθετικής συμπεριφοράς από την υποκλίμακα C.

Οι Douglas και Belfrage ²⁸⁴ και οι Webster και συν. ²⁸⁵ επιβεβαιώνουν πως η HCR-20 προβλέπει την αυτο - έμμεση αναφερόμενη βία κατά την περίοδο μετά το εξιτήριο, και επίσης δείχνει πως είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για την εκτίμηση πιθανής βίαιης συμπεριφοράς στην κοινότητα. Υποστηρίζουν επίσης πως τα στοιχεία που προέκυψαν αναφορικά με τον χρόνο παραμονής ενός ατόμου στην κοινότητα, χωρίς να εκδηλώσει βίαιη συμπεριφορά και μέχρι να συμβεί κάποιο ανάλογο συμβάν , επιβεβαιώνουν πως υψηλό σκορ στην HCR-20 αποτελεί ένα ισχυρό προγνωστικό παράγοντα για το ποιός πρόκειται να επανανοσηλευτεί με βάση την κλιμάκωση της επικινδυνότητάς του και ποιός τελικά βρίσκεται στα πρόθυρα επανακαταδίκης (για ψυχιατροδικαστικούς ασθενείς).

Για τους Cray και συν. ²⁸⁶ η HCR-20 επίσης αποδείχτηκε καλύτερος προβλεπτικός παράγοντας (AUC 0,68- 0,77) από την υποκλίμακα C (AUC 0,54 -0,61). Παρόμοια ήταν και τα δικά μας αποτελέσματα κατέδειξαν για την κλίμακα HCR-20 στο σύνολό της (AUC 0,62- 0,74) και για την υποκλίμακα C (AUC 0,53 -0,66).

Όσον αφορά στις απόπειρες στον χρόνο T0 , η συνολική HCR-20, η υποκλίμακα H και η υποκλίμακα R βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές ενώ δεν ισχύει το ίδιο για την υποκλίμακα C. Ο Mossman ²⁸⁷ υποστηρίζει πως το συνολικό σκορ της υποκλίμακας H προσδίδει την πιθανότητα βίαιης εκτροπής στο μέλλον, και κυρίως στο βαθμό που η βίαιη συμπεριφορά αποτελεί συστατικό του αντικοινωνικού τρόπου ζωής που περιλαμβάνει κατάχρηση ουσιών και έλλειψη δεξιοτήτων για την εύρεση και διατήρηση μιας εργασίας.

Οι Neuner και συν. ²⁸⁸ επισημαίνουν πως ο κίνδυνος αυτοκτονίας σε νοσηλευόμενους ασθενείς ήταν αυξημένος εάν αυτοί είχαν επιχειρήσει απόπειρα πριν την είσοδό τους στο νοσοκομείο και ήταν υψηλού μορφωτικού επιπέδου. Η επιθετικότητα όμως δεν βρέθηκε να είναι προγνωστικός παράγοντας για την απόπειρα.

Η εύκολη πρόσβαση σε κάποιο επικίνδυνο μέσο, βρέθηκε να σχετίζεται με πιο υψηλά ποσοστά αποπειρών και εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς στον πρώτο χρόνο μέτρησης

(T0). Η πρόσβαση σε πυροβόλα ή άλλα όπλα υποστηρίζεται πως αποτελεί ισχυρό δείκτη κινδύνου και σε άλλες ερευνητικές μελέτες.^{279, 289, 290}

Σχετικά με προβλεπτική ικανότητα των κλιμάκων αναφορικά με την επανανοσηλεία βρήκαμε πως το συνολικό σκορ της HCR-20 και η υποκλίμακά της H βρέθηκαν πιο σημαντικές. Στο ίδιο αποτέλεσμα κατέληξαν και οι Douglas και Belfrage²⁸⁴, και Webster²⁸⁵ τονίζοντας πως η υποκλίμακα H είχε ειδική χρησιμότητα για την πρόβλεψη της βίαιης συμπεριφοράς.

Από τους ασθενείς του δείγματός μας βρέθηκε πως όσοι είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά στον χρόνο T0 νοσηλεύτηκαν ξανά σε υψηλό ποσοστό. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με αυτά των Miller²⁷⁹, Mc Niel και συν.²⁹¹, Monahan²⁹², Hare²⁹³, πως το ιστορικό βίας είναι ο καλύτερος μεμονωμένος παράγοντας πρόβλεψης μελλοντικής βίας.²⁹⁴

Τα ανωτέρω επιβεβαιώνονται και από το γεγονός πως όσοι ασθενείς μας ξανανοσηλεύτηκαν είχαν υψηλές βαθμολογίες και στις δύο κλίμακες HCR-20 και PCL:SV.

Στον χρόνο T1 προβλεπτική ικανότητα για απόπειρα είχε η κλίμακα HCR-20 συνολικά και η υποκλίμακα R. Αναφορικά με την υποκλίμακα R έχει βρεθεί πως αν είναι υψηλή, τότε οι παράγοντες αυτοί πιθανά να αυξάνουν την επικινδυνότητα του ασθενούς και να χρειάζεται επιπρόσθετη παρέμβαση, πιθανά ένα άλλο αποκαταστασιακό πλαίσιο ή ειδική βοήθεια προκειμένου να αντεπεξέλθει στην καθημερινότητά του ο ασθενής κατά τη διάρκεια της εξωνοσοκομειακής παρακολούθησης.²⁷⁸ Αλλωστε δεν πρέπει να ξεχνάμε πως η υποκλίμακα R αποτελεί –όπως προσδιορίζεται και από το εγχειρίδιο της κλίμακας HCR-20- και μέσο ελέγχου των θεραπευτικών και αποκαταστασιακών παρεμβάσεων.

Στην επανανοσηλεία ασθενών του δείγματός μας σημαντικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζουν ο αυξημένος αριθμός νοσηλειών, ο αριθμός προηγούμενων επιθετικών πράξεων και το ιστορικό αυτο και ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς κάποιου άλλου μέλους στην οικογένεια των ασθενών.

Ετσι όσοι είχαν πάνω από 3 νοσηλείες διαπιστώθηκε πως ξανανοσηλεύονταν πιο συχνά. Ο Miller²⁷⁹ αναφέρει πως άτομα που κατά το παρελθόν νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο για οποιοδήποτε λόγο διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο, ιδιαίτερα αν η βίαιη συμπεριφορά ήταν ο λόγος της νοσηλείας τους. Ομοίως οι Steinert και συν.²⁹⁵ καταγράφουν τον αριθμό των νοσηλειών ως έναν από τους παράγοντες επιθετικής συμπεριφοράς.

Οι ασθενείς που είχαν εμπειρία/ες αυτο και ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς κάποιου άλλου μέλους στην οικογένεια τους βρέθηκαν και να νοσηλεύονται περισσότερο αλλά και να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά επιθετικής συμπεριφοράς. Ο Miller²⁷⁹ επισημαίνοντας το ίδιο εύρημα υπογραμμίζει πως ένα τέτοιο συμβάν (συμβάντα) είναι ιδιαίτερα σημαντικό (α) αν έλαβε χώρα στα πλαίσια μιας συγκεκριμένης στρεσογόνου κατάστασης, προσβολής, οικογενειακής σύγκρουσης. Ένα ιστορικό ξεσπασμάτων θυμού ή κρίσεων οργής ή επιθέσεων, συλλήψεων αυξάνει τον κίνδυνο.

Ο αριθμός των επιθετικών πράξεων (πάνω από τρεις (3), που είχαν εκδηλωθεί στο παρελθόν (πριν τον πρώτο χρόνο μέτρησης T0), και αριθμός επιθετικών πράξεων 1-3 στον χρόνο T0, ή/και το μεσοδιάστημα T0-T1, βρέθηκε να είναι προβλεπτικός για την επανανοσηλεία.

Ειδικότερα ως προς την έκφραση επιθετικής συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας πολλές μελέτες αναφέρουν πως το 80% των βίαιων επεισοδίων συμβαίνει σε διάστημα μεγαλύτερο των 72 ωρών από την εισαγωγή,²⁹⁶ ενώ σε άλλες εμφανίζεται στο διάστημα των 3 πρώτων ημερών.²⁹⁷ Οι Bartels και συν.²⁹⁸ θεωρούν πως το 10-45% των ασθενών με σχιζοφρένεια εκδηλώνουν επιθετικότητα ή απειλούν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Συχνά η πλειοψηφία των επιθετικών επεισοδίων παρατηρείται στην αρχή της νοσηλείας και κυρίως εναντίον του προσωπικού.²⁹⁹ Κατά Μ.Ο. οι επιθετικοί ασθενείς παρέμειναν νοσηλευόμενοι περισσότερο από ότι οι μη επιθετικοί, ενώ αναφέρουν πως η μεγάλη παραμονή στο νοσοκομείο αποτελεί παράγοντα επιθετικότητας.^{287, 300}

Και στο δικό μας δείγμα οι ασθενείς που είχαν μεγάλη διάρκεια παραμονής (>80 ημέρες) κατέγραψαν λιγότερες επιθετικές συμπεριφορές σε σχέση με αυτούς που είχαν από 20 – 40 ημέρες διάρκεια νοσηλείας.

Οι Urheim και συν.³⁰¹ αναφορικά με τη προβλεπτική ικανότητα της HCR-20 για την ενδονοσοκομειακή βία σε κλειστό ψυχιατρικό τμήμα στη Νορβηγία, βρήκαν το τελικό σκορ, την C και την R να σχετίζονται σημαντικά με τη συχνότητα, ενώ το τελικό σκορ, η H και η R της HCR-20 σχετίζονταν με τη σοβαρότητα.

Οι Gjeratt και συν.³⁰² χρησιμοποίησαν τις υποκλίμακες H και C της HCR-20 για να προβλέψουν την ενδονοσοκομειακή βία. Η υποκλίμακα H υπήρξε ο μοναδικός σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για κάθε μορφή ενδονοσοκομειακού επεισοδίου βίας και κυρίως πιο σημαντικός για την πρόβλεψη λεκτικής προσβολής.

Επιπρόσθετα, αναφορικά με την βία που εκδηλώνεται ενώ ο ασθενής βρίσκεται σε άδεια (λίγων ωρών ή ημερών) κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, βρήκαμε πως η

επιθετική συμπεριφορά στο σπίτι σχετίζεται θετικά με τη βίαιη συμπεριφορά και κυρίως τις απόπειρες. Ο Miller ²⁷⁹ υποστηρίζει πως η παλαιότερη βία μέσα στο σπίτι σχετίζεται με τη μελλοντική βία τόσο μέσα όσο και έξω από το σπίτι.

Αναφορικά με το φύλο διαπιστώθηκε πως οι γυναίκες είχαν κάνει περισσότερες απόπειρες σε σχέση με τους άνδρες και για το λόγο αυτό εμφάνισαν πιο υψηλά ποσοστά επανεισαγωγών στο δείγμα μας. Η Χαβάκη – Κονταξάκη ²⁸³ αναφέρει πως οι γυναίκες έχουν υψηλότερους δείκτες απόπειρας αυτοκτονίας από τους άνδρες, ενώ οι συντελεσθείσες αυτοκτονίες είναι περισσότερες στους άνδρες. Ακόμη φαίνεται πως μεταξύ των ανδρών η αποτυχία μιας επιχειρούμενης αυτοκτονίας δεν είναι εύκολα αποδεκτή.

Οι Steinert και συν. ²⁹⁵ βρήκαν πως το 75% των ανδρών και το 53% των γυναικών του δείγματός τους εκδήλωσαν κάποιο τύπο επιθετικής συμπεριφοράς κατά την πρώτη νοσηλεία τους ή των επόμενων νοσηλείων τους, καθώς 17% των ανδρών και 26% των γυναικών έκαναν απόπειρα. Από τους παράγοντες επανεισαγωγής που μελέτησαν με εξαίρεση τη συμμόρφωση στη φ.α, βρήκαν πως η επιθετική συμπεριφορά προς τους άλλους και τον εαυτό υπήρξε ένας σημαντικός παράγοντας κατά τη διάρκεια των 2 ετών μετά το εξιτήριο της πρώτης νοσηλείας.

Οι Minutolo και συν. ³⁰³ βρήκαν πως οι άνδρες είναι πιο επιρρεπείς στην έκφραση ετεροκατευθυνόμενης βίαιης συμπεριφοράς (directed- aggression) , ενώ οι γυναίκες στην αυτοκατευθυνόμενη (self –directed aggression). Ο Miller ²⁷⁸ υποστηρίζοντας πως οι άνδρες ασθενείς έχουν συμπεριφορά βιαιότερη από τις γυναίκες, υπογραμμίζει πως ειδικά μεταξύ των ψυχιατρικών ασθενών είναι πιθανό οι άνδρες και οι γυναίκες να έχουν παρόμοια ποσοστά βίας.

Πολλοί ερευνητές ³⁰⁴ ,³⁰⁵ ,³⁰⁶ αναφέρουν πως δεν βρήκαν διαφορά στο φύλο. Επιπλέον, ερευνητικές εργασίες επισημαίνουν πως η ψυχική νόσος μειώνει το φυλετικό χάσμα για την εκδήλωση βίας, ειδικά για την ενδονοσοκομειακή επιθετικότητα, καθώς μεταξύ ψυχιατρικών ασθενών η αξιολόγηση της ενδονοσοκομειακής βίας δεν ήταν σημαντικά διαφορετική για τους άνδρες και τις γυναίκες ασθενείς.³⁰⁷ ,³⁰⁸,³⁰⁹

Εντούτοις, αναφορικά με την εκδήλωση βίαιης συμπεριφορά στην κοινότητα μετά τη θεραπεία οι άνδρες ασθενείς παρουσιάζουν 4 φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να εκδηλώσουν οποιαδήποτε μορφή επιθετικότητας από ότι οι γυναίκες. Μια πιθανή εξήγηση για αυτή τη διαφορά είναι πως η βία που εκδηλώνουν οι γυναίκες στην κοινότητα είναι λιγότερο εμφανής, πιο απροσδιόριστη ή χειριστική στο πλαίσιο κυρίως της ενδοοικογενειακής βίας ή παιδικής κακοποίησης. Ερευνητικές μελέτες έχουν καταδείξει

πως η ενδοοικογενειακή βία που εκδηλώνεται από τις γυναίκες είναι υψηλότερη από αυτή που εκδηλώνουν οι άνδρες. Αλλωστε, η ενδοοικογενειακή βία απασχολεί πολύ λιγότερο το νομικό σύστημα από ότι η βία που επειτελείται σε κάποιο δημόσιο χώρο, κάτι που συχνά εκφράζεται από τους άνδρες.³¹⁰

Οι Monahan και συν.³¹¹ και οι Ogers και Moretti³¹², θεωρούν πως η βία των γυναικών είναι κυρίως αντιδραστική, συσχετίσιμη, μη σεξουαλική και χωρίς χρήση όπλων, ενώ εμφανίζεται συχνότερα εντός της οικίας.

Αναφορικά με τις νοσηλείες στις περισσότερες μελέτες οι άνδρες έχουν υψηλότερα ποσοστά νοσηλειών και διάρκειας παραμονής στο νοσοκομείο από τις γυναίκες.

Σε σχέση με την διάγνωση βρήκαμε πως οι ασθενείς με κατάθλιψη και διαταραχή προσωπικότητας εκδήλωσαν περισσότερες απόπειρες από τους ασθενείς που διεγνώσθησαν με σχιζοφρένεια. Από τους ασθενείς με σχιζοφρένεια σε αυτούς που είχαν παραληρητική διαταραχή ή σχιζοφρένεια αδιαφοροποιήτου τύπου καταγράφησαν πιο συχνές απόπειρες. Το εύρημα μας αυτό συμφωνεί με πληθώρα ερευνητικών μελετών.

Ειδικότερα ο Miller²⁷⁹ υποστηρίζει πως μεταξύ των κλινικών παραγόντων, ορισμένες διαγνώσεις του Αξονα I και II σχετίζονται με τον κίνδυνο της βίας, όπως και συγκεκριμένες ομάδες συμπτωμάτων. Οι διαγνώσεις του Αξονα I είναι ψυχωσικές διαταραχές όπως σχιζοφρένεια ιδιαίτερα όταν υπάρχει παράνοια και επιτακτικές ψευδαισθήσεις, μανία, μείζων κατάθλιψη, και διαταραχές οφειλόμενες στη χρήση υχοδραστικών ουσιών (substance use disorders). Στον Αξονα II μεγαλύτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας και η μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας.³¹³

Η Χαβάκη- Κονταξάκη²⁸³ αναφέρει πως η αυτοκτονία αποτελεί την κύρια αιτία πρόωρου θανάτου στη σχιζοφρένεια και συνεχίζεται στη διάρκεια ολόκληρης της ζωής του σχιζοφρενούς (11% των σχιζοφρενών ασθενών πεθαίνουν με αυτοκτονία).

Οι Saunders και συν.³¹⁴ υποστηρίζουν πως ο προσδιορισμός και η θεραπεία της ψύχωσης είναι ζωτικής σημασίας καθώς σχετίζεται με το 10% του κινδύνου αυτοκτονίας στη ζωή ενός ασθενή και της σημαντικής κοινωνικής απομόνωσης. Πιο επιρρεπείς εμφανίζονται οι ασθενείς με πρώτο επεισόδιο ψυχώσης, χαμηλή απαντητικότητα ή μη συμμόρφωση με τη θεραπεία, ανεπιθύμητες ενέργειες, συννοσηρότητα με χρήση ουσιών, εκδήλωση επικίνδυνης/ βίαιης συμπεριφοράς στους ίδιους ή τους άλλους. Η επιθετικότητα προς άλλα άτομα και ειδικά η σωματική βία (physical violence) επισημάνθηκε και από τους Suokas και συν.³¹⁵

Οι Pompili και συν.³¹⁶ επιβεβαιώνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας σε ασθενείς με πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο καθώς και τα υψηλά ποσοστά πρωτόγνωρης θνησιμότητας, ειδικά λόγω αυτοκτονίας στις πρώιμες φάσεις της σχιζοφρένειας. Μάλιστα σε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας βρήκαν πως το ποσοστό αυτοκτονικότητας σε σχιζοφρενείς ασθενείς που είχαν μεταπαρακολούθηση μετά την πρώτη νοσηλεία τους για χρονικό διάστημα από 1 έως 26 χρόνια ήταν 6,8%.³¹⁷

Ο Jorgensen³¹⁸ βρήκε πως κατά τη διάρκεια δετούς μεταπαρακολούθησης, 75 ασθενείς με παραληρητική συμπεριφορά είχαν 31,5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αυτοκτονήσουν από ότι ο γενικός πληθυσμός. Αντίστοιχα, οι Dutta και συν.³¹⁹ υπογραμμίζουν πως ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι υψηλότερος κατά τον πρώτο χρόνο μετά την εισαγωγή και συνέχισε κατά τη διάρκεια της μεταπαρακολούθησης (Μ.Ο. 5,6 χρόνια). Βρήκαν επίσης πως η επίτευξη απόπειρας αυτοκτονίας εμφανίστηκε 12 φορές περισσότερο από το αναμενόμενο στο γενικό πληθυσμό της Μ. Βρετανίας και Ουαλίας. Μια δεκαετία αργότερα από την πρώτη εισαγωγή – όπου η κλινική παρατήρηση είχε εκπέσει σημαντικά- ο κίνδυνος απόπειρας ήταν 4 φορές υψηλότερος από τον γενικό πληθυσμό.

Οι Carpiniello και συν.³²⁰ αναφέρουν πως οι μετρήσεις για τις απόπειρες αυτοκτονίας ήταν 3 φορές πιο υψηλές σε ασθενείς με διπολική διαταραχή και οριακή διαταραχή προσωπικότητας.

Οι Alvarez και συν.³²¹ επισημαίνουν τον κίνδυνο αυτοκτονικότητας στην πρώιμη έναρξη της κατάθλιψης καθώς κυριαρχούν σε πιο έντονο βαθμό ο θυμός και η ευερεθιστότητα.

Αντίστοιχα, οι Alberti- Sudupe και συν.³²² υποστηρίζουν πως η αυτοκτονικότητα σχετίζεται με την ηλικία, τη διάγνωση και την προηγούμενη αυτοκτονική συμπεριφορά. Όσο πιο μεγάλη η ηλικία παρατηρείται μείωση της αυτοκτονικής διάθεσης, ενώ οι διαγνωστικές κατηγορίες στις οποίες παρατηρείται πιο συχνά το φαινόμενο των αυτοκτονιών (με σειρά προτεραιότητας) είναι οι διαταραχές του συναισθήματος, οι διαταραχές προσωπικότητας, η σχιζοφρένεια. Οι Meltzer και συν.³²³ ωστόσο, βρήκαν πως το 1/3 των αυτοκτονιών επιχειρείται από ασθενείς ηλικίας άνω των 45 ετών.

Για τους Tousiquant και συν.³²⁴ η αυτοκτονικότητα σχετίζεται με το stress στο περιβάλλον και με την ψυχοκινητική επιβράδυνση.

Ακόμη και στην εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς φαίνεται πως υπάρχουν διαφορές ανάλογα με τη διαγνωστική κατηγορία. Το εύρημά μας πως οι ασθενείς με διαταραχή προσωπικότητας είναι πιο επιθετικοί από όσους είχαν σχιζοφρένεια συνάδει με

άλλων ερευνητών. Ειδικότερα, η ψυχοπάθεια και / ή ένας τύπος προσωπικότητας θυμού ή παρορμητικότητας σχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο βίας.³²⁵

Στις ψυχιατρικές διαγνώσεις που έχουν συνδεθεί περισσότερο με την επιθετική και βίαιη συμπεριφορά κατατάσσονται οι διαταραχές προσωπικότητας (ιδιαίτερα η αντικοινωνική, παρανοειδής και μεθοριακή διαταραχή) .²⁷⁴

Η διαταραχή προσωπικότητας εμφανίζει υψηλότερα ποσοστά βίας σε σχέση με την διάγνωση της μείζονος ψυχικής διαταραχής, ενώ η ψυχοπαθητικότητα έχει βρεθεί πως αποτελεί ισχυρό προβλεπτικό παράγοντα βίας.³²⁶ Οι ίδιοι συγγραφείς βρήκαν πως η παρουσία παραισθήσεων (ο τύπος των παραισθήσεων ή το περιεχόμενό τους) δεν σχετίζονταν με τη βία. Μια γενικά καχύποπτη στάση προς τους άλλους βρέθηκε να σχετίζεται με μελλοντική βία. Για τις ψευδαισθήσεις γενικότερα ή τις ψευδαισθήσεις που δίνουν εντολές θεωρούν πως δεν αυξάνουν τον κίνδυνο βίαιης συμπεριφοράς. Παρόλα αυτά, εάν οι φωνές διατάξουν μια βίαιη πράξη, τότε η πιθανότητα διάπραξης βίαιης συμπεριφοράς αυξάνεται.

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχει βρεθεί πως παρουσιάζουν 2 έως 5 φορές υψηλότερο κίνδυνο εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς από ότι ο γενικός πληθυσμός.³²⁷
,328

Οι Muller- Isberner και συν.²⁷⁴ βρήκαν πως μόνο η υποκλίμακα Η βρέθηκε περισσότερο σταθερή προγνωστικά για ασθενείς με Μείζονα Ψυχική Διαταραχή, ενώ η PCL:SV για ασθενείς με διαταραχή προσωπικότητας.

Σε σχέση με τη συννοσηρότητα , βρήκαμε πως όσοι είχαν διαγνωστεί έχοντας δύο διαγνώσεις, ξανανοσηλεύτηκαν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό . Οι περισσότερες μελέτες αναφέρουν πως η συνύπαρξη δύο διαγνωστικών κατηγοριών αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης επικίνδυνης συμπεριφορά, ειδικά εάν η μια από τις δύο ανήκει στον άξονα II (διαταραχή προσωπικότητας) όπως προαναφέρθηκε. Εντούτοις, θεωρώντας το δείγμα μας μη αντιπροσωπευτικό σχετικά με την κατηγορία αυτή- μόλις 9,1%- καταλήξαμε πως το συμπέρασμα αυτό δεν είναι οριστικό και πως αν είχαμε στη διάθεσή μας μεγαλύτερο δείγμα ασθενών με συννοσηρότητα ,πιθανά να προέκυπταν διαφορετικά αποτελέσματα.

Αναφορικά με την ψυχοπαθητικότητα, όπως αυτή ελέγχθηκε με την κλίμακα PCL:SV, οι ασθενείς με υψηλά σκορ στην κλίμακα ήταν πιο πιθανό να εκδηλώσουν επιθετική συμπεριφορά, να διαπράξουν απόπειρα και να επανανοσηλευτούν. Στις περισσότερες μελέτες η ψυχοπαθητικότητα ήταν προβλεπτικός παράγοντας για την

έκφραση της βίας στο μέλλον.^{267, 329, 330} Εντούτοις, υπάρχουν μελέτες στις οποίες δεν επιβεβαιώθηκε το συγκεκριμένο εύρημα.^{331, 332}

Από τους δύο παράγοντες της κλίμακας PCL:SV μόνο ο παράγοντας 1 (factor 1) βρέθηκε να σχετίζεται με την επανανοσηλεία στον χρόνο T1. Επιπλέον, μετά τη διάρκεια των τριών χρόνων της μεταπαρακολούθησης παρατηρήθηκε αύξηση των βαθμολογιών στην υποκλίμακα H της HCR-20 και τον παράγοντα 1 της PCL:SV. Η αύξηση στην υποκλίμακα H που περιγράφει τα στοιχεία του ιστορικού, αποδίδεται στην επιβάρυνση που καταγράφεται στα συγκεκριμένα στοιχεία λόγω των υποτροπών και των επανεισαγωγών που προηγήθηκαν. Η αύξηση των βαθμολογιών στον παράγοντα 1 της κλίμακας PCL:SV, θα μπορούσε να εξηγηθεί έμμεσα, και μέσω της μείωσης των βαθμολογιών στα στοιχεία του παράγοντα 2. Η θετική επίδραση που ασκεί η θεραπευτική παρέμβαση – κατά κύριο λόγο φαρμακευτική – στα στοιχεία του παράγοντα 2, η οποία ακολουθήθηκε στις νοσηλείες είχε ως αποτέλεσμα μετά το πέρας της νοσηλείας την μείωση της βαθμολογίας στα συγκεκριμένα στοιχεία. Φαίνεται έτσι, πως οι κάποιες από τις συμπεριφορικές πτυχές που περιγράφονται (π.χ. παρορμητικότητα, φτωχός έλεγχος συμπεριφοράς) ανταποκρίνονται θετικά σε αυτού του τύπου τη θεραπευτική παρέμβαση, ενώ τα συναισθηματικά στοιχεία – πιθανά ως πιο εγκυστωμένες συμπεριφορές- που περιγράφονται στον παράγοντα 1, να απαιτούν άλλου τύπου παρεμβάσεις (π.χ. ψυχοθεραπεία). Αλλωστε, και ο Klassen³³³ βρήκε πως ο παράγοντας 2 της PCL:SV σχετιζόταν περισσότερο με την ενδονοσοκομειακή βία και την ανταπόκριση στη θεραπευτική προσέγγιση.

Η διάρκεια της νόσου δεν βρέθηκε να σχετίζεται με τις απόπειρες. Συγκεκριμένα βρήκαμε πως όσο πιο πολλά χρόνια νοσούσε κάποιος, τόσο πιο μικρή ήταν η πιθανότητα να επιχειρήσει κάποια απόπειρα σε σχέση με αυτούς που νοσούσαν μέχρι 3 χρόνια. Βιβλιογραφικά υποστηρίζεται πως ο κίνδυνος απόπειρας είναι σαφώς μεγαλύτερος κατά την έναρξη της νόσου και ότι η συχνότητα των αποπειρών μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας.²⁷⁴

Η διάρκεια νοσηλείας φαίνεται να επιδρά στην πιθανότητα επανεισαγωγής. Στο δείγμα μας ασθενείς που είχαν πάνω από 80 ημέρες νοσηλεία στον πρώτο χρόνο μέτρησης (T0), βρέθηκε πως επανανοσηλεύτηκαν σε χαμηλότερο ποσοστό και είχαν λιγότερες επανεισαγωγές από αυτούς που είχαν νοσηλεία 20-40 ή 41-80 ημέρες. Οι Steinert και συν.²⁹⁵ βρήκαν πως η αυτοεπιθετική συμπεριφορά σχετιζόταν με τη διάρκεια της νοσηλείας αλλά όχι με τον αριθμό των νοσηλείων.

Στην μελέτη μας παρατηρήθηκε πως όσο πιο μεγάλη ήταν η διάρκεια νοσηλείας τόσο μειωνόταν οι υποκλίμακες της HCR-20 των κλινικών στοιχείων C και διαχείρισης επικινδυνότητας R. Οι Dolan και Khawaja²⁷⁰ ομοίως βρήκαν στο δείγμα τους υψηλά επίπεδα στην υποκλίμακα H (στατικούς παράγοντες) ενώ η μετά το εξιτήριο διαχείριση της επικινδυνότητάς τους απεικονιζόταν στα χαμηλά σκορ των πιο δυναμικών συστατικών της HCR-20 όπως είναι τα κλινικά στοιχεία C και αυτά της διαχείρισης R.

Ομοίως, οι Belfrage & Douglas³³⁴ κατέληξαν πως οι M.O. για τις υποκλίμακες C και R της HCR-20 ήταν εντυπωσιακά χαμηλοί όσο αυξανόταν η διάρκεια που οι ασθενείς παρέμεναν νοσηλεύόμενοι.

Με το αποτέλεσμα αυτό συμπεραίνουμε πως η μεγάλη παραμονή (για κάποιους τουλάχιστον ασθενείς) λειτουργεί ενισχυτικά ως προς την λήψη της φ.α. και την ύφεση της συμπτωματολογίας, με συνέπεια την ενίσχυση της εναισθησίας, και ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης. Η επαφή με τον ασθενή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα επιτρέπει στη θεραπευτική ομάδα την υιοθέτηση στρατηγικών διαχείρισης της επικινδυνότητας που είναι σωματικές, θεραπείας της ψυχικής νόσου στην ενεργό φάση της και προσδιορισμού των στόχων της κοινωνικής επανένταξης. Στοχεύουν δε, σε συγκεκριμένες συμπεριφορές, στον έλεγχο της παρορμητικότητας και των συναισθημάτων, αυξάνοντας την εναισθησία και την πιθανότητα της σύμπλευσης.³³⁵

Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα των υποκλιμάκων C και R μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για τον προσδιορισμό συγκεκριμένων στόχων παρέμβασης και μετρήσεων θεραπευτικής προόδου καθώς μπορούν να επαναλαμβάνονται.^{283,336} Η εκτίμηση των κλινικών λημμάτων και αυτών της διαχείρισης της επικινδυνότητας συντελεί στην αποτίμηση του αντίκτυπου των παρεμβάσεων που υλοποιούνται και καταγραφής της πορείας, ενώ συγχρόνως αποτυπώνονται οι όποιες αλλαγές στους θεραπευτικούς στόχους.³²³

Η συχέτιση μεταξύ των κλιμάκων της επικινδυνότητας HCR-20 και της σφαιρικής εκτίμησης της λειτουργικότητας GAF έδειξε πως η αύξηση της πρώτης επηρεάζει ασθενώς θετικά την δεύτερη. Ειδικότερα όσο αυξανόταν η βαθμολογία στις υποκλίμακες C και R τόσο αυξανόταν η κλίμακα της λειτουργικότητας GAF. Το εύρημα μας αυτό μπορεί να εξηγηθεί μέσα από το πρίσμα της εκδήλωσης απόπειρας και σε σχέση με τη συνειδητοποίηση της νόσου και των συνεπειών της. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν και οι Shrivastava και συν.³³⁷ όπου αναφέρουν χαρακτηριστικά, πως αποτελεί ένα σύνηθες λάθος η υπόθεση ότι η θεραπεία μιας ψυχιατρικής διαταραχής θα μειώσει τον κίνδυνο της αυτοκτονικότητας. Υποστηρίζουν αντίθετα, πως η πρόληψη της αυτοκτονικότητας απαιτεί

πολλά περισσότερα από την εφαρμογή απλά και μόνο της φαρμακευτικής θεραπείας. Στα αποτελέσματά τους επισημαίνουν πως η κλινική βελτίωση δεν αποτελεί το σημείο κλειδί στη μείωση του κινδύνου αυτοκτονίας. Στην πραγματικότητα, η βελτίωση της ψυχικής συμπτωματολογίας μπορεί να οδηγήσει στην επίγνωση της νόσου, έτσι ώστε ο κίνδυνος αυτοκτονίας να είναι το αποτέλεσμα επώδυνης εναισθησίας καθόλη την πορεία ζωής ενός ασθενούς. Η επίγνωση του νοσηρού χαρακτηρίζεται ως σημαντικός παράγοντας επικινδυνότητας και από άλλους ερευνητές.²⁷⁴

Επιπρόσθετα, και οι Meltzer και συν.³³⁸ σε έρευνά τους, επισημαίνουν πως παρά τα εντυπωσιακά αποτελέσματα από την ταυτόχρονη χρήση φ.α. και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, ο αριθμός των αυτοκτονιών μεταξύ των ασθενών με σχιζοφρένεια είχε παραμείνει αμετάβλητος.

Εντούτοις, η κλίμακα σφαιρικής λειτουργικότητας βρέθηκε σε πιο χαμηλά επίπεδα σε όσους ασθενείς επανανοσηλεύτηκαν σε σχέση με όσους δεν επανέλαβαν τη νοσηλεία. Δεν είναι απόλυτα σαφές εάν το αποτέλεσμα αυτό της GAF ανακλά τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων ή τη λειτουργική μείωση ή και τα δύο. Σύμφωνα με τον Smith³³⁹ συχνά το αποτέλεσμα της μέτρησης των συμπτωμάτων σχετίζεται με τις μετρήσεις των θετικών συμπτωμάτων, ενώ το αποτέλεσμα των μετρήσεων της λειτουργικότητας σχετίζεται με τα αρνητικά συμπτώματα και τη λειτουργική μείωση. Ενώ υποστηρίζει πως το αποτέλεσμα της GAF ανακλά κυρίως τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων παρά την λειτουργική επιβάρυνση.

Επίσης, έχει βρεθεί πως τα συμπτώματα του συναισθήματος (καταθλιπτικά ή μανιακά) μελλοντικά προβλέπουν καλύτερη λειτουργικότητα.³⁴⁰ Το δικό μας δείγμα στην πλειοψηφία του περιελάμβανε ασθενείς με διαγνώσεις ψυχωσικού φάσματος, που σύμφωνα με τα ανωτέρω έχουν χειρότερη λειτουργικότητα.

Το ιστορικό επίσης επανανοσηλειών αποτελεί παράγοντα που επηρεάζει αρνητικά την βελτίωση της λειτουργικότητας. Τέλος, η ύπαρξη ή μη, υποτροπής στη διάρκεια της μεταπαρακολούθησης επηρεάζει το αποτέλεσμα της GAF, (όταν δεν υπάρχει υποτροπή τότε η GAF είναι υψηλότερη).³⁴¹

Τα λήμματα της υποκλίμακας R δηλώνουν τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα μπορούν να προσαρμοστούν σε μελλοντικές περιστάσεις. Υψηλή βαθμολογία στην υποκλίμακα R επισημαίνει τις αυξημένες πιθανότητες που έχει το άτομο να εκτεθεί σε παράγοντες που ενισχύουν την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί στα ανωτέρω, πως ο Μ.Ο. της GAF στο δείγμα μας ήταν 48,4 εντός των ορίων 41-50 όπου περιγράφονται σοβαρά συμπτώματα (π.χ σκέψεις αυτοκτονίας, σοβαρές ψυχαναγκαστικές τελετουργίες, συχνές κλοπές από καταστήματα ή

οποιαδήποτε σοβαρή έκπτωση της κοινωνικής , επαγγελματικής ή σχολικής λειτουργικότητας (π.χ. δεν έχει φίλους, δεν μπορεί να κρατήσει μια δουλειά). Μόνο σε μια ερευνητική εργασία έχει συμπεριληφθεί η χορήγηση της GAF με τον Μ.Ο. να είναι 47,8.³⁴²

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση διαπιστώσαμε πως οι άγαμοι είχαν προβεί σε περισσότερες απόπειρες και είχαν υψηλότερο ποσοστό επανανοσηλειών σε σχέση με τους έγγαμους. Το εύρημα μας συνάδει με πολλών ερευνητών^{24,38,44,88, 97,102,103} που υποστηρίζουν μεταξύ άλλων πως ο γάμος ή η ύπαρξη μιας σταθερής σχέσης λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας στην εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς.

Στη δική μας μελέτη βρέθηκε πως από τους ασθενείς του δείγματός μας που εκδήλωσαν επιθετική συμπεριφορά ενώ νοσηλεύονταν στον χρόνο T0, το μεγαλύτερο ποσοστό (74,4 %) ήταν ανώτερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Αναφορικά με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση στις περισσότερες μελέτες γίνεται λόγος μόνο για την εκδήλωση απόπειρας , όπου τα υψηλότερα ποσοστά παρουσιάζουν άτομα χαμηλών οικονομικών δυνατοτήτων.^{24,38,44,97,102,103} Πιθανά το δικό μας εύρημα να μπορεί να αποδοθεί στα νέα οικονομικά δεδομένα που αντιμετωπίζουν οι πολίτες της χώρας μας τα τελευταία 2 χρόνια .

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συνάδουν με πολλές ερευνητικές μελέτες στο εξωτερικό στις οποίες χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα διαχείρισης επικινδυνότητας HCR-20 και τα οποία επιβεβαίωσαν τις αρχικές μας υποθέσεις για την προβλεπτική εγκυρότητα και αξιοπιστία της .

Με όσα αναφέρθηκαν μέχρι τώρα, η κλίμακα HCR-20 θα πρέπει να θεωρηθεί ως μια πρώτη προσέγγιση στην προσπάθεια των ειδικών να αξιολογήσουν την επικινδυνότητα.

Επειδή ο απόλυτος κίνδυνος είναι δύσκολο να προσδιοριστεί , η εκτίμησή του σε πλαίσια σχετικά (σχετικά χαμηλός, μέτριος , υψηλός), καθίσταται ουσιαστικής σημασίας. Εφόσον είναι αδύνατο να καταγραφούν τα πάντα ,ώστε να βοηθηθεί η κλινική κρίση, πρέπει να επιλεχθούν τα στοιχεία εκείνα που θα δείξουν με τρόπο σαφή πως προέξυψε η εκτίμηση. Η κλίμακα HCR-20 περιλαμβάνει αυτή την καταγραφή και όπως έχει αποδειχτεί βιβλιογραφικά και τώρα και με τη δική μας έρευνα, μπορεί τελικά να χρησιμοποιηθεί ως ένα αξιόπιστο εργαλείο αξιολόγησης του κινδύνου για ψυχικά ασθενείς που νοσηλεύονται ή διαβιούν στην κοινότητα. Αλλωστε το δυνατό της σημείο είναι πως περιορίζει τον υποκειμενικό προσδιορισμό της επικινδυνότητας.

Η κλίμακα της επικινδυνότητας χρησιμεύει προσφέροντας πληροφορίες στο σχεδιασμό της διαχείρισης και αντιμετώπισης του πιθανού κινδύνου στο μέλλον. Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ενισχύουν την θεραπευτική διαδικασία. Εγκαιρος προσδιορισμός των ασθενών υψηλού κινδύνου καθιστά δυνατή την προσαρμογή θεραπευτικών σχεδίων για την αντιμετώπιση βίαιων εκτροπών τόσο εντός όσο και εκτός των νοσοκομείων. Επιπρόσθετα, κάτι τέτοιο πιθανά να προλάβει την αναγκαιότητα επανεισαγωγών κάτι που προκαλεί αισθήματα αποτυχίας τόσο στους ασθενείς όσο και το προσωπικό.

Θετικό στοιχείο θεωρείται επίσης, το γεγονός πως κάνει σαφή τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να επιτευχθούν οι αξιολογήσεις. Διατηρεί δομημένη τη σκέψη του αξιολογητή καθιστώντας τον εστιασμένο, ενώ τον βοηθά να κάνει συστηματική χρήση των πληροφοριών που έχει στη διάθεσή του.

Επιπρόσθετα, καθιστά «διαφανή» τη βάση για τη λήψη αποφάσεων. Αυτό αποτελεί πρόοδο για δύο τουλάχιστον λόγους : α) είναι δύσκολο για τους επαγγελματίες στο γενικό τομέα της αξιολόγησης της επικινδυνότητας, να βελτιώσουν τις δυνατότητές τους σε αυτή τη διαδικασία εάν δεν υιοθετήσουν κάποια κοινή γλώσσα, και β) φαίνεται άστοχο να επιβάλλει κάποιος σε ασθενείς ή φυλακισμένους τόσο εμπειρικές ή ιδιοσυγκρασιακού τύπου διαδικασίες αξιολόγησης που να μην μπορούν εύκολα να αμφισβητηθούν κατά την εξέταση σε δικαστήρια, ιατρικά συμβούλια κ.α.

Στο μέλλον ένας μεγάλος αριθμός διεθνών εργασιών θα ήταν χρήσιμος ώστε να εξεταστεί η σχέση μεταξύ αλλαγών στα δυναμικά στοιχεία της HCR-20 και των θεραπευτικών παρεμβάσεων καθώς έτσι η επίδραση της διαχείρισης της επικινδυνότητας να γίνει αντιληπτή.

9.2. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα κυριότερα ευρήματα της μελέτης είναι :

- A) Οι άγαμοι βρέθηκαν να έχουν 64% μεγαλύτερη πιθανότητα να επανανοσηλευτούν. Επίσης, όσοι ήταν άγαμοι, διαζευγμένοι ή χήροι/ες είχαν 54% μεγαλύτερη πιθανότητα επιτυχούς απόπειρας αυτοκτονίας.
- B) Το ιστορικό προηγούμενης εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς και το ιστορικό ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς στην οικογένεια, αποτέλεσαν ισχυρούς προβλεπτικούς παράγοντες για την πιθανότητα επανανοσηλείας κατά 44% και 63% αντίστοιχα.
- Γ) Προοδευτική αύξηση της βαθμολογίας στην κλίμακα HCR-20 βρέθηκε να αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα επανεισαγωγής (99,1 %) , την πιθανότητα επιτυχούς απόπειρας αυτοκτονίας (70%) και επιθετικής συμπεριφοράς (89 %).
- Δ) Όσο αυξανόταν ο χρόνος νοσηλείας τόσο μειωνόταν η πιθανότητα επιτυχούς απόπειρας ή εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς.
- Ε) Από τις διαγνωστικές κατηγορίες, αυτή της σχιζοφρένειας / ψυχωτικής διαταραχής κατέδειξε χαμηλότερα ποσοστά (68%) σε σχέση με την εκδήλωση οποιασδήποτε μορφή απόπειρας.
- ΣΤ) Οι γυναίκες βρέθηκαν να έχουν κατά 87% μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν επιθετική συμπεριφορά ενώ νοσηλεύονταν σε σχέση με τους άνδρες.
- Ζ) Όσο αυξανόταν η βαθμολογία στην κλίμακα της σφαιρικής λειτουργικότητας τόσο μειωνόταν η πιθανότητα επανανοσηλείας (στον πρώτο χρόνο μέτρησης).
- Η) Ατομα ανώτερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης (74,4%) εμφάνισαν μεγαλύτερη επιρρέπεια να εκδηλώσουν επιθετική συμπεριφορά ή να επανανοσηλευτούν σε σχέση με αυτά της κατώτερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης.

Τα αποτελέσματα της έρευνας συνάδουν με αυτά πολλών άλλων ερευνητικών εργασιών και συνηγορούν πως η κλίμακα HCR-20 μπορεί τελικά να χρησιμοποιηθεί και στη χώρα μας, ως ένα αξιόπιστο εργαλείο αξιολόγησης του κινδύνου για ψυχικά ασθενείς που νοσηλεύονται ή διαβιούν στην κοινότητα.

9.3. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η παρούσα μελέτη χαρακτηρίζεται από έναν αριθμό δυναμικών στοιχείων. Αυτά περιλαμβάνουν :

- Μεγάλο δείγμα ασθενών που ήταν ομογενοποιημένο ως προς την βασική διάγνωση. Το δείγμα προήλθε από μεγάλα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής « Δαφνί» , Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, και Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών « Αιγινήτειο Νοσοκομείο». Επίσης και από το Ψυχιατρικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου «Ο Ευαγγελισμός» και του Γενικού Νοσοκομείου «Μαμάτσειο» Κοζάνης. Ως εκ τούτου το δείγμα θεωρήθηκε ικανοποιητικό αριθμητικά και αντιπροσωπευτικό.
- Τυχαία επιλογή του δείγματος από κάθε ψυχιατρικό τμήμα.
- Έρευνα που βασίστηκε σε ποικιλία πηγών (ατομικούς φακέλους, συνεντεύξεις με ασθενείς και μέλη του προσωπικού από την Θ.Ο. καθώς και πληροφορίες από τους έμμεσους πληροφοριοδότες). Έτσι αποκλείστηκε η πιθανότητα παράλειψης ή μη αναφοράς κάποιου βίαιου επεισοδίου. Ακόμη και για μικρής σοβαρότητας πράξεις επιθετικές ή βίας δεν υπήρξε πιθανότητα να μην ειπώθηκαν ή να υποτιμήθηκαν.
- Επαναλαμβανόμενες εκτιμήσεις (κάθε τέλος 6μηνου) κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 3 ετών που διήρκεσε η μεταπαρακολούθηση .
- Η εκτίμηση της επιθετικής συμπεριφοράς που έγινε τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους έμμεσους πληροφοριοδότες. Για αρκετές των περιπτώσεων υπήρξε και διασταύρωση των στοιχείων με τους θεράποντες.
- Αξιολόγηση της αποτυχημένης αποκατάστασης έγινε με βάση την προοπτική της επανεισαγωγής, απόπειρας και εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς.

Αναφορικά με τα αδύνατα σημεία της εργασίας , σε αυτά θα συμπεριλαμβάνονταν:

- Η αποδοχή των διαγνώσεων όπως είχαν τεθεί από τους θεράποντες χωρίς τη χρήση διαγνωστικών εργαλείων στις περισσότερες των περιπτώσεων. Πιθανά η χρήση διαγνωστικών εργαλείων να διαφοροποιούσε τα αποτελέσματα ειδικά στους άξονες II και III.
- Η μη συμπλήρωση και άλλων διαγνωστικών κλιμάκων όπως π.χ. της κλίμακας θετικού και αρνητικού συνδρόμου (PANSS) που θα προσέφερε αρτιότερη εκτίμηση της κλινικής εικόνας των ασθενών του δείγματος.

- Οι διαφορετικοί εκτιμητές στη συμπλήρωση των κλιμάκων με διαφορετική ειδικότητα και επαγγελματική εμπειρία.
- Το μικρό δείγμα ασθενών με συννοσηρότητα (διαταραχή προσωπικότητας, κατάχρηση ουσιών, αλκοόλ).
- Ο αριθμός των ασθενών παρότι έγινε προσπάθεια να είναι περίπου ίσος παρουσίασε τελικά διαφορές. Ήταν όμως αντιπροσωπευτικός των εισαγωγών ανά νοσοκομείο.

9.4. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η εκτίμηση της επικινδυνότητας αποτελεί ένα ευρύ πεδίο το οποίο δεν έχει ερευνηθεί επαρκώς στη χώρα μας γεγονός που επιτρέπει τη διεξαγωγή πληθώρας ερευνητικών μελετών. Αν και η HCR-20 παρέχει ένα ολοκληρωμένο περιεχόμενο θεμάτων αναφορικά με την μελλοντική βία, περισσότερες εργασίες θα συντελούσαν στην περαιτέρω ανάπτυξη του εργαλείου. Κάποιες από αυτές θα μπορούσαν να συμπεριλάβουν :

- ✓ Αναλυτική μελέτη των λημμάτων κάθε υποκλίμακας στη μεταξύ τους σχέση υπό το πρίσμα εκτίμησης του κινδύνου.
- ✓ Σύγκριση της προβλεπτικής εγκυρότητας της HCR-20 και PCL:SV μεταξύ διαφορετικών διαγνωστικών ομάδων. Προσδιορισμός των λημμάτων και των υποκλιμάκων που σχετίζονται με τη βία σε κάθε διαγνωστική ομάδα.
- ✓ Διερεύνηση εάν υπάρχει σχέση μεταξύ των σκορ της HCR-20 και PCL:SV και επιπέδων φύλαξης ή επίβλεψης ασθενών σε διαφορετικά θεραπευτικά πλαίσια.
- ✓ Μετρήσεις διαφορετικών επαγγελματιών, σε διαφορετικά πλαίσια και διαφορετικές χώρες με τη χρήση διαφόρων τεχνικών εκτίμησης (πχ. ατομικοί φάκελοι προς τη συνέντευξη).
- ✓ Έρευνα πάνω στους ειδικούς παράγοντες επικινδυνότητας που παρουσιάζουν οι γυναίκες και σε θέματα στρατηγικών διαχείρισης μελλοντικής βίας. Κάτι τέτοιο καθίσταται αναγκαίο καθώς υπάρχει υψηλή συσχέτιση μεταξύ μητέρων και παιδιών . Μητέρες που έχουν ιστορικό βίαιων εκτροπών έχουν συχνά παιδιά με διαταραγμένη και επιθετική συμπεριφορά.
- ✓ Μελέτες σε διαφορετικές ομάδες ασθενών της χώρας μας (ψυχιατροδικαστικούς ασθενείς και των 2 φύλων, ανήλικους παραβάτες).
- ✓ Ανάπτυξη συνεργασίας για τη χορήγηση της κλίμακας HCR-20 μεταξύ κλινικών σε

διαφορετικές δομές ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές αποκαταστασιακού και στεγαστικού τύπου που θα ενίσχυε την περαιτέρω ανάπτυξη παρεμβάσεων φροντίδας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ¹ Dolan, M., Khawaja, A. (2004). 'The HCR-20 and post – discharge in male patients discharged from medium security in the U.K'. *Aggressive behavior* , 30: 469-483.
- ² Cocozza, J.J., Steadman, H.J.(1976). 'The failure of psychiatric predictions of dangerousness : clear and convicting evidence'. *Rutgers Law Rev* 29 : 1084-1101.
- ³ Thornberry, T.P. Jacoby, J.E.(1979). 'The criminally insane : A community follow –up of mentally ill Offenders'. Chicago : University of Chicago Press.
- ⁴ Monahan , J.(1984). 'The prediction of violent behavior : Toward a second generation of theory and policy'. *Am J ournal of Psychiatry* 141: 10-15.
- ⁵ Taylor, P. (1982). 'Schizophrenia and violence. In *Abnormal offenders, delinquency, and the criminal justice System*'. Gunn J , Farrington D.P.,(Eds.). New York : Wiley p 269-284.
- ⁶ Monahan J., Steadman, H.J., Silver, E., Appelbaum, P.S., Robbins, P.C., Mulvey, E.P., Roth, L.H., Grisso, T. & Banks, S.(2001). 'Rethinking risk assessment : The Mac Arthur Study of mental disorder and Violence'. Oxford : Oxford University Press.)
- ⁷ Monahan J.(1981). 'Predicting Violent behavior : An assessment of clinical techniques. Beverly Hills, California'. Sage.
- ⁸ Convit, A., Jaeger, J., Lin, S.P., et al (1988). 'Predicting assaultiveness in psychiatric inpatients : a pilot Study'. *Hospital and community Psychiatry* 39 : 429-434.
- ⁹ Widom, C., (1989). 'The cycle of violence'. *Science* 244:160-166.
- ¹⁰ Steadman, H.J., Mulvey E.P., Monahan, J., et al (1998). 'Violence by people discharged from acute psychiatric inpatients facilities and by others in the same neighborhoods'. *Archives of general psychiatry* 55 : 393-401.
- ¹¹ Steinert, T.,(2002). 'Prediction of inpatient violence'. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 133-141.
- ¹² Miller, R.J., Zadolinsky, K., & Hafner, R.J., (1993). 'Profiles and predictors of assaultiveness for different psychiatric ward populations'. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1368-1373.
- ¹³ Steinert, T., Wolfe, M., & Gebhardt, R.P., (2000). 'Measurment fo violence during in-patient treatment and association with psychopathology'. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 107-112.
- ¹⁴ Rabinowitz, J., & Mark, M.(1999). ' Risk factors for violence among long stay psychiatric patients : National Study'. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99,341-347.
- ¹⁵ Hare, R., & McPherson, L.M., (1984). 'Violent and aggressive behavior by criminal psychopaths'. *International Journal of Law & Psychaitry*, 7, 35-50.
- ¹⁶ Linaker, O.M., & Bush- Iversen, H. (1995). 'Predictors of imminent violence in psychiatric inpatients'. *Acta Psychiatrica Scandinaviaca*, 92, 250-254.
- ¹⁷ Bonta, J., Law, M., & Hanson, K.(1998). 'The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta- analysis' . *Psychology Bulletin*, 123, 123-142.
- ¹⁸ Hart S.D., Michie C., Cooke D.J. (2007). ' Precision of actuarial risk assessment instruments : evaluating the "margins of error" of group vs individual predictions pf violence'. *Brit J Psychiatry* 190 : 60-65.
- ¹⁹ Andrews, D.A., & Bonta, J.,& Wormith, J. S. (2006). ' The recent past and near future of risk and / or need Assessment'. *Crime Delinquency*, 52: 7-27.
- ²⁰ Douglas, K.S., Ogloff, J.R.P., Nicholls, T.L., et al (1999). 'Assessing risk for violence among psychiatric patients : the HCR-20 violence risk assessment scheme and the psychology Checklist : Screening Version'. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67: 917-930.
- ²¹ Quinsey V.L., Harris G.T., Rice, M.E. (1998). 'Violent offenders: Appraising and managing risk'. Washington, DC: American Psychological Association.
- ²² Monahan, J., Steadman, H.J., Appelbaum, P.S., Robbins, P.C., Mulvey, E.P., Silver, E., Roth, L.H., Grisso, T. (2000). 'Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk'. *Br J Psychiatry* 176 : 312-319.
- ²³ Steadman, H.J., Mulvey E.P., Monahan, J., (2000). 'A classification tree approach to the development of actuarial violence risk assessment tools'. *Law Hum Behav* 24 : 83-100.
- ²⁴ Webster C, Douglas KS, Eaves D., Hart SD (1997). 'HCR-20. Assessing risk of violence (version2)'. Vancouver : Mental Health, law and policy Institute, Simon Fraser University.
- ²⁵ Douglas K.S., Ogloff J.R.P. (2003). 'Multiple facets of risk for violence: The impact of judgmental specificity on structured decisions about violence risk'. *International journal of forensic mental health*, 2 (1) : 19-34.
- ²⁶ Belfrage, H. (1997). 'The inter-rater reliability of the HCR-20 scheme for risk assessment : A study of six clinicians' assessments of the same 43 patients'. *Nordic Forensic Medicine* 3:79-81.

- ²⁷ Belfrage, H. (1998). 'Implementing the HCR-20 scheme for risk assessment in a forensic psychiatric hospital : Integrating research and clinical practice'. *Journal of forensic psychiatry*, 9 : 328-338.
- ²⁸ Douglas, K.S., Webster, C.D., (1998b). 'The HCR-20 violence risk assessment scheme. Concurrent validity in a sample of incarcerated offenders'. *Criminal Justice and Behavior.*, 26: 3-19.
- ²⁹ Doyle, M., Dolan, M.C., McGovern, J. (2002). 'The validity of North American risk assessment tools in predicting inpatient violent behavior in England'. *Legal and Criminological Psychology*, 7 : 141-154.
- ³⁰ Grann, M., Belfrage H., Tengstrom, A. (2000). 'Actuarial assessment of risk for violence : Predictive validity of the VRAG and the historical part of the part of the HCR-20'. *Criminal Justice and Behavior* 27:97-114.
- ³¹ Belfrage, H., Fransson, S., Strand, S. (2002). 'Prediction of violence using the HCR-20: a prospective study in two maximum-security correctional institutions'. *Journal of Forensic Psychiatry* 11: 167-175.
- ³² Hanson, R.K., Harris, A.J.R. (2000). 'Where should we intervene? Dynamic predictors of sexual offense Recidivism'. *Criminal Justice and behavior.*, 27: 6-35.
- ³³ Andrews, D.A., & Bonta, J., & Wormith, J. S. (2006). 'The recent past and near future of risk and / or need Assessment'. *Crime Delinquency*, 52: 7-27.
- ³⁴ Grove, W.M., Zald, D.H., Lebow, B.S., Snitz, B.E., & Nelson, C. (2000). 'Clinical versus mechanical prediction : A meta analysis'. *Psychological assessment*, 12:19-30.
- ³⁵ Hodgins, S., (2002). 'Research priorities in forensic mental health'. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1, 6-21.
- ³⁶ Mullen, P.E., (2000). 'Dangerousness, risk, and prediction of probability'. In M.G. Gelder, J.J. Lopez-Ibor, & N.C. Andreasen (Eds.), *New Oxford textbook of psychiatry* (Vol. 21: 2066-2078). Oxford University Press.
- ³⁷ Douglas, K.S., Webster, C.D., Hart, S.D., Eaves, D., & Ogloff J.R.P. (2002). 'HCR-20 violence risk management companion guide'. Vancouver, B.C.: Simon Fraser University, Mental Health, Law and Policy Institute.
- ³⁸ Λειβαδίτης Μ. (1994), 'Ψυχιατρική και Δίκαιο'. Εκδόσεις Παπαζήση σ.σ : 139-141
- ³⁹ Τσαλικογλου Φ. (1987). 'Ο Μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή'. Εκδόσεις Παπαζήση, σ.σ 113-114.
- ⁴⁰ Κακκαλής Π. (1990), ' Το ψυχικά πάσχον άτομο εμπρός στον ποινικό νόμο και στο δικαστή' στο *Επικινδυνότητα και Κοινωνική Ψυχιατρική*, Υπεύθυνος έκδοσης Π. Σακελλαρόπουλος, Επιμέλεια Εκδοσης Μ. Λειβαδίτης, Εκδόσεις Παπαζήση:69
- ⁴¹ Μητροσύλη Μ. (1999). ' Ο καταλογισμός. Το νομικό πλαίσιο της ακούσιας νοσηλείας' στο *Ψυχική Υγεία και ΜΜΕ Πρακτικά* . Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία (ΕΨΕ) και Ένωση Συντακτών Ημερήσιων Εφημερίδων Αθηνών (ΕΣΗΕΑ) : 68-72
- ⁴² Harding, T, Montadon (1982), 'Does dangerousness Travel Well?' στο *Dangerousness: Psychiatric Assessment and management*, Hamilton, J.R. and Freeman ,H. (eds), Royal College of Psychiatric Special Publication 2, London: Caskell
- ⁴³ Monahan, J., (1975). ' The prediction of violence' στο *Violence and Criminal Justice*, (eds. D.Chapell and J. Monahan), Lexington, Mass: Lexington Books: 15-31.
- ⁴⁴ Butler. Αναφέρεται στο *Αλεβιζόπουλος Γ.Α. (2005)*. 'Η βία από και προς τους ψυχικά πάσχοντες' .Τόμος Πρακτικών του συνεδρίου για τα 20 χρόνια των Τετραδίων Ψυχιατρικής, Αθήνα 15-17/12/2004 .Έκδοση Επιστημονικής Ένωσης ΨΝΑ και Τετραδίων Ψυχιατρικής : 138-142 .
- ⁴⁵ Scott P. (1977). ' Assessing dangerousness in criminals'. *British Journal of psychiatry* , 131: 127-142.
- ⁴⁶ Mullen. Αναφέρεται στο *Αλεβιζόπουλος Γ.Α. (2005)*. 'Η βία από και προς τους ψυχικά πάσχοντες.' Τόμος Πρακτικών του συνεδρίου για τα 20 χρόνια των Τετραδίων Ψυχιατρικής, Αθήνα 15-17/12/2004 .Έκδοση Επιστημονικής Ένωσης ΨΝΑ και Τετραδίων Ψυχιατρικής : 138-142.
- ⁴⁷ Αλεβιζόπουλος Γ.Α. (2005). 'Η βία από και προς τους ψυχικά πάσχοντες' . Τόμος Πρακτικών του συνεδρίου για τα 20 χρόνια των Τετραδίων Ψυχιατρικής, Αθήνα 15-17/12/2004 .Έκδοση Επιστημονικής Ένωσης ΨΝΑ και Τετραδίων Ψυχιατρικής : 138-142
- ⁴⁸ Στυλιανίδης Σ. (1999) . 'Επικινδυνότητα και αυτοκτονικότητα ψυχικά ασθενών' στο *Ψυχική Υγεία και ΜΜΕ Πρακτικά* . Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία (ΕΨΕ) και Ένωση Συντακτών Ημερήσιων Εφημερίδων Αθηνών (ΕΣΗΕΑ) : 64-68.
- ⁴⁹ Dollard, J., Doob, L., Miller, N., Mowrer, O.H., Sears R.R. (1939). 'Frustration and aggression', Yale University Press. New Haven.
- ⁵⁰ Φωτιάδου Α. , Πρίφτης Φ., Κυπριανός Σ., (2005). 'Απαντήσεις και συσχετισμοί των ψυχικών διαταραχών και της κοινωνικής βίας'. Βιβλιογραφική ανασκόπηση. *Εγκέφαλος*, 42 (2) :57-61 .
- ⁵¹ Bandura A .(1971). 'A social learning Theory'. General Learning Press. N. York.
- ⁵² Webster C, Douglas KS, Eaves D., Hart SD (1997). 'HCR-20. Assessing risk of violence (version2)'. Vancouver : Mental Health, law and policy Institute, Simon Fraser University.
- ⁵³ Douglas, K.S., Ogloff, J.R.P. (2003). 'Multiple facets of risk for violence'. *International Journal of forensic mental health*, 2 (1) : 19-34.

- ⁵⁴ Dvoskin, J.A., & HHeilbrum, K. (2001). 'Risk assessment and release decision-making : Toward resolving the great debate'. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 29, 6-10.
- ⁵⁵ Mulvey, E.P. & Lidz C.W. (1995). 'Conditional prediction : A model for research on dangerousness to others in a new era'. *International Journal of law and Psychiatry*, 18: 129-143.
- ⁵⁶ Hart, S.D. 'Complexity, uncertainty, and the reconceptualization of risk assessment'.
[<http://www.sfu.ca/psychology/groups/faculty/hart>].
- ⁵⁷ Hart, S.D. (2001b) . 'Assessing and managing violence risk'. In K.S. Douglas, C.D. Webster, S.D. Hart, D. Eaves & J.R.P. Ogloff (Eds.), *HCR-20 violence risk management companion guide* (pp.13-25). Burnaby, BC/ Tampa, FL : Mental Health Law and Policy Institute, Simon Fraser University, Department of mental Health Law and Policy, University of South Florida.
- ⁵⁸ Cleckey, H., (1976). 'The Mask of sanity' , 5th^{ed} . St Louis , MO: Mosby.
- ⁵⁹ Hare, R.D.(1991). 'The Hare Psychopathy Checklist- Revised'. Toronto, Ontario. Myulti-Health Systems.
- ⁶⁰ Hare, R.D. (1998 a). 'Psychopaths and their nature. Implications for the mental health and criminal justice' T., Milon, E., Simonson, M., Burket- Smith & R. Davis (Eds.), *Psychopathy : antisocial, criminal and violent behavior* 188-212. New York : Guilford.
- ⁶¹ Hart, S.D., & Hare , R.D., (1997). 'Psychopathy : assessment and association with criminal conduct'. In D.M. Stoff, J. Maser, & Brieling (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* ,22-35. New York : Wiley.
- ⁶² Hare, R.D., Hart, S.D., & Harpur, T.J. (1991). 'Psychopathy and the DSM- IV criteria for antisocial personality disorder'. *Journal of abnormal psychology*, 100, 391-398.
- ⁶³ Hart, S.D., Cox, DD.N., & Hare R.D. (1995). 'Manual for the Hare psychopathy Checklist. Sreening Version (PSL:SV)'. Toronto: Multi-Health Systems, Inc.
- ⁶⁴ Forth, Kosson & Hare (2003). 'The gold standard for measuring psychopathy in youth is the psychopathy check list : Youth Version'. *Jouvenile psychopathy*. 263-278.
- ⁶⁵ Hare, R.D., Hart, S.D., & Harpur, T.J. (1991). 'Psychopathy and the DSM- IV criteria for antisocial personality disorder'. *Journal of abnormal psychology*, 100, 391-398.
- ⁶⁶ Lilienfeld, S.O. (1994). 'Conceptual problems in the assessment of psychopathy'. *Clinical Psychology Review*, 14, 17-38.
- ⁶⁷ Forth, A.E., & Burke, H.C.(1998). ' Psychopathy in adolescence: Assessment, violence and developmental Precursors'. In Cooke, D.J., Forth, A.E., & Hart, R.D.D. (Eds.). *Psychopathy : Theory, Research and implications for the society* 205-229. Dordrecht, The Netherlands : Kluwer.
- ⁶⁸ Cornell, D., Warren, J., Hawk, G., Stafford, E., Oram, G., & Pine, D. (1996). 'Psychopathy in instrumental and reactive violent offenders. *Journal of consulting and clinical psychology*' , 64: 783-790.
- ⁶⁹ Hart, S.D. & Dempster, R., J.(1997). 'Impulsivity and psychopathy'. In C.D. Webster & M.A. Jackson (Eds.), *Impusivity: New directions in research and clinical practice* (pp 212-232). New York: Guilford.
- ⁷⁰ Hare, R.D. (1999). 'Psychopathy as a risk factor for violenc'e. *Psychiatric Quartely* 70: 181-197.
- ⁷¹ Κυριακάκης Β., Πανούσης Γ.Απ. (1988) . 'Νομική και Εγκληματολογική προσέγγιση της επικινδυνότητας, (συμβολή στην ερμηνεία του άρθρου 5 του Ν.Δ. 104/73)' : 12-22.
- ⁷² Σκαραγκάς Δ., (2003) . 'Η άρση του καταλογοισμού των ψυχικά διαταραγμένων παραβατών', *Τετράδια Ψυχιατρικής* , 83, Ιούλιος -Αύγουστος-Σεπτέμβριος 2003 : 74-81.
- ⁷³ Στριγγάρης Μ.Γ. (1980). ' Σχιζοφρένεια και εγκληματικότητα' . *Εγκέφαλος* 17: 1-127.
- ⁷⁴ Πανούσης Γ. (1978). ' Η επικινδυνότητα' . No.B 776.
- ⁷⁵ Πανούσης Γ. (1987) . 'Επικινδύνως ακίνδυνοι ή ακινδύνως επικίνδυνοι'. *Εγκλημα και Κοινωνία*, 17-22.
- ⁷⁶ Garofalo R. (1905) . 'Griminalogie', Paris.
- ⁷⁷ Πανούσης Γ.(1990). 'Νομική και Εγκληματολογική Προσέγγιση της έννοιας της Επικινδυνότητας' στο *Επικινδυνότητα και Κοινωνική Ψυχιατρική*, Εκδόσεις Παπαζήση: 35-40
- ⁷⁸ Παπαδοπούλου Π (1990). 'Η κοινωνική απεικόνιση της επικινδυνότητας' ,στο *Επικινδυνότητα και Κοινωνική Ψυχιατρική* ,Εκδόσεις Παπαζήση: 194.
- ⁷⁹ Λειβαδίτης Μ.(1994). 'Ψυχιατρική και Δίκαιο'. Εκδόσεις Παπαζήση.
- ⁸⁰ Λειβαδίτης Μ.(1994), ο.π. σελ.139.
- ⁸¹ Kozol,H., Boucher ,R., Carofalo (1972) . 'The diagnosis and treatment of dangerousness'. *Crime and Delinquency*,18 : 371-392
- ⁸² Hamilton, J.R., Freeman,H. (eds),(1982). 'Dangerousness : Psychiatric Assessment and management' London; Caskell Books.
- ⁸³ Scott, P.(1977). 'Assessing Dangerousness in criminals'. *British journal of psychiatry* 131 : 127-142.
- ⁸⁴ Shepherd E., (1982). 'Assessing Dangerousness in mentally subnormal patients', στο Hamilton, J.R., Freeman,H. (eds) , , *Dangerousness : Psychiatric Assessment and management* ,London; Caskell Books.
- ⁸⁵ Loucas K. (1982). 'Assessing Dangerousness in Psychotics' στο Hamilton, J.R., Freeman,H. (eds) , , *Dangerousness : Psychiatric Assessment and management* , London; Caskell Books.
- ⁸⁶ Δουζένης Α, Λύκουρας Ε. (2008). 'Ψυχοιατροδικαστική' , Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.

- ⁸⁷ Στυλιανίδης Σ. (1999) . 'Επικινδυνότητα και αυτοκτονικότητα ψυχικά ασθενών' στο *Ψυχική Υγεία και ΜΜΕ Πρακτικά* . Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία (ΕΨΕ) και Ένωση Συντακτών Ημερησίων Εφημερίδων Αθηνών (ΕΣΗΕΑ) : 64-68.
- ⁸⁸ Γκορίνης Α., (2003) . 'Υποτροπή και επικινδυνότητα' στο *Απασυλοποίηση και η Σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη*, Εκδόσεις Παπαζήση (2), 16 : 276-288.
- ⁸⁹ Pollock, H.M. (1938). 'Is the paroled patient a menace to community?' *Psych. Quart.*, 236-244.
- ⁹⁰ Mulvey, E .(1994) . 'Assessing the evidence of link between Mental illness and violence', *Hospital and Community Psychiatry*, 45:7
- ⁹¹ Τομαράς Β., Μαυρέας Β.(1990). 'Σχιζοφρένεια και Οικογένεια. Ο ρόλος της οικογένειας στην πορεία και θεραπεία της σχιζοφρένειας'. *Ιατρική* ,57, (3) : 238-46.
- ⁹² Estroff, S., Zimmer C., Lachiocotte W., Benoit, J., (1994). 'The Influence of social networks and social support on violence by persons with serious mental illness'. *Hospital and community Psychiatry* 45:7.
- ⁹³ Tomaras V.,Mavreas V., Carydi V., Stefanis C.N., Ioannovich I. (1988). 'Expressed emotion in families of schizophrenics living in community'. Poster presentation. Behavior Therapy World Congress. Edinburgh Sept 5-10.
- ⁹⁴ Κούκια Ε., Μαδιανός Μ.,(2004). 'Οικογενειακή επιβάρυνση και ψυχική αρρώστια: Μέθοδοι εκτίμησης' . *Εγκέφαλος* 41: 119-127.
- ⁹⁵ Μαδιανός, Μ., Γουρνάς, Β., Τομαράς Β., Καψάλη Α., Στεφανής Κ.(1988). 'Οικογενειακή ατμόσφαιρα χρόνιων ψυχωσικών : Μια προοπτική διαχρονική έρευνα'. *Εγκέφαλος* 25 : 177-188.
- ⁹⁶ Μαρτινάκη Σ., Τσόπελας, Χρ., Πλουμπίδης Δ., Μαυρέας Β., (2009). 'Μεταβολή της οικογενειακής ατμόσφαιρας θεραπευομένων σε αποκαταστασιακές δομές'. *Ψυχιατρική* 20 (2) :145-152.
- ⁹⁷ Αλεβιζόπουλος Γ.Α. (1998) . 'Δικαστική Ψυχιατρική', Αθήνα ,Εκδόσεις Παριζιάνος.
- ⁹⁸ Alevizopoulos G. (2003). 'The mentally disordered offenders as victims : From classic Greek poetry to modern psychiatry'. *Journal of the American Academy of psychiatry and the Law* 31:110-116.
- ⁹⁹ Μαδιανός Μ.Γ. (2005). 'Ψυχιατρική και Αποκατάσταση' . Εκδόσεις Καστανιώτη .
- ¹⁰⁰ Ζήση Α.(1999). 'Δείκτες αξιολόγησης του αποτελέσματος των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων σε χρόνιους ψυχικά πάσχοντες'. *Ψυχιατρική* ,10: 191-208.
- ¹⁰¹ Planansky K., Jonhston R.,(1997) . 'Homicide Aggression in Schizophrenic Men'. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 55, ,65-73.
- ¹⁰² Δουζένης Α. (2006)., ' Η ελαττωμένη ικανότητα καταλογισμού και η πρακτική της εφαρμογή κατά την ποινική δίκη' στο *Ψυχιατρική και Δίκαιο I* (eds) Κ.Σολδάτος, Ι. Καρακώστας, Α. Κατσουράδης, Μ. Μαλλιώρη, Εκδόσεις Α.Ν. Σάκκουλα : 97-107.
- ¹⁰³ Γουρnelης Ρ.Ι. (2006) . 'Οι επιπτώσεις της ψυχικής διαταραχής στη ζωή του ζεύγους και της οικογένειας από ψυχιατρική σκοπιά' στο *Ψυχιατρική και Δίκαιο I* (eds) Κ.Σολδάτος, Ι. Καρακώστας, Α. Κατσουράδης, Μ. Μαλλιώρη, Εκδόσεις Α.Ν. Σάκκουλα : 67-81.
- ¹⁰⁴ Λειβαδίτης Μ.(1994), *Ψυχιατρική και Δίκαιο*, Εκδόσεις Παπαζήση : 179 – 180.
- ¹⁰⁵ Σακελλαρόπουλος, Π., Βούρδας, Χρ., (1977). 'Μελαγχολικοί συντελεστές εις ανθρωποκτόνους παρανοειδείς σχιζοφρενείς' . *Εγκέφαλος: Αρχεία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής*, 1 : 356-358.
- ¹⁰⁶ Λειβαδίτης Μ. (1994), ό.π 211-222.
- ¹⁰⁷ Λειβαδίτης Μ. (1994), ό.π. 162
- ¹⁰⁸ Σπαθάρης, Γ., Χατζηαντωνίου ,Ι., Σπίνουλας, Π., Δημακοπούλου ,Α., (1982) . 'Εγκληματική εκτροπή Αρρένων Σχιζοφρενών – Μελέτη χαρακτηριστικών των αδικημάτων'. *Εγκέφαλος* 19: 202 -207.
- ¹⁰⁹ Gudjonsson, G.H., Petursson, H., (1982). 'Some criminological and Psychiatric Aspects of homicide in Iceland' . *Medicine, Science and the Law*, 22: 91-98.
- ¹¹⁰ Λειβαδίτης ,Μ., Παπαδόπουλος ,Ι., Τσιρώνη, Β., Παπαδημητρίου, Γ., Αναγνώστου, Ι., (1990), ' Η παραβατική συμπεριφορά των σχιζοφρενών' . *Εγκέφαλος* 27(3):114-119.
- ¹¹¹ Silverman, D., (1946) . 'The Psychotic Criminal : A study of 500 Cases' .*Journal of Criminal Psychopathology* ,8:301-327.
- ¹¹² Smith Αναφέρεται στο Τσαλικογλου, Φ., (2007). «Σχιζοφρένεια και φόνος. Αναζητώντας τον χαμένο Παράδεισο». Εκδόσεις Α.Α. Λιβάνη, Αθήνα
- ¹¹³ Gibbens et al. Αναφέρεται στο Τσαλικογλου, Φ., (2007). 'Σχιζοφρένεια και φόνος. Αναζητώντας τον χαμένο παράδεισο'. Εκδόσεις Α.Α. Λιβάνη, Αθήνα
- ¹¹⁴ Fazel S., danesh J. (2002). 'Serious Mental disorder in 23000prisoners : A systematic review of 62 surveys' *Lancet* 359 :545-550.
- ¹¹⁵ Ashley, M., (1992) . 'Outcome of 1000 cases Paroled from the Middletown State Homeopathic Hospital', *State Hosp., Quart, New York*, 8,: 54-70.
- ¹¹⁶ Pollock, H.M., (1938). 'Is the Paroled Patient a Menace to Community?'. *Psychiat. Quart*, 12, :236-244.
- ¹¹⁷ Cohen,L.H., Freeman, H., (1945). 'How Dangerous to the community are state hospital patients?' *Connecticut State Medical journal*, 9, : 697-700.

- ¹¹⁸ Angermeyer, M.C., (2000). 'Schizophrenia and Violence'. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (suppl.407),66: 63-67.
- ¹¹⁹ Eronen, M., Angermeyer, M.C., & Schulze, B., (1998). 'The psychiatric epidemiology of violent behavior' *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33,: 13-23.
- ¹²⁰ Mullen, P.E., Burgess, P., Wallace, C., Palmer, S. & Ruchena, D., (2000). 'Community care and criminal offending in Schizophrenia' *Lancet*, 355: 614-617.
- ¹²¹ Erb, M., Hodgins, S., Freese, R, Muller- Isberner, R. & Juckel, D., (2001) . 'Homicide and Schizophrenia : may be treatment does have a preventive effect' .*Criminal behavior and mental health*, 11, : 6-26.
- ¹²² Gulevich, G.D., Bourne, P.G., (1970). 'Mental Illness and Violence' , in *Violence and the struggle for Existence*, Daniels, D., Gilula, M., Ochber, F. edit., Boston : Little Brown and Co, :309-326.
- ¹²³ Taylor, P.J., (1993). 'Schizophrenia and crime: distinctive patterns in association' , in Hodgins, S. (Ed.), *Mental Disorder and Crime*, Newbury Park, CA : Sage publication, :65-85.
- ¹²⁴ Calcedo – Barba, A.L. and Calcedo – Ordonez, A., (1994). 'Violence and Paranoid Schizophrenia' *International Journal of law and Psychiatry*, Vol.17, No 3,: 253-263.
- ¹²⁵ Mednick, S.A., Brennan, P., Katila, H., (1996), 'Mental Illness, violence, and fetal neural development', Paper presented at the Annual meeting of the American Psychiatric Association, New York, May 4-9.
- ¹²⁶ Taylor, P.J., (1998). 'When Symptoms of Psychosis Drive Serious Violence'. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, : 47-54.
- ¹²⁷ Taylor, P.J., Leese, M., Williams, D., Butwell, M., Daly, R. & Larkin, E., (1998). 'Mental Disorder and Violence : A special hospital Study'. *British Journal of psychiatry*, 172, : 218- 226.
- ¹²⁸ Willmannsk. (1940). 'Murders in the prodromic phase of schizophrenia' . *Z Ges. Nerol. Psychiatr.* 170 :583-662.
- ¹²⁹ Τσαλίκου Φ. (2007). 'Σχιζοφρένεια και φόνος. Αναζητώντας το χαμένο παράδεισο'. Εκδόσεις ΑΑ. Λιβάνη, Αθήνα.
- ¹³⁰ Virkunen, M., (1974). 'Observations of violence on schizophrenia'. *Acta Psychiatr.* 50,:145-151.
- ¹³¹ Lehman, H.E., (1980), 'Schizophrenia : Clinical features' , in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, editors Kaplan et al., New York: Williams and Wilkins, 3rd ed. :910.
- ¹³² Mouzos , J., (1999) , 'Mental Disorder and homicide in Australia' , Australian institute of criminology. *Trends and Issues in crime and criminal Justice* , 133, November : 1-6.
- ¹³³ Walsh, E., Buchanan, A & Fahy, T., (2002), *Violence and Schizophrenia: Examining the evidence* , *British Journal of psychiatry*, 180, :490-495.
- ¹³⁴ Guttmacher, M., (1965). 'La psychologie du meurtre', Paris: PUF.
- ¹³⁵ McKnight, C.K., Mohr, J.W., Quincy, R.E., and Erockko, J., (1996b). 'Mental Illness and Homicide' , *Canadian Psychiatric Association Journal*, 11 : 91-98.
- ¹³⁶ East, N.W., (1936). 'Medical Aspects of Crime.' London, Churchill.
- ¹³⁷ Planansky, K., Johnson, J., (1977). 'Homicidal Aggression in Schizophrenic men'. *Acta Psychiatr. Scand.* 55,: 65-73.
- ¹³⁸ Mark, V.H., Ervin, F.R., (1970). 'Violence and the brain', New York, Harper & Row.
- ¹³⁹ Monroe, R., (1970). 'Episodic behavioral disorders', Cambridge, Harvard University Press.
- ¹⁴⁰ Heuyer, G., (1968). 'Les Troubles Mentaux: Etude Criminologique', Paris :PUF.
- ¹⁴¹ Asher, J., (1968). 'Reflexions sur l' Etat Dangereux et le Passage á l' Acte'. *Annales Medicopsychologiques*, 126,3:434-436.
- ¹⁴² Ray, I., (1869). 'Confinement of the insane'. *American law review* 3:197-217.
- ¹⁴³ Szabo, D., Fattah, A., (1969). 'Criminodynamique-Victimologie-criminologie Clinique'. *EMC Psychiatry*, 37906 A 30 et A 40.
- ¹⁴⁴ Schipkowensky, N., (1973). 'Epidemiological Aspects of Homicide', in *The World Biennial of Psychiatry and Psychotherapy*, Arieti, S. editor, New York, Basic Books, Inc, Publishers, Vol. II :196.
- ¹⁴⁵ Sykes, G.M., Matza, D., (1957). 'Techniques of Neutralizations. A Theory of Delinquency'. *American Sociological Review*, 22:664-700
- ¹⁴⁶ McKnight, C.K., Mohr, J.W., Quincy, R.E., and Erockko, J., (1996a). 'Matricide and Mental Illness' , *Canadian Psychiatric Association Journal*, 11 :99-106.
- ¹⁴⁷ Τσαλίκου Φ., (2007), ό.π. : 293.
- ¹⁴⁸ Τσαλίκου Φ., (2007), ό.π. : 296.
- ¹⁴⁹ McNiel, D.E., , Champerlain J.R., Weaver C.M. et al (2008). 'Impact of clinical training on violence risk Assessment'. *Am J Psychiatry* 165 : 195-200.
- ¹⁵⁰ Lyon, DR., Hart, S.D & Webster C.D. (2001). 'Violence risk assessment'. In R. Schuller & J.P.R. Ogloff (Eds.) *Law and psychology : Canadian perspectives* (pp. 314-350). Toronto: University of Toronto Press.
- ¹⁵¹ Shah, S.A. (1978). 'Dangourness : A paradigm for exploring some issues in law and psychology'. *American Psychologist*, 33: 224-238.

- ¹⁵² Heilbrun, K., (1997). 'Prediction versus management models relevant to risk assessment : the importance of legal decision- making context'. *Law and Human Behavior* 21: 347-359.
- ¹⁵³ Monahan J. (1981). 'Predicting violent behaviour : An assessment of clinical techniques'. Beverly Hills, CA: Sage.
- ¹⁵⁴ Hodgins S. (1992). 'Mental disorder, intellectual deficiency, and crime'. *Arch Gen Psychiatry* ;49 : 476-483.
- ¹⁵⁵ Monahan J. (1992). 'Mental disorder and violent behaviour'. *Am Psychol* 47: 511-21.
- ¹⁵⁶ Monahan J. (1981). 'The clinical prediction of violent behavior'. Washington, DC: National Institute of mental Health.
- ¹⁵⁷ Mossman D. (1994). 'Assessing predictions of violence being accurate about accuracy'. *J Consult Psychol* 62:738-792.
- ¹⁵⁸ Rice M.E., Harris G.T. (1995). 'Violent recidivism : assessing predictive validity'. *J Consult Clin Psychol* 63:737-748.
- ¹⁵⁹ Gardner, W., Lidz, C.W., Mulvey E.P., Shaw E.C. (1996). 'Clinical versus actuarial predictions of violence in patients with mental illness'. *J Consul Psychol* 64:602-9
- ¹⁶⁰ Dawers R.M., Faust D., Meehl P.E., (1989). 'Clinical versus actuarial risk judgement'. *Science* 243:1668-1674.
- ¹⁶¹ Szmukler, G., (2001). 'Violence risk prediction in practice'. *British Journal of Psychiatry*, 178, 84-85.
- ¹⁶² Dolan, M., & Doyle, M., (2000). 'Violence risk prediction. Clinical and actuarial measures and the role of the psychopathy checklist'. *British Journal of Psychiatry* 177, 303-311.
- ¹⁶³ Dolan, M.C., Doyle, M. (2000). 'Violence risk prediction clinical and actuarial measures and the role of the psychopathy checklist'. *Br. J Psychiatry* 177: 303-311.
- ¹⁶⁴ Webster C, Douglas KS, Eaves D., Hart S,D (1997). 'HCR-20. Assessing risk of violence (version2)'. Vancouver : Mental Health, law and policy Institute, Simon Fraser University
- ¹⁶⁵ Douglas, K., Guy, L. (2006). 'HCR-20 violence risk assessment scheme : overview and annotated Bibliography' [[http:// www.sfu.ca/psych/faculty/hart/resources.htm](http://www.sfu.ca/psych/faculty/hart/resources.htm)]
- ¹⁶⁶ Hodgins , S., Mednick, S.A., Brennan P.A., Schulsinger, F., Engberg, M.: (1996). 'Mental Health Disorder and crime'. *Arch General Psychistry* 53: 489-496.
- ¹⁶⁷ Swanson, J.W., Holzer C., Ganju U.K., Jono R.T.(1990). 'Violence and psychiatric disorder in the community : evidence from the epidemiological catchment' . *Acta Survey Hospital and community Psychiatry* 41: 761-770.
- ¹⁶⁸ Andrews, D.A., & Bonta, J., (2006). 'The psychology of criminal conduct (4th ed)'. Cincinnati, O.H: Anderson.
- ¹⁶⁹ Heilbrun, K., (1997). 'Prediction versus management models relevant to risk assessment : The importance of megal decision- making context'. *Law and Human Behavior* , 21: 347-359.
- ¹⁷⁰ Monahan J., & Steadman H. (eds). (1994). 'Violence and mental disorder : Developments in risk assessment'. Chicago. University of Chicago Press.
- ¹⁷¹ Rice, M.E. (1997). 'Violent offender research and implications for the griminal justice system'. *American Psychologist*, 52 : 414-423.
- ¹⁷² Harris, G.T., Rice, M.E., & Quinsey, V.L. (1993). 'Violent recidivism of mentally disordered offenders : The development of a statistical prediction instrument'. *Griminal JJustice and Behavior*, 20 :315-335.
- ¹⁷³ Bonta, J., Harman, W.G., Hann, R., G., & Cormier, R.B.. (1996). 'The prediction of recidivism among federally sentenced offenders : A re-validation of the SIR scale'. *Canadian Journal of grimiliogy*, 38: 61-79.
- ¹⁷⁴ Bonta, J. (2002). 'Offender risk assessment : Guidelines for selection and use'. *Criminal Justice and Behavior*, 29:335-379.
- ¹⁷⁵ Andrews , D.A., Bonta, J., & Hoge, R.D. (1990). 'Classification for effective rehabilitation: Rediscovering Psychology'. *Griminal Justice and Behavior* , 17: 19-52.
- ¹⁷⁶ Hoge, R.D. & Andrews, D.A. (1996). 'Assessing the youthful offender: Issues and techniques'. New York : Plenum.
- ¹⁷⁷ Wong, S.C., & Gordon (2006). 'The validity and reliability of the violence risk scale : A treatment – friendly violence risk assessment tool'. *Psychology, Public Policy and the Law*, 12 : 279-309.
- ¹⁷⁸ Andrews, D.A., & Bonta, J. (1995). 'Level of service Inventory – Revised' . Toronto : Multi – Health Systems.
- ¹⁷⁹ Webster C, Douglas KS, Eaves D., Hart SD (1997). 'HCR-20. Assessing risk of violence (version2)'. Vancouver : Mental Health, law and policy Institute, Simon Fraser University.
- ¹⁸⁰ Loza, W. (2005). 'The Self – Appraisal Questionnaire (SAQ) : A tool for assessing violent and non – violent recidivism'. Toronto : Mental Health Systems.
- ¹⁸¹ Gendreau, P., Little, T., & Goggin, C. (1996). 'A meta- analysis of thw predictors of adult recidivism : What Works'. *Criminology*, 34 : 401-433.

- ¹⁸² Andrews, D.A.(1989). 'Recidivism is predictable and can be influenced : Using risk assessments to reduce Recidivism'. Forum on corrections research 1 :11-17.
- ¹⁸³ Douglas, K.S., & Skeem, J.(2005). 'Violence risk assessment : Getting specific about being dynamic'. Psychology, Public, Policy and Law, 11: 347-383.
- ¹⁸⁴ Cambell, M.A., French, S., Gendreau, P. (2009). 'The prediction of violence in adult offenders. A meta – analytic comparison of instruments and methods of assessment'. Criminal Justice and Behavior, 36(6): 567-590.
- ¹⁸⁵ Wong, S.C.P.,& Cordon A. (2006). 'The Validity and reliability of the violence risk scale : A treatment – friendly violence risk assessment tool'. Psychology, Public Policy and Law, 12: 279-309.
- ¹⁸⁶ Andrews, D.A., Bonta, J., & Wormith, J.S., (2004). 'The level of service [case management Inventory'. (LS\CMI). Toronto : Multi – Health Systems.
- ¹⁸⁷ Seto, M.C.(2005). 'Is more better? Combining actuarial risk scales to predict recidivism among adult sex Offenders'. Psychological Assessment , 17: 156-167.
- ¹⁸⁸ Hartving P., Alfarnes, S.A., Skjonberg, M., Moger, T.A., Ostber, B.(2006). 'Brief checklists for aggressive violence risk patients discharged from acute psychiatric facilities : A preliminary study'. Nord J Psychiatry 60: 243-248.
- ¹⁸⁹ Swanson J.W., (2008). 'Preventing the unpredicted : managing violence risk in mental health care'. Psychiatry Services 59: 191-193.
- ¹⁹⁰ Lamberg L. (2007). 'New tools aid violence risk assessment'. J AMA 298 (5): 499-501.
- ¹⁹¹ McNiel D.E., Chamberlain J., R. (2008). 'Impact of clinical training on violence risk assessment'. Am J Psychiatry 165 :195-200.
- ¹⁹² Mossman D. (2000). 'Commentary : assessing the risk of violence – are “accurate” predictions useful?' J Am Psychiatry Law 28 : 272-281.
- ¹⁹³ Monahan J., Steadman, H.J., Robbins, P.C. et al (2005). 'An actuarial model of vilence risk assessment for persons with mental disorders'. Psychiatr Serv. 56: 810-15.
- ¹⁹⁴ Simon R.I. (2006). 'The myth of “ imminent” violence in psychiatry and the law'. University Cincinnati L.Rev 75: 631-43.
- ¹⁹⁵ Simon, R.T., (1992). 'Clinical assessment of suicidal patients: assessing the unpredictable'. In American Psychiatric Press Review of clinical Psychiatry and the Law, vol.3. Edited by Simon R.I. Washington , D.C. American Psychiatric Press.
- ¹⁹⁶ Theinhaus, O.J., Piasecki, M. (1998). 'Assessment of psychiatric patients' risk of violence towards others'. Psychiatric services 49(9): 1130-1147.
- ¹⁹⁷ Maden, A. (2005). 'Violence risk assessment : The question is not whether but how'. Psychiatric Bulletin 29, 121-122.
- ¹⁹⁸ Mossman,D., (2008). 'Violence risk : Is clinical judgment enough?'. Current Psychiatry 7 : 66-72.
- ¹⁹⁹ Μαδιανός, Μ., (2005) . 'Ψυχιατρική και Αποκατάσταση', εκδόσεις Καστανιώτη : 432-434.
- ²⁰⁰ Goffman, E.,(1963). 'Stigma.Notes on the Management of spoiled identity'. Prentice- Hall Inc. (Στίγμα: Σημειώσεις για τη διαχείριση της φθαρμένης ταυτότητας. Εισαγωγή , μετάφραση Δ. Μακρυγιάννη Αθήνα, εκδόσεις Αλεξάνδρεια, 2001).
- ²⁰¹ Economou ,M., Gramandani, G., Richardson, C., Stefanis C., (2005). 'Public attitudes toward people with schizophrenia in Greece'. World Psychiatry 4: 40-44.
- ²⁰² Λειβαδίτης, Μ., (1994) ο.π. σελ 160- 162.
- ²⁰³ Οικονόμου Μ.,(1999). 'Στίγμα, Αποστιγματισμός, επανένταξη', στο *Ψυχική Υγεία και ΜΜΕ Πρακτικά* :90- 94.
- ²⁰⁴ Τσαλίκολου, Φ., (1987), ό.π. σελ. 126-127.
- ²⁰⁵ Cumming, J., Cumming, E., (1957). 'Closed Ranks : An experiment in Mental health education', Cambridge, Harvard University.
- ²⁰⁶ Kennard, D., (1974) . 'The newly admitted psychiatric patients as seen by self and others'. British Journal of Medical psychology, 47 : 27-41
- ²⁰⁷ Markowitz, F.E., (1998). 'The effects of stigma on psychological well being and life satisfaction of persons with mental illness'. Journal of health and social Behavior 39 : 335-347.
- ²⁰⁸ Swanson, R.M., & Spitzer , S.P., (1970) . 'Stigma and the psychiatric patient career'. Journal of health and social behavior 11 :44-51.
- ²⁰⁹ Warner, R., Taylor, D, Powers, M., et al (1989) . 'Acceptance of the mental illness label by psychotic patients: Effects on functioning'. American journal of orthopsychiatry, 59 : 398-409.
- ²¹⁰ Economou, M., (1999), 'The stigma of schizophrenia : The Greek experience' , in Maj, Mario and Sartorius, Norman (eds), WPA Series, Evidence and experience in Psychiatry, John Wiley and sons, LTD, Schizophrenia, Vol. 2 :300-302.
- ²¹¹ Allbrecht, G., Walker V., Levy J.(1982). 'Social Distance from the stigmatized : The Test of two theories'.

- Social Science & Medicine 10, : 1319-1327.
- ²¹² Taylor, P.J. & Gunn, J., (1999) . ‘ Homicides by people with mental illness : Myth and Reality’. British Journal of Psychiatry, 174 :9-14
- ²¹³ Vaddaki, K.S., Soosai, E., Gilleard, G.J. & Adlard , S., (1997). ‘Mental illness physical abuse and burden of care on relatives:A study of acute psychiatric admission patients’. Acta Psychiatrica Scandinavia,95:313- 317.
- ²¹⁴ Δημέλλης Δ. (2003). ‘Ψυχιατρική και Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης : Εξοικείωση με την ψυχική αρρώστια ή Διαστρέβλωση – Εκμετάλευση της πραγματικότητας’. Εγκέφαλος, 41 (3).
- ²¹⁵ American Psychiatric Association. Guidelines for psychiatrists working with the communications media. Am J Psychiatry 1977; 134 (5) : 609-611.
- ²¹⁶ Hyler SE., Gabbard O, Schneider L., (1991). ‘Homicidal maniacs and narcissistic parasites : stigmatization of mentally ill persons in the movies’. Hosp Community Psychiatry, Oct ;42 (10) :1044-8.
- ²¹⁷ Wilson C., Nairn R., Coverdale J., Panapa A., (1999). ‘Mental illness depictions in prime-time drama: identifying the discursive resources’. Aust NZ J Psychiatry, Apr; 33(2) :232-9.
- ²¹⁸ Johnsoton I., Taylor P.J., (2003). ‘Mental Disorder and serious violence : the victims J Clin Psychiatry, Jul; 64(7) :819-824.
- ²¹⁹ Cutcliffe JR., Hannigan B., (2001). ‘Massmedia “monsters” and mental health clients : the need for increased lobbying’. J Psychiatr Ment Health Nurs. Aug; 8 (4) :315-21.
- ²²⁰ Nairn R., Coverdale J., Claasen D., (2001). ‘From source material to news story in New Zealand print media : a prospective study of the stigmatizing progress in de –picting mental illness’. Aust NZJ Psychiatry Oct ; 35 (5) :654-9.
- ²²¹ Economou, M., Kourea, A., Gramandani, G., Leontiadou, A., Louki, E., Stafanis, C. (2005). ‘Mental disorder and mental health representations in Greek newspapers and magazines’. World Psychiatry 4: 45-49.
- ²²² Gebner, G., (1985). ‘Dreams that Hurt: Mental Illness in the Mass Media’ , in Proceedings of the First Annual Rosalyn Carter Symposium on Mental Health Policy , (Atlanta, Ga.: Carter Center) :8-13.
- ²²³ Νταουντάκη Ν. (1999). ‘Η εικόνα της ψυχικής διαταραχής στα ΜΜΕ, από τη σκοπιά του δημοσιογράφου’ στο *Ψυχική Υγεία και ΜΜΕ Πρακτικά* :50-55.
- ²²⁴ Αγγελόπουλος Νικ.: www.sofpsi-ser.gr/simboules
- ²²⁵ Monahan J. (1981). ‘Predicting violent behaviour : An assessment of clinical techniques’. Beverly Hills, CA: Sage.
- ²²⁶ Hodgins S. (1992), ‘Mental disorder, intellectual deficiency, and crime’. Arch Gen Psychiatry ;49 : 476-483.
- ²²⁷ Monahan J. (1992), ‘Mental disorder and violent behaviour’. Am Psychol 47: 511-21.
- ²²⁸ Hartvig P., Alfarnes S.V., Skjonberg M., Moger T.A., Ostberg B., (2006). ‘Brief checklists for assessing violence risk among patients discharged from acute psychiatric facilities : A preliminary study’. Nord J psychiatry 60 ; 3: 243-48.
- ²²⁹ Czaja & Blair (1996). ‘Real world research : a resource for social scientists and practitioners’. 240-246.
- ²³⁰ McNiel DE, Binder RL, (1994). ‘Screening for risk of inpatient violence : Validation of an actuarial tool’. Law Hum Behav 18:579-86.
- ²³¹ Webster CD, Eaves D, Douglas KS, Wintrup A (1995). ‘The HCR-20 scheme: The assessment of dangerousness and risk’. Vancouver :Simon Fraser University and British Columbia Forensic Psychiatric Services Commission.
- ²³² Webster C, Douglas KS, Eaves D., Hart SD (1997). ‘ HCR-20. Assessing risk of violence (version2)’. Vancouver : Mental Health, law and policy Institute, Simon Fraser University.
- ²³³ Cray, N.S., Hill, C., McGleish, A., et al (2003). ‘Prediction of violence and self –harm in mentally disordered offenders : a prospective study of the efficacy of HCR-20 , PCL-R and psychiatric symptomatology’. Journal of consulting and clinical Psychology 71 :443-451.
- ²³⁴ Doyle ,M., Dolan M., McGoven J., (2002) . ‘The Validity of North American risk assessment tools in predicting inpatient violent behavior in England’. Legal and Criminological Psychology 7: 141-154.
- ²³⁵ Denverick, M., Grann, M., Johansson, S., (2002). ‘Violent Behavior in forensic psychiatric patients ; risk assessment and different risk management levels using the HCR-20’. Psychology, Grime and Law 8: 93-111.
- ²³⁶ Stand, S., Belfrage, H. (2001). ‘Comparison of HCR-20 scores in violent mentally disordered men and women : gender differences and similarities’. Psychology, Grime and Law 7:71-79.
- ²³⁷ Douglas, K.S., Ogloff, J.R.P., Nicholls, T.L., et al (1999). ‘Assessing risk for violence among psychiatric patients : the HCR-20 violence risk assessment scheme and the psychology Checklist : Screening Version’. Journal of Consulting and Clinical Psychology 67: 917-930.
- ²³⁸ Forth AE., Hart SD, Hare RD (1990). ‘Assessment of psychopathy in male young offenders’. Psychological

- Assessment : A Journal of consulting and clinical Psychology, 2,342-344.
- ²³⁹ Hill CD, Rogers R, Bickford ME (1996). 'Predicting aggressive and socially disruptive behavior in a maximum security forensic hospital'. *Journal of forensic Sciences* , 41, 56-59.
- ²⁴⁰ Quinsey VL, Rice ME, Harris GT (1995). 'Actuarial prediction of sexual recidivism. *Journal of interpersonal violence*, 10, 85-105.
- ²⁴¹ Rice ME, Harris GT(1992). 'A comparison of criminal recidivism among schizophrenic and non-schizophrenic offenders'. *International Journal of Law and Psychiatry*, 15, 397-408.
- ²⁴² Serin RC (1991). 'Psychopathy and violence in criminals'. *Journal interpersonal violence*, 6, 423-431.
- ²⁴³ Serin RC(1996). 'Violent recidivism in criminal psychopaths'. *Law and human behavior*, 20, 207-217.
- ²⁴⁴ Serin RC, Amos NL. (1995). 'The role of psychopathy in the assessment of dangerousness'. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18, 231-238.
- ²⁴⁵ Harris GT, Rice ME, Quinsey VL (1993). 'Violent recidivism of mentally disordered offenders : The development of a statistical prediction instrument'. *Criminal justice and behavior*, 20, 315-335.
- ²⁴⁶ Hare R.D. (1999) . 'Psychopathy as a risk factor for violence'. *Psychiatric Quarterly* 70;3 :181-197.
- ²⁴⁷ Hare (1991). 'Manual for the Hare Psychopathy checklist – Revised', Toronto : Multi- Health Systems.
- ²⁴⁸ Γοτζαμάνης Κ. (2004) . 'Διαγνωστικά Κριτήρια DSM- IV TR TM Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας σελ. 44-47.
- ²⁴⁹ Rabkin J. (1974), *Clinical Behavior of discharged mental patients : a critical appraisal of the research.* *Psychological Bulletin* 86 : 1-27.
- ²⁵⁰ American Psychiatric Association : Task Force Report Number 8: Clinical Aspects of violent individual. Washington, DC, American Psychiatric Association , 1974.
- ²⁵¹ Buchanan A. (2008). 'Risk of violence by psychiatric patients : Beyond the "actuarial versus clinical" assessment debate.*Psychiatr. Serv.* 59 : 184-190.
- ²⁵² Beck Jc, White KA, Gage B. (1991). 'Emergency psychiatric assessment of violence' . *Am J Psychiatry* 148: 1562-5 .
- ²⁵³ Thienhaus OJ, Piasecki M. (1998). 'Assessment of psychiatric patients' risk of violence toward others'. *Psychiatr Serv* 49: 1129-47.
- ²⁵⁴ Douglas, K., Guy, L. (2006). 'HCR-20 violence risk assessment scheme : overview and annotated Bibliography' [[http:// www. Sfu.ca/psych/faculty/hart/resources.htm](http://www.Sfu.ca/psych/faculty/hart/resources.htm)].
- ²⁵⁵ Belfrage, H., (1998). 'Implementing the HCR-20 scheme for risk assessment'. *Foren Psychiatry* 9: 328-338.
- ²⁵⁶ Monahan, J., Steadman, H., Silver , E. et al (2001). 'Rethinking risk assessment: The Mac Arthur Study of mental disorder and violence'. Oxford University Press.)
- ²⁵⁷ Hart , S., Cox, D., & Hare, R. (1995). 'The Hare PCL :SV Psychopathy Checklist. Screening Version'. New York : Multi –Health Systems.)
- ²⁵⁸ Weiss, K.A., Smith ,Th.E., Hull, J., Piper A. C., Huppert J.D., (2002). 'Predictors of risk of nonadherence in outpatients with schizophrenia and other psychotic disorders'. *Schizophrenia Bulletin* 28; 2:341-349.
- ²⁵⁹ American Psychiatric Association . DSM – IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: APA, 1994.
- ²⁶⁰ Dimsdale J.E., Jeste D.V., Patterson ,Th.L., (2010). 'Beyond the Global Assessment of Functioning : learning from Virginia Apgar'. *Psychosomatics* 51; 6 : 515-519.
- ²⁶¹ Suzuki Y., Yasumura S., Fukao A., Otani K. (2003). 'Associated factors of rehospitalization among schizophrenic patients'. *Psychiatry and clinical Neurosciences* 57: 555- 561.
- ²⁶² Cornblatt, B.A., Auther A. M., Niendam T., Smith C. W., Zinberg J., Bearden C.E. and Cannon T.D. (2007). 'Preliminary findings for two measures of social and role functioning in the prodromal phase of Schizophrenia'. *Schizophrenia Bulletin* 33 (3) : 688-702.
- ²⁶³ Endicott J., Spitzer R., Fleiss J, et al (1976). 'The global Assessment Scale : a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance'. *Arch Gen Psych* 33: 766- 771.
- ²⁶⁴ Steadman H., J., Mulvey, E., Monahan J., et al (1998). 'Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods'. *Archives of General Psychiatry*, 55: 393-401.
- ²⁶⁵ Skeem, J. L. Miller J.D., Mulvey, E.P., et al (2005). 'Using a five factor lens to explore the relation between personality traits and violence in psychiatric patients'. *Journal of Consulting and Criminal Psychology* 73:454-465.
- ²⁶⁶ Douglas , K.S., Ogloff, J.D. (2003). 'Violence by psychiatric patients : the impact of archival measurements source on violence base rate and risk assessment accuracy'. *Can J psychiatry* 48 (11) : 734-41.
- ²⁶⁷ Mossman D. (2008). 'Violence risk : Is clinical judgment enough ? ' *Current Psychiatry* 7: 66-72.
- ²⁶⁸ Mc Niel D.,Gregory A., Lam., J., Binder R. & Sullivan G. (2003). 'Utility of decision support tools

- for assessing acute risk of violence'. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71, 945-53.
- ²⁶⁹ Dolan, M., Blattner, R. (2010). 'The utility of the Historical clinical risk -20 scale as a predictor of outcomes in decisions to transfer patients from high to lower levels of security –A UK perspective'. *BioMed Central* 10 :76-83).
- ²⁷⁰ Dolan, M., Khawaja, A. (2004). 'The HCR-20 and post – discharge in male patients discharged from medium security in the U.K'. *Aggressive behavior*, 30: 469-483.
- ²⁷⁴ Τσόπελας Χ., Μαρτινάκη Σ., Λαμπράκη Α. (2009), Μετάφραση – Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης 'HCR-20 Εκτίμηση επικινδυνότητας για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς'. *Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ* : 16-17.
- ²⁷² Douglas, K.S., Ogloff J.P.R., Nicholls T.L. & Grant, I (1999). 'Assessing risk for violence among psychiatric patients : The HCR-20 risk assessment scheme and the psychopathy checklist : Screening Version.' *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67,917-930.
- ²⁷³ Mc Niel D., Gregory A., Lam., J., Binder R. & Sullivan G. (2003). 'Utility of decision support tools for assessing acute risk of violence'. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71, 945-53.
- ²⁷⁴ Muller- Isberner R., Sommer, J., Ozokyay K., & Freese R., (1999). 'Clinical use of the HCR-20 for predicting violence in a German forensic psychiatric hospital'. Paper presented at the international Conference on Risk Assessment and Management : Implications for prevention of violence, Vancouver, BC, Canada.
- ²⁷⁵ Fujii, D., Lichten A & Tokioka A. (2004). 'Structured professional judgment versus actuarial data in violence risk prediction using the historical Clinical Risk Management -20'. Paper presented at the annual convention of the American Psychological Association, Honolulu, HI.
- ²⁷⁶ Hare R.D. (1999). 'Psychopathy as a risk factor for violence'. *Psychiatric Quarterly* 70 (3) : 181-197.
- ²⁷⁷ Hare R.D., Clark, D., Grann M., & Thornton D. (2000). 'Psychopathy and the predictive validity of the PCL:R.: An international perspective'. *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 623-645.
- ²⁷⁸ Hildebrand M., de Ruiter C., & de Vogel (2004). 'Psychopathy and the sexual deviance in treated rapists : Association with sexual and non sexual recidivism'. *Sexual abuse A journal of research and the treatment*, 16, 1-24.
- ²⁷⁹ Miller M.C (2008). 'Ένα μοντέλο για την εκτίμηση ης βίας'. *Harvard Rev Psychiatry*, 7 (5): 82- 87.
- ²⁸⁰ Tardiff K., Sweillam, A. (1980). 'Assault, suicide and mental illness'. *Arch Gen Psychiatry*, 37 : 164-9.
- ²⁸¹ Convit, A., Jaeger J., Lin SP, Meisner M, Volavka J. (1988). 'Predicting assaultiveness in psychiatric inpatients: a pilot study'. *Hosp Community Psychiatry* 39: 429-34.
- ²⁸² Monahan, J., Steadman, H., Robbins, P., Appelbaum, P., Banks, S., Grisso, T., Helibrum, K., Mulvey, E., Roth, L., and Silver, E. (2005). 'An actuarial model of violence risk assessment for persons with mental Disorders'. *Psychiatric Services* 56 : 810-815.
- ²⁸³ Χαβάκη- Κονταξάκη Μπ. (2007). 'Αυτοκαταστροφική και βίαιη συμπεριφορά, στο *Σύγγραμμα Ψυχιατρικής*, τόμος πρώτος Σολδάτος Κ, Λύκουρας Λ. (Eds). Εκδόσεις ΒΗΤΑ medical arts: 439-457.
- ²⁸⁴ Douglas, K.S., Belfrage, H. (2001). 'Use of the HCR-20 in violence risk management : Implementation and clinical practice'. In : Douglas KS, et al editors. *The HCR-20 violence risk management companion manual*. Burnaby, B.C.: Mental Health Law and Policy Institute, Simon Fraser University.
- ²⁸⁵ Webster C.D., Douglas, K.S., Hart, S.D., Eaves, D. (2000). 'Capturing change : An approach to managing violence and improving mental health'. In : Hodgins S, Muller-Isberner R. (Eds.) *Violence among the mentally ill : Effective treatment and management strategies*. Dordrecht, Netherlands : Kluwer Academic Press p 119-144.)
- ²⁸⁶ Cray, N, Snowden, R. (2008). 'Predicting violent reconvictions using the HCR-20'. *The British journal of Psychiatry* 192:384-387.
- ²⁸⁷ Mossman D. (2008). 'Violence risk : Is clinical judgment enough ? ' *Current Psychiatry* 7: 66-72.
- ²⁸⁸ Neuner T., Hubner – Liebermann B., Hausner H., Hajak G., Wolfersdorf M., Spiessl H., (2011). 'Revisiting the association of aggression and suicidal behavior in schizophrenic inpatients'. *Suicide Life threat Behav.* 41(2) : 171-9.
- ²⁸⁹ Tardiff K., Marzuk PM., Leon AC., Hirsch CS, Stajic M., Portera L, et al (1994). 'Homicide in New York City : cocaine use and firearms'. *JAMA* ;272: 43-6.
- ²⁹⁰ Kaplan MS., Geling O. (1998). 'Firearm suicides and homicides in the United States: regional variations and patterns of gun ownership'. *Soc Sci Med* 46:1227-33.
- ²⁹¹ Mc Niel, D.E., Binder, R.L., Greenfield T.K., (1988). 'Predictors of violence in civilly committed acute psychiatric patients'. *Am Psychiatry* 145: 965-970.
- ²⁹² Monahan J. (1984). 'The prediction of violent behavior : Toward a second generation of theory and policy'. *American Journal of Psychiatry*, 141:10-15.

- ²⁹³ Hare R.D., (1991). 'Manual for the Hare psychopathy check list – revised'. Toronto: Multi Health Systems.
- ²⁹⁴ Klassen D., O'Connor WA. (1988). 'A prospective study of predictors of violence in adult male mental health admissions'. *Law Hum Behav.* 12:143-58.
- ²⁹⁵ Steinert , T., Wiebe Ch., Gebhardt R.P., (1999). 'Aggressive behavior against self and others among first admission patients with schizophrenia'. *Psychiatr Serv* 50 : 85-90.
- ²⁹⁶ Hoptman, M., Yates K.E., Patalinjug, M., Wack, R.C, Convit, A., (1999). 'Clinical prediction of assaultive behavior among male psychiatric patients at a maximum- security forensic facility'. *Psychiatr Serv* 50: 1461-1466.
- ²⁹⁷ McNeil , D.E., & Binder, R.L. (1987). 'Predictive validity of judgments of dangerousness in emergency civil commitment'. *American journal of Psychiatry* 144: 197-200.
- ²⁹⁸ Bartels, S.J., Drake, R. E., Wallach, M.A., et al (1991) . 'Characteristic hostility in schizophrenic Outpatients'. *Schizophrenia Bulletin* 17 : 163-171.
- ²⁹⁹ El- Badri S.M.(2006). 'Aggressive behavior in an acute general psychiatric unit'. *Psychiatric bulletin* 30 : 166-168.
- ³⁰⁰ Chang, J., Lee, C. (2004). 'Risk factors for aggressive behavior among psychiatric inpatients'. *Psychiatr Serv.* 55:1305-1307.
- ³⁰¹ Urheim, R., Jakobsen D. & Rasmussen K. (2003). 'Dimensions of inpatient aggressive behavior in a security ward : What is being “ predicting” ? 'Paper presented at the 5th Nordic Symposium on forensic psychiatry, Ystad, Sweden.
- ³⁰² Grevatt, M., Thomas- Peter, B. & Hughes G. (2004). 'Violence, mental disorder and risk assessment : Can structured clinical assessments predict the short-term risk of inpatient violence?'. *The journal of forensic psychiatry & psychology*, 15,278-292.
- ³⁰³ Minutolo, G., Cannavo, D., Petralia, A., Gandolfo, L., Plermo,F., Aquglia, E. (2010). 'The aggression in SPDC: an observational study'. Preliminary data. *Riv Psichiatri* 45 (6) :374-81.
- ³⁰⁴ Lindquist , P., Allebeck, P. (1990). 'Schizophrenia and crime'. *British Journal of psychiatry* 157 :345-350.
- ³⁰⁵ Malla Ak., Norman RMG., Machanda R., Ahmed MR, Scholten D., Harricaran R., Cortese L., Takhar j (2002). 'One year outcome in first episode psychosis : influence of DUP and other predictors'. *Schizophrenia Research* 54 : 231-242.
- ³⁰⁶ Larsen TK., Moe LC., Vibe-Hansen L., Johanssen JO (2000). 'Premorbid functioning versus duration of untreated psychosis in one year outcome in first- episode psychosis'. *Schizophr Res* 45 : 1-9.
- ³⁰⁷ Lidz, C.W., Mulvey, E.P. & Gardner, W. (1993). 'The accuracy of predictions of violence to others '. *Journal of the American Medical Association*, 269: 1007-1011.
- ³⁰⁸ Newhill, C.E., Mulvey, E.P., & Lidz, C.W. (1995). 'Characteristics of violence in the community by the female patients seen in a psychiatric emergency service'. *Psychiatric Services*, 46: 785-789.
- ³⁰⁹ Tardiff, K., Marzuk, P.M., Leon, A.C., et al (1997). 'Violence by patients admitted to a private psychiatric Hospital'. *American journal of Psychiatry* 154 : 88-93.
- ³¹⁰ Magdol, L., Moffitt, T.E., Caspi,A., Newman, D.LL., Fagan, J., & Silva, P.A. (1997). 'Gender differences in partner violence in a birth cohort of 21 years olds : Bridging the gap between clinical and epidemiological approaches'. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 65 :68-78.
- ³¹¹ Monahan J., Steadman, H.J., Silver, E., Appelbaum, P.S., Robbins, P.C., Mulvey, E.P., Roth, L.H., Grisso, T. & Banks, S.(2001). 'Rethinking risk assessment : The Mac Arthur Study of mental disorder and violence'. Oxford : Oxford University Press.
- ³¹² Odgers , C.L., & Moretti, M.M. (2002). 'Aggressive and antisocial girls: Research update and challenges. International'. *Journal of forensic Mental Health*, 1, 103-119.
- ³¹³ Swanson, JW., Holzer, C.E., Ganju, V.K., Jono, R.T. (1990). 'Violence and psychiatric disorder in the community : evidence from the epidemiologic catchment Area Surveys'. *Hosp Community Psychiatry* 41:761-70.
- ³¹⁴ Saunders, K., Brain S., Ebmaieier K.P.(2010). 'Diagnosing and managing psychosis in primary care'. *Practitioner* 255 (1740) : 17-20.
- ³¹⁵ Suokas, JT., Perala J., Suominen K., Saarni S., Lonnquist J., Suvisaari, JM. (2010). 'Epidemiology of suicide attempts among persons with psychotic disorder in general population'. *Schizophr Research* 124 (1-3) :22-8.
- ³¹⁶ Pompili, M., Serafini G., Innamorati M., Lester D., Shivastava A., Girardi P., Nordentoft M., (2011). (1): 1-11.
- ³¹⁷ Pompili M, Mancinelli I, Ruberto A., Kotzalidis GD., Girardi P., Tattarelli R.(2005). 'Where schizophrenic patients commit suicide : Areview of suicide among inpatients and former inpatients'. *Int j Psychiatry Med* 35 (2) :171-190.
- ³¹⁸ Jorgensen P. (1994). 'Course and outcome in delusional beliefs'. *Psychopathology* 27 (1-2) :89-99.

- 319 Dutta, R., Murray RM., Hotopf M., Allardyce J., Jones PB., Boydell, J. (2010). *Arch Gen Psychiatry* 67 (12) : 1230-7.
- 320 Carpiniello B., Lai L., Pirarba S., Sardu C., Pinna F. (2011). 'Impulsivity and aggressiveness in bipolar disorder with co-morbid borderline personality disorder'. *Psychiatr Research* 188(1): 40-4.
- 321 Alvarez, P., Urretavizcaya M., Benlloch L., Vallejo J., Menchon J.M. (2011). 'Early – and Late- onset depression in the older : no differences found within the melancholic subtype'. *Int J Geriatr Psychiatry* 26 (6) : 615- 21.
- 322 Alberti – Sudepe J., Pita – fernandez S., Gomes- Pardinias SM., et al (2011). 'Suicide attempts and related factors in patients admitted to a general hospital : a ten year cross- sectional study (1997- 2010)'. *BMC Psychiatry* 31 : 11-51.
- 323 MeltzerHY., Conley RR, de Leo D, et al (2003). 'Intervention strategies for suicidality'. *J Clin Psychiatry audiograph*, 6: 1-16.
- 324 Tousiquant M., Pouliot L., Routhier D., Vrakas G., Mc Girr A., Turecki G. (2011). 'Suicide, schizophrenia and schizoid-type psychosis : role of life events and childhood factors'. *Suicide Life Threat Behavior* 41. (1):66-78.
- 325 Heilbrun AB Jr. (1990). 'The measurement of criminal dangerousness as a personality construct : further validation of a research index'. *J Pers Assess* 54: 141-8
- 326 Monahan J., Steadman H., Robbins, P., Appelbaum, P., Banks S., Grisso T., Heilbrum, K., Mulvey, E., Roth, L. and Silver E. (2005). 'An actuarial model of violence risk assessment for persons with mental Disorders'. *Psychiatric Services* 56: 810-815.
- 327 Wallace, C., Mullen P., Burgess P. (2004). 'Criminal offending in schizophrenia over a 25 year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders'. *Am J Psychiatry* 161 : 716-727.,
- 328 Walsh, E., Buchanan, A., Fahy, T. (2001). 'Violence and schizophrenia: Examining the evidence'. *Br J Psychiatry*. 180:490-495.
- 329 Lincoln, T.M., Hodgins S. (2008). 'Is lack of insight associated with physically aggressive behavior among people with schizophrenia living in the community?'. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 196: 62-66.
- 330 Dolan M., & Doyle, M. (2000). 'Violence risk prediction. Clinical Measures and the role of the psychopathy checklist'. *Br J Psychiatry* 177:301-311.
- 331 Steadman H.J., Mulvey E., Monahan J., (1998). 'Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods'. *Archives of General Psychiatry*, 55:393-401.
- 332 Skeem J.L., Miller J.D., Mulvey E.P., et al (2005). 'Using a five factor lens to explore the relation between personality traits and violence in psychiatric patients'. *Journal of Consulting and Criminal Psychology* 73:454-465.
- 333 Klassen C (1996). 'Predicting aggression in psychiatric inpatients using ten historical risk factors: Validating the "H" of the HCR-20'. Unpublished bachelor's (honours) thesis, Department of Psychology, Simon Fraser University, Burnaby, British Columbia, Canada.
- 334 Belfrage H & Douglas K.S. (2002). 'Treatment effects on forensic psychiatric patients measured with the HCR-20 violence assessment scheme'. *International Journal of forensic Mental Health*, 1,25-36.
- 335 Doyle, M. & Dolan M (2006). 'Predicting community violence from patients discharged from mental health Services'. *The British Journal of Psychiatry* 189: 520-26.
- 336 Gretenkord, L., Muller- Isberner, R., Ozokuy K. & Sommer J. (2002). 'Validating the HCR-20 : relationship between levels of security and the C R 10 score in hospital order treatment'. Paper presented at the annual conference of the international Association of forensic mental health services Munich, Germany.
- 337 Shrivastava A., Johnston M.E. Shah N., Innamorati M., Stitt L., Thakar M., Lester D. and Pompili M. (2010). *Neuropsychiatr Dis Treat* ;6 : 633-638.
- 338 MeltzerHY., Conley RR, de Leo D, et al (2003). 'Intervention strategies for suicidality'. *J Clin Psychiatry audiograph*, 6: 1-16.
- 339 Smith GN., Ehmann TS., Flynn SW et al (2011). 'The assessment of symptoms severity and functional Impairment with DSM-IV axis V'. *Psych Srev.* 62 (4) :411-7.
- 340 Petkari E., Salazar-Montes AM., Kallert TW, Priebe S et al (2011). 'Acute psychopathology as a predictor of global functioning in patients with ICD -10 non- affective psychosis : a prospective study in 11 European countries'. *Schizophrenia Research* 131 (1-3):105-111.
- 341 Uçok A., Polat A., Cakir S Genc A (2006). 'One year outcome in first episode schizophrenia Predictors of Relapse'. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 256 :37-43.
- 342 Lincoln, T.M., Hodgins S. (2008). 'Is lack of insight associated with physically aggressive behavior among people with schizophrenia living in the community?'. *Journal nervous & mental disease* : 196 (1):62-66.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πιθανότητα εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς από ψυχικά ασθενείς αποτέλεσε αντικείμενο προβληματισμού για χρόνια. Ένα άλλο ζήτημα που απασχόλησε ιδιαίτερα τους ειδικούς, ήταν και ο προσδιορισμός της έννοιας της επικινδυνότητας. Τα σημαντικότερα σημεία σύγκλισης γύρω από την έννοια της επικινδυνότητας περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων τα εξής :

A) Πρόκειται για μια έννοια ιδιαίτερα πλούσια σε περιεχόμενο.

B) Αναφέρεται στην δυνατότητα έκφρασης στο μέλλον βίαιης – επικίνδυνης συμπεριφοράς.

Γ) Διάφοροι επιστημονικοί κλάδοι (νομικοί, επαγγελματίες Ψ.Υ. κα.) της προσδίδουν διαφορετική διάσταση και την προσεγγίζουν με διαφορετικές μεθόδους.

Δ) Παρατηρείται διεθνώς, σημαντική ανομοιογένεια και πολυμορφία στους ορισμούς και τις χρήσεις της έννοιας.

Ε) Καθίσταται ελαστική, αόριστη με σοβαρά ζητήματα που αφορούν στην εκτίμησή της, λόγω ασαφειών, έλλειψης επαρκών κριτηρίων αξιολόγησης και παρουσίας υποκειμενικών παραγόντων.

Ωστόσο, ακριβείς εκτιμήσεις της βίαιης συμπεριφοράς είναι ιδιαίτερα σημαντικές για τους ψυχιατρικούς ασθενείς με ιστορικό βίας, καθώς στην απόφαση για το εξιτήριο τους βαραίνει κυρίως η πιθανότητα πρόκλησης βλάβης τόσο στους ίδιους όσο και σε άλλους. Επιπλέον, είναι αναγκαίες προκειμένου να μειωθεί ο αριθμός των ασθενών που χαρακτηρίζονται ως «επικίνδυνοι» χωρίς όμως να είναι.

Η παρούσα μελέτη είχε ως σκοπό να εκτιμήσει την πιθανότητα σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε κάποιο ψυχιατρικό τμήμα γενικού ή ειδικού νοσοκομείου να εκδηλώσουν βίαιη συμπεριφορά. Ειδικότερα εξετάστηκε η προβλεπτική αξιοπιστία και εγκυρότητα της κλίμακας HCR-20 σε σχέση με την πορεία των ασθενών μετά την έκδοση εξιτηρίου .

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε δύο φάσεις :

1^η φάση : Μια εβδομάδα πριν το εξιτήριο έγινε η λήψη των δημογραφικών, ατομικών και οικογενειακών στοιχείων και δόθηκαν οι κλίμακες HCR-20, PCL:SV και GAF.

2^η φάση : Στο τέλος κάθε εξαμήνου, καθόλη τη διάρκεια των τριών χρόνων, γινόταν λήψη κλινικών στοιχείων.

Πιθανή επόμενη νοσηλεία (αποτυχημένη έκβαση) κατά τη διάρκεια της μεταπαρακολούθησης αποτέλεσε το δεύτερο χρόνο της έρευνας. Ως αποτυχημένη έκβαση θεωρήθηκε η επανεισαγωγή λόγω βίαιης συμπεριφοράς, η επίτευξη απόπειρας αυτοκτονίας και η εκδήλωση κάποιας μορφής επιθετικής συμπεριφοράς.

Χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω εργαλεία :

- 1) Μια κατάσταση δημογραφικών- κοινωνικοοικονομικών και κλινικών στοιχείων του ασθενούς (Έντυπο Α).
- 2) Η κλίμακα εκτίμησης επικινδυνότητας Historical Clinical Risk Management Assessment -20 (HCR-20).
- 3) Η κλίμακα εκτίμησης ψυχοπαθητικότητας Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL: SV).
- 4) Η κλίμακα σφαιρικής εκτίμησης της λειτουργικότητας Global Assessment of Functioning Scale (GAF).
- 5) Μια κατάσταση κλινικών στοιχείων σε περίπτωση αποτυχημένης αποκατάστασης του ασθενούς (Έντυπο Β).

Τα κυριότερα ευρήματα της μελέτης είναι :

- Α) Οι άγαμοι βρέθηκαν να έχουν 64% μεγαλύτερη πιθανότητα να επανανοσηλευτούν. Επίσης , όσοι ήταν άγαμοι, διαζευγμένοι ή χήροι/ες είχαν 54% μεγαλύτερη πιθανότητα επίτευξης επιτυχούς απόπειρας αυτοκτονίας.
- Β) Το ιστορικό προηγούμενης εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς και το ιστορικό ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς στην οικογένεια, αποτέλεσαν ισχυρούς προβλεπτικούς παράγοντες για την πιθανότητα επανανοσηλείας κατά 44% και 63% αντίστοιχα.
- Γ) Προοδευτική αύξηση της βαθμολογίας στην κλίμακα HCR-20 βρέθηκε να αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα επανεισαγωγής σε κάποιο τμήμα ψυχιατρικού νοσοκομείου (99,1 %) , την πιθανότητα επιτυχούς απόπειρας αυτοκτονίας (70%) και επιθετικής συμπεριφοράς (89 %).
- Δ) Όσο αυξανόταν ο χρόνος νοσηλείας τόσο μειωνόταν η πιθανότητα επιτυχούς απόπειρας ή εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς.
- Ε) Από τις διαγνωστικές κατηγορίες, αυτή της σχιζοφρένειας / ψυχωτικής διαταραχής κατέδειξε χαμηλότερα ποσοστά (68%) σε σχέση με την εκδήλωση οποιασδήποτε μορφής απόπειρας.

ΣΤ) Οι γυναίκες βρέθηκαν να έχουν κατά 87% μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν επιθετική συμπεριφορά ενώ νοσηλεύονταν σε σχέση με τους άνδρες.

Ζ) Όσο αυξανόταν η βαθμολογία στην κλίμακα της σφαιρικής λειτουργικότητας τόσο μειωνόταν η πιθανότητα επανανοσηλείας (στον πρώτο χρόνο μέτρησης).

Τα αποτελέσματα της έρευνας συνάδουν με αυτά πολλών άλλων ερευνητικών εργασιών και συνηγορούν πως η κλίμακα HCR-20 μπορεί τελικά να χρησιμοποιηθεί και στη χώρα μας, ως ένα αξιόπιστο εργαλείο αξιολόγησης του κινδύνου για ψυχικά ασθενείς που νοσηλεύονται ή διαβιούν στην κοινότητα.

ABSTRACT

The risk of violence from psychiatric patients has been subject to investigation over the years. Furthermore, another issue that occupied the professionals was the definition of dangerousness. The main points of convergence are the following:

- a) The term of dangerousness has multiple aspects.
- b) It refers to the tendency to become violent in the future.
- c) Scientists of different branches such as lawyers, psychiatrists etc., have an unsimilar angle and different methods to approach it.
- d) A world-wide unsimilarity of the definitions and the use of the term are evident.
- e) Because of unclear definition and objective criteria it becomes flexible, vague, and puts serious problems in assessment.

Accurate risk assessments are particularly important for psychiatric patients, because the decision to discharge a patient takes seriously into consideration a potential dangerousness to themselves and the others. The accuracy of predictions must be increased in order to define better the patients designed as “at risk” for violence and to avoid false designations.

The aim of this study was to investigate the possibility of patients from several psychiatric units to become violent after their discharge and through the next three years. We also investigate the predictive validity and accuracy of the HCR-20 in relation to post-discharge outcomes.

The study was conducted in two phases:

1st phase: During the last week before discharge. Administration of the questionnaire for demographic, personal and family data. Administration of the scales for risk of violence, psychopathy and global functioning.

2nd phase: Every six months through the following three years the questionnaire for personal and clinical data has been administrated. In case of failure of reintegration during the three years follow up, such as readmission, committed or attempted suicide or aggressive behavior, we have proceeded to a second assessment.

The following instruments were used:

- 1) A questionnaire for personal, demographic and family data.

-
- 2) Historical Clinical Risk Management Assessment -20 (HCR-20).
 - 3) Psychopathy Checklist : Screening Version (PSL:SV).
 - 4) Global Assessment of Functioning Scale (GAF).
 - 5) A questionnaire for personal and clinical data.

Our major findings were:

- a) Unmarried patients had a 64% high possibility of readmission. Also, 54% of single, divorced and widowed patients had high possibility to commit suicide.
- b) The previous violent behavior and the history of violence in the family were the most robust predictive factors for readmissions in 44% and 63% respectively.
- c) Progressive increase of the HCR- 20 scores was predictive of readmission (99,1%), of coming suicide (70%) and of aggressive behavior (89%) .
- d) A longer hospitalization diminished the probability of suicide or aggressive behavior.
- e) Patients with a diagnosis of schizophrenia/ psychotic disorder, had, at 68%, a lower probability to commit suicide.
- f) A higher score in GAF scale , diminished the probability of readmission at 96%, but only at the first time of assessment.
- g) Women patients had 87% higher probabilities to become violent, during their hospitalization ,compared to the men.

The results provide strong evidence that the HCR-20 is a reliable predictor of violent behavior of patients , following their release from psychiatric wards in Greece and can be used by clinicians in every day clinical practice.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Φύλο: **1. Α.** / **2. Θ.**

Ηλικία

Οικογενειακή

Κατάσταση : **1. Άγαμος-η, 2. Έγγαμος- η, 3. Διαζευγμένος-η, 4. Χήρος-α**

Επάγγελμα: **1. Αυτοαπασχολούμενος**
2. Στέλεχος επιχείρησης
3. Δημόσιος Υπάλληλος
4. Ιδιωτικός Υπάλληλος
5. Ειδικευμένος Εργάτης
6. Ανειδίκευτος Εργάτης
7. Άνεργος
8. Ανίκανος προς εργασία
9. Εκπαιδευόμενος
10. Οικιακά
11. Άλλο

Τόπος Κατοικίας.....: **1. Αστικός, 2. Ημιαστικός, 3. Αγροτικός**

Κοινωνικοοικονομική

Κατάσταση : **1. Ανώτερη > 2000 € , 2. Μέση από 1000- 2000 ,**
3. Κατώτερη <1000

Εκπαίδευση (σε Έτη):.....

Διάρκεια Νόσου : **1. < 1 , 2. 1-3 , 3. 4-9, 4. 10-19, 5. 20-29, 6. 30-39,**
(σε χρόνια)
7. > 40

Αριθμός Νοσηλειών : **1. 0, 2. 1-3, 3. 4-6, 4. 7-9, 5. >10**

Αριθμός Ακούσιων Νοσηλειών : **1. 0 , 2.1-2, 3. 3-4, 4. >5**

Κατάχρηση /εξάρτηση από άλλες ουσίες : **1. Ναι, 2. Όχι**

Κατάχρηση / Εξάρτηση από Αλκοόλ : **1. Ναι, 2. Όχι**

Διάγνωση : 1. Σχιζοφρένεια/ Ψυχωτική Διαταραχή
 2. Άνοια / delirium
 3. Ψυχική Διαταραχή από ουσίες
 4. Οργανική ψυχική Διαταραχή
 5. Διπολική Διαταραχή
 6. Μανιοκατάθλιψη
 7. Διαταραχή Προσωπικότητας
 8. Νοητική Υστέρηση
 9. Άλλο

Τύπος Σχιζοφρενικής / Ψυχωτικής Διαταραχής: 1. Αδιαφοροποίητος
 2. Παρανοϊκός
 3. Υπολειμματικός
 4. Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή
 5. Παραληρητική Διαταραχή
 6. Ψυχωτική Διαταραχή ΜΠΑ
 7. Επινερόμενη Ψυχωτική Διαταραχή
 8. Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή
 9. Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή

Διάρκεια Παρούσης Νοσηλείας (ημέρες) :

Εκδήλωση Επιθετικής Συμπεριφοράς στο Παρελθόν :
 (Αν Ναι προσδιορίστε) :

1. Λεκτική επιθετικότητα
2. Επιθετικότητα προς άλλα άτομα
3. Επιθετικότητα προς αντικείμενα
4. Αυτοκατευθυνόμενη επιθετικότητα
5. Συνδυασμός των ανωτέρω
6. Καμμία

Εκδήλωση Επιθετικής Συμπεριφοράς στο Παρόν :
 (Αν Ναι προσδιορίστε το χώρο) :

1. Οικία
2. Τμήμα Νοσοκομείου
3. Κοινότητα
4. Εργασιακό χώρο
5. Άλλο.....
6. Πουθενά

Αριθμός επιθετικών πράξεων (στο παρελθόν) :

Αριθμός επιθετικών πράξεων (στο παρόν) :

Ιστορικό αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στην οικογένεια: 1. Ναι 2. Όχι

Ιστορικό ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς στην οικογένεια : 1. Ναι. 2. Όχι

Διαθεσιμότητα Μέσων : 1. Ναι , 2. Όχι

ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΡΟΝΟ Τ1

ΝΟΣΗΛΕΪΑ ΣΤΟ ΜΕΣΟΔΙΑΣΤΗΜΑ Τ0 – Τ1:

1. 0 ,
2. 1-3 ,
3. >4

ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΠΙΘΕΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΣΤΟ ΜΕΣΟΔΙΑΣΤΗΜΑ Τ0-Τ1 :

1. Λεκτική επιθετικότητα
2. Επιθετικότητα προς άλλα άτομα
3. Επιθετικότητα προς αντικείμενα
4. Αυτοκατευθυνόμενη επιθετικότητα
5. Συνδυασμός των ανωτέρω
6. Καμμία

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Κλίμακα Εκτίμησης Επικινδυνότητας για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς (Historical Clinical Risk (HCR) – 20: Assessing Risk for Violence). Webster C.D., Douglas K.S., Eaves D., Hart S.D. Μετάφραση – Επιμέλεια: Τσόπελας Χ., Μαρτινάκη Σ., Λαμπράκη Α.

Όνοματεπώνυμο συμμετέχοντα _____

Ημερομηνία _____ Κωδικός # _____

Στοιχεία Ιστορικού		Βαθμολογία (0,1, 2)
H1	Προηγούμενη εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς	
H2	Νεαρή ηλικία κατά την εκδήλωση του πρώτου βίαιου συμβάντος	
H3	Ασταθείς διαπροσωπικές σχέσεις	
H4	Εργασιακά προβλήματα	
H5	Προβλήματα χρήσης ουσιών	
H6	Μείζων Ψυχική Διαταραχή	
H7	Ψυχοπαθητικότητα	
H8	Δυσκολίες προσαρμογής	
H9	Διαταραχή προσωπικότητας	
H10	Προηγούμενη αποτυχημένη προσπάθεια επίβλεψης	
Σύνολο Στοιχείων Ιστορικού :		/ 20

Κλινικά Στοιχεία		Βαθμολογία (0,1, 2)
C1	Έλλειψη εναισθησίας	
C2	Αρνητική Συμπεριφορά	
C3	Ενεργή συμπτωματολογία μείζονος ψυχικής διαταραχής	
C4	Παρορμητικότητα	
C5	Μη ανταπόκριση στη θεραπευτική παρέμβαση	
Σύνολο Κλινικών Στοιχείων:		/ 10

Στοιχεία Διαχείρισης επικινδυνότητας <input type="checkbox"/> Μέσα <input type="checkbox"/> Έξω		Βαθμολογία (0,1, 2)
R1	Απουσία ρεαλιστικού προγραμματισμού	
R2	Έκθεση σε παράγοντες αποσταθεροποίησης	
R3	Απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος	
R4	Μη συμμόρφωση με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις	
R5	Άγχος	
Σύνολο Στοιχείων Διαχείρισης επικινδυνότητας :		/ 10

Γενικό Σύνολο κλίμακας HCR-20 :	/ 40
Τελική εκτίμηση επικινδυνότητας για τον αξιολογούμενο :	<input type="checkbox"/> Χαμηλής <input type="checkbox"/> Μέτριας <input type="checkbox"/> Υψηλής

Στοιχεία Αξιολογητή	
Όνοματεπώνυμο :	Υπογραφή: _____
Ημερομηνία :	

Κλίμακα Εκτίμησης Ψυχοπαθητικής Συμπεριφοράς (PSL: SV).**Hare Psychopathy Checklist : Screening Version.** Hart S.D., Cox D., Hare R.D.**Ανεπίσημη Μετάφραση.****Όνοματεπώνυμο συμμετέχοντα :****Ημερομηνία :****Κωδικός :#**Ομάδα 1^η . Συναισθηματική Ένδεια

- | | | | | |
|--------|---------|--------|----------------|---|
| 0= Όχι | 1= Ίσως | 2= Ναι | X= Παραλείψατε | 1. Superficial
(Επιφανειακές/ ρηχές σχέσεις) |
| 0= Όχι | 1= Ίσως | 2= Ναι | X= Παραλείψατε | 2. Grandiose
(Ιδέα μεγαλείου για τον εαυτό) |
| 0= Όχι | 1= Ίσως | 2= Ναι | X= Παραλείψατε | 3. Deceitful
(Προσπάθεια για εξαπάτηση) |
| 0= Όχι | 1= Ίσως | 2= Ναι | X= Παραλείψατε | 4. Lacks remorse
(Απουσία συμπόνιας/μεταμέλειας) |
| 0= Όχι | 1= Ίσως | 2= Ναι | X= Παραλείψατε | 5. Lacks empathy
(Απουσία ενσυναίσθησης) |
| 0= Όχι | 1= Ίσως | 2= Ναι | X= Παραλείψατε | 6. Doesn't accept responsibility
(Δεν αποδέχεται ευθύνη για τις πράξεις του) |

Ομάδα 2^η . Συμπεριφορικά Θέματα

- | | | | | |
|--------|---------|--------|----------------|---|
| 0= Όχι | 1= Ίσως | 2= Ναι | X= Παραλείψατε | 7. Impulsivity
(Παρορμητικότητα) |
| 0= Όχι | 1= Ίσως | 2= Ναι | X= Παραλείψατε | 8. Poor Behavioral controls
(Φτωχός έλεγχος συμπεριφοράς) |
| 0= Όχι | 1= Ίσως | 2= Ναι | X= Παραλείψατε | 9. Lacks Goals
(Απουσία σκοπών) |
| 0= Όχι | 1= Ίσως | 2= Ναι | X= Παραλείψατε | 10. Irresponsibility
(Ανευθυνότητα) |
| 0= Όχι | 1= Ίσως | 2= Ναι | X= Παραλείψατε | 11. Adolescent antisocial Behavior
(Αντικοινωνική συμπεριφορά ως έφηβος) |
| 0= Όχι | 1= Ίσως | 2= Ναι | X= Παραλείψατε | 12. Adolescent antisocial Behavior
(Αντικοινωνική συμπεριφορά ως ενήλικας) |

Κλίμακα Συνολικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας (GAF)

ΘΕΩΡΗΣΤΕ ΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ, ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΣΕ ΕΝΑ ΥΠΟΘΕΤΙΚΟ ΣΥΝΕΧΕΣ ΦΑΣΜΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΣΟΥ. ΜΗ ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΒΕΤΕ ΤΗΝ ΕΚΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΕ ΩΜΑΤΙΚΟΥΣ (Η ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΥΣ) ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.

Σημείωση : χρησιμοποιήστε ενδιάμεσους κωδικούς όταν χρειάζεται, π.χ. 45, 68, 72.

90- 81 Απουσία συμπτωμάτων ή ύπαρξη ελάχιστων συμπτωμάτων (π.χ. ελαφρό άγχος πριν από εξετάσεις), καλή λειτουργικότητα σε όλους τους τομείς, ενδιαφέρον και εμπλοκή σε πλατύ φάσμα δραστηριοτήτων, αποτελεσματικότητα στο κοινωνικό επίπεδο, γενικά ικανοποίηση από τη ζωή, απουσία άλλων προβλημάτων ή ανησυχιών πέρα από τα καθημερινά (π.χ. ένας περιστασιακός καβγάς με μέλη της οικογένειας).

80-71 Αν υπάρχουν συμπτώματα, αυτά είναι παροδικά κι αποτελούν προσδοκώμενες αντιδράσεις σε ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες (π.χ. δυσκολία συγκέντρωσης έπειτα από ενδοοικογενειακό καβγά), μικρή μόνο έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή σχολικής λειτουργικότητας (π.χ. προσωρινά μένει πίσω στα μαθήματα).

70-61 Ορισμένα ελαφρά συμπτώματα (π.χ. καταθλιπτική συναισθηματική διάθεση και ελαφρή αϋπνία) ή κάποια δυσκολία στην κοινωνική, επαγγελματική ή σχολική λειτουργικότητα (π.χ. περιστασιακό σκασιαρχείο, ή κλοπές μέσα στο σπίτι), όμως γενικά υπάρχει αρκετά καλή λειτουργικότητα, υπάρχουν κάποιες ουσιαστικές διαπροσωπικές σχέσεις.

60-51 Μέτρια συμπτώματα (π.χ. επιπεδωμένο συναίσθημα και υπερλεπτομερειακός λόγος, περιστασιακές προσβολές πανικού) ή μέτρια δυσκολία στην κοινωνική, επαγγελματική ή σχολική λειτουργικότητα (π.χ. έχει λίγους φίλους, συγκρούσεις με συνεργάτες).

50-41 Σοβαρά συμπτώματα (π.χ. σκέψεις αυτοκτονίας, σοβαρές ψυχαναγκαστικές τελετουργίες, συχνές κλοπές από καταστήματα), ή οποιαδήποτε σοβαρή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή σχολικής λειτουργικότητας (π.χ. δεν έχει φίλους, δεν μπορεί να κρατήσει μια δουλειά).

40-31 Κάποια έκπτωση του ελέγχου της πραγματικότητας ή της επικοινωνίας (π.χ. λόγος που μερικές φορές γίνεται παράλογος, ασαφής ή άσχετος) ή μείζων έκπτωση σε πολλούς τομείς, όπως στην εργασία ή το σχολείο, στις οικογενειακές σχέσεις, στην κρίση, τη σκέψη ή τη συναισθηματική διάθεση (π.χ. καταθλιπτικός που αποφεύγει τους φίλους του, παραμελεί την οικογένεια και αδυνατεί να εργαστεί. Παιδιά που συχνά χτυπά μικρότερα παιδιά, είναι προκλητικό στο σπίτι κι αποτυγχάνει στο σχολείο).

30-21 Συμπεριφορά σημαντικά επηρεασμένη από παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις ή σοβαρή έκπτωση της επικοινωνίας ή της κρίσης (π.χ. μερικές φορές είναι ασυνάρτητος, ενεργεί φανερά απρόσφορα, έμμονος ιδεασμός γι' αυτοκτονία) ή αδυναμία λειτουργίας σχεδόν σε όλους τους τομείς (π.χ. μένει όλη τη μέρα στο κρεβάτι, δεν έχει δουλειά, σπίτι ή φίλους).

20- 11 Κάποιος κίνδυνος να κάνει κακό στον εαυτό του ή στους άλλους (π.χ. απόπειρες αυτοκτονίας δίχως σαφή προσδοκία θανάτου, συχνά είναι βίαιος, μανιακή διέγερση) ή πότε-πότε αδυνατεί να διατηρήσει μια ελάχιστη ατομική υγιεινή (π.χ. πασαλείφει περιττώματα) ή υπάρχει μια εμφανής έκπτωση της επικοινωνίας (π.χ. κατά κύριο λόγο είναι ασυνάρτητος ή μένει βουβός).

10- 1 Συνεχής κίνδυνος

ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΜΕΛΕΤΗ

Τίτλος : « Διερεύνηση της επικινδυνότητας Ελλήνων Ψυχικά Ασθενών»

Όνομα -ειδικότητα Ερευνήτριας : Σοφία Μαρτινάκη , Κοινωνική Λειτουργός MSc
Επόπτης Εργασίας : Μαυρέας Βενετσάνος, Καθηγητής Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Επόπτης Δομής

Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσει την πιθανότητα εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς ασθενών που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία και εξωνοσοκομειακές δομές αποκατάστασης, και να ανασκευάσει λανθασμένες γνώμες που υπάρχουν στην κοινωνία γύρω από αυτό το ζήτημα. Ένας δεύτερος σκοπός είναι να ερευνήσει μεμονωμένα αλλά και στη μεταξύ τους σχέση και άλλους παράγοντες που μπορεί να επιδρούν στην εκτίμηση της επικίνδυνης συμπεριφοράς. Αυτοί οι παράγοντες είναι τα δημογραφικά, κοινωνικοοικονομικά και κλινικά χαρακτηριστικά.

Η μελέτη απαιτεί τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων . Η συμπλήρωση γίνεται με τη βοήθεια της ερευνήτριας και διαρκεί περίπου 20 λεπτά.

Η συμπλήρωση είναι απόλυτα εμπιστευτική και ανώνυμη και γίνεται μετά την έγγραφη πληροφορημένη συναίνεση του συμμετέχοντος.

Τα αποτελέσματα που θα προκύψουν θα παραμείνουν επίσης ανώνυμα, αποκλειόμενης αυστηρά οποιασδήποτε ταυτοποίησης προσώπων και θα αποτελέσουν τη διδακτορική διατριβή της ερευνήτριας για την απόκτηση διδακτορικού διπλώματος στην Κοινωνική Ψυχιατρική – Παιδοψυχιατρική, όπως υπαγορεύεται από το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Η μελέτη πραγματοποιείται σε συνεργασία με την Α΄ Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, τις Ψυχιατρικές Κλινικές των Γενικών Νοσοκομείων «Ευαγγελισμός» και «Μαμάτσειο» Κοζάνης και τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία Αττικής «Δαφνί» και Κέρκυρας. Τα αποτελέσματα θα ανακοινωθούν στο προσωπικό των δομών αλλά και τους εξεταστές . Η μελέτη ή μέρος αυτής, μπορεί επίσης να δημοσιευτεί χωρίς να αποκαλύπτονται τα προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων, αναφέροντας όμως τη δομή απ' όπου προέρχεται το υλικό.

Η συμμετοχή στη μελέτη είναι εθελοντική και μπορείτε να αποχωρήσετε από αυτή οποιαδήποτε στιγμή το θελήσετε.

Ενημερώθηκα, κατανόησα σαφώς το σκοπό της μελέτης και συμφωνώ να συμμετέχω σε αυτή.

Αθήνα

Υπογραφή

Ονοματεπώνυμο