



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Β΄ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΔΟΥΖΕΝΗΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ»

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΠΟΥΔΩΝ: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΔΟΥΖΕΝΗΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Ασθενείς με το άρθρο 69 του Π.Κ., ποιότητα ζωής, λειτουργικότητα,

συσχέτιση νοσηλευόμενων σε χρόνια, οξεία τμήματα

και δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ:

Αθανασία Λύτρα

Επιβλέπων Καθηγητής Μέλος ΔΕΠ:

Αθανάσιος Δουζένης

ΑΘΗΝΑ

ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2019



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Β΄ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΔΟΥΖΕΝΗΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ»

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΠΟΥΔΩΝ: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΔΟΥΖΕΝΗΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Ασθενείς με το άρθρο 69 του Π.Κ., ποιότητα ζωής, λειτουργικότητα,

συσχέτιση νοσηλευόμενων σε χρόνια, οξεία τμήματα

και δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ:

Αθανασία Λύτρα

ΑΘΗΝΑ

ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2019

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Ασθενείς με το άρθρο 69 του Π.Κ., ποιότητα ζωής, λειτουργικότητα,
συσχέτιση νοσηλευόμενων σε χρόνια, οξεία τμήματα
και δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης»**

Αθανασία Β. Λύτρα

A.M. 20160385

Επιβλέπων Καθηγητής Μέλος ΔΕΠ:

Αθανάσιος Δουζένης

**Εξεταστική επιτροπή: Ιωάννης Μιχόπουλος, Αναπληρωτής Καθηγητής
Ρωσσέτος Γουρνέλλης, Αναπληρωτής Καθηγητής**

Περίληψη

Στην παρούσα ερευνητική εργασία πραγματοποιείται μελέτη, η οποία αφορά τους ψυχικά ασθενείς, για τους οποίους σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα, έχει διαταχθεί ο εγκλεισμός τους στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, ως μέτρο στο πλαίσιο της διασφάλιση της θεραπείας τους.

Σκοπός της ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση της ψυχοπαθολογίας, της ποιότητας ζωής και της λειτουργικότητας των ψυχικά πασχόντων υπό το άρθρο 69 του Π.Κ., σε σχέση με το είδος της Μονάδας Ψυχικής Υγείας στην οποία νοσηλεύονται / φιλοξενούνται. Οι ερευνητικές υποθέσεις, οι οποίες διερευνήθηκαν και υπήρξε συσχετισμός, στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, αφορούσαν, αρχικά, τα ποσοστά θετικού και αρνητικού συνδρόμου στη σχιζοφρένεια και τη σύγκριση των τριών υποομάδων μεταξύ τους· και ακολούθως την ποιότητα ζωής και τη λειτουργικότητα των ψυχικά πασχόντων υπό το άρθρο 69 του Π.Κ. κατά τη νοσηλεία / φιλοξενία τους στις εσωτερικές και εξωτερικές δομές Ψυχικής Υγείας του Ψ.Ν.Α.

Στην παρούσα ερευνητική μελέτη, η δομή των περιεχομένων συνίσταται σε δύο μέρη, το θεωρητικό μέρος και το ειδικό μέρος. Το θεωρητικό μέρος περιλαμβάνει την επιστημονικά τεκμηριωμένη ψυχοπαθολογική προσέγγιση, αλλά και το νομικό πλαίσιο που διέπει τους ψυχικά ασθενείς υπό το άρθρο 69 του Π.Κ.. Στο ειδικό μέρος αναφέρονται το υλικό (Κλίμακα θετικού και αρνητικού συνδρόμου της σχιζοφρένειας – PANSS, Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης ποιότητας ζωής - WHOQOL-100) και η μεθοδολογία που ακολουθήθηκαν (στατιστικό πακέτο SPSS, τιμή $p\text{-value} < 0.05$) και επιπλέον, παρουσιάζονται τα ευρήματα, τα οποία προέκυψαν από τις επιμέρους συσχετίσεις.

Στα αποτελέσματα της έρευνας, της οποίας το δείγμα αποτέλεσαν 63 άτομα (χρόνια τμήματα / τμήματα οξέων: 66,7%, ξενώνες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης / οικοτροφεία: 33,3%), ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 53 έτη και ο μέσος όρος περίθαλψης ήταν τα 16 έτη. Σε ότι αφορά τις συσχετίσεις μεταξύ της θετικής και της αρνητικής υποκλίμακας της PANSS, σε σχέση με όλες τις Υποκλίμακες του WHOQOL-BREF, προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές αρνητικές συνάψεις, οι οποίες διαπιστώνουν ότι η επιδείνωση της συμπτωματολογίας επιδρά αρνητικά στην ποιότητα ζωής των νοσηλευόμενων

ψυχικά ασθενών. Σε ότι αφορά την αυτοαξιολόγηση της υγείας τους, διαπιστώνονται διαφορές σε σχέση με την υποκλίμακα της σωματικής υγείας, την υποκλίμακα του περιβάλλοντος, τη συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και τη συνολική αξιολόγηση της υγείας. Επιπλέον, οι νοσηλευόμενοι, οι οποίοι δεν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας το τελευταίο διάστημα, έχουν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερο μέσο όρο στις υποκλίμακες σωματική υγεία, κοινωνικές σχέσεις, συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και συνολική αξιολόγηση της υγείας. Τέλος, όσον αφορά τα έτη νοσηλείας διαπιστώθηκε στατιστικώς σημαντική αρνητική συνάφεια ανάμεσα στα έτη νοσηλείας και στη βαθμολογία στην υποκλίμακα συνολική αξιολόγηση της υγείας.

Στα συμπεράσματα της έρευνας και καθώς διαπιστώνεται ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευόμενων δεν βρέθηκαν να επηρεάζουν την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής, προκύπτει ότι οι νοσηλευόμενοι σε δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, είχαν στατιστικώς σημαντικά μικρότερη βαρύτητα ως προς την ψυχοπαθολογία τους, σε σχέση με τους με τους νοσηλευόμενους στις εσωτερικές δομές. Ακόμη, οι ασθενείς, οι οποίοι νοσηλεύονται σε δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, αξιολόγησαν πιο θετικά την ποιότητα ζωής τους σε επίπεδο προσωπικών σχέσεων, σωματικής και ψυχικής υγείας, περιβάλλοντος, σε σχέση με τους με τους νοσηλευόμενους στις εσωτερικές δομές.

Λέξεις κλειδιά: ψυχική υγεία, ακαταλόγιστοι ασθενείς, θετικό και αρνητικό σύνδρομο στη σχιζοφρένεια, ποιότητα ζωής, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Abstract

In the present research, a study is being carried out on the mentally ill, for whom in accordance with the provisions of Article 69 of the Criminal Code of Greece, they have been placed in the Attica Psychiatric Hospital as a measure to secure their treatment (forensic patients)

The purpose of the research study was to investigate the psychopathology, the quality of life and the functionality of forensic patients under Article 69 of the Criminal Code of Greece, in relation to the type of Mental Health Unit in which they are hospitalized. The research hypotheses, which were investigated and correlated in the present study, initially concerned the rates of positive and negative syndrome in schizophrenia and the comparison of the three subgroups with each other; and subsequently the quality of life and functionality of the forensic patients during their hospitalization in the Internal and External Mental Health Structures of the Psychiatric Hospital of Athens.

In the present research study, the content structure consists of two parts, the theoretical part and the research part. The theoretical part includes the scientifically documented psychopathological approach, as well as the legal framework governing forensic patients. The research part lists the material (PANSS Positive and Negative Syndrome Scale - PANSS, Quality of Life Assessment Questionnaire - WHOQOL-100) and the methodology followed (SPSS statistical package ..., p -value <0.05) and more of that, it is been presenting the outcomes, which emerged from the individual correlations. In the survey's sample, which was consisted of 63 people (chronic / acute psychiatric departments: 66.7%, psychosocial rehabilitation / boarding houses: 33.3%), the mean age was 53 years and the mean time of hospitalization was 16 years. Regarding the correlations between PANSS positive and negative subscale, in relation to all WHOQOL-BREF subscales, statistically significant negative correlations emerged, which found that worsening symptomatology had a negative effect on the quality of life of psychiatric patients. In terms of self-assessment of their health, differences are found in relation to the physical health scale, the environmental scale, the overall quality of life assessment and the overall health assessment. In addition, patients who have not had any health problems lately have a statistically significantly higher mean in the subclinical physical health, social relationships, overall quality of life

assessment and overall health assessment. Finally, in terms of years of hospitalization, a statistically significant negative correlation was found between years of hospitalization and scores on the subscale overall health assessment.

In the conclusions of the study and as it is found, the demographic characteristics of the patients were not found to affect perceived quality of life, it appears that the patients in psychosocial rehabilitation units were statistically significantly less important than their psychopathologists in relation to their psychopathology of internal patients. In addition, patients treated in psychosocial rehabilitation units evaluated their quality of life more positively in terms of personal relationships, physical and mental health, environment, compared to those treated in internal units.

Keywords: mental Health, forensic patient, positive and negative schizophrenia syndrome, quality of life, psychosocial rehabilitation

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ τους καθηγητές μου, κύριο Αθανάσιο Δουζένη και κύριο Ιωάννη Μιχόπουλο, που όταν πρότεινα το θέμα μου, με εμπιστεύθηκαν και με καθοδήγησαν σε όλη τη πορεία ολοκλήρωσης της διπλωματικής μου εργασίας.

Επίσης, ευχαριστώ τους νοσηλευτές του Ψ.Ν.Α. «Δαφνί» για τη βοήθειά τους στη συμπλήρωση της κλίμακας PANSS.

Περιεχόμενα

Περίληψη	3
Abstract	5
Ευχαριστίες	7
Περιεχόμενα	8
Πρόλογος	10
Εισαγωγή	11
Μέρος Πρώτο - Θεωρητική Προσέγγιση	
Κεφάλαιο Πρώτο	13
1. Γενικά	13
Κεφάλαιο δεύτερο	15
2. Σχιζοφρένεια	15
2.1 Έννοιες και ορισμοί	15
2.2 Συμπτώματα	16
2.3 Διάγνωση	17
2.4 Κλινική εικόνα και πορεία. Πρόγνωση	18
2.5 Θεραπεία	19
Κεφάλαιο Τρίτο	22
3. Σχιζοφρένεια και επικινδυνότητα	22
3.1 Επικινδυνότητα	22
3.1.1 Επιθετικότητα	23
3.1.2 Βία	23
3.1.3 Παρορμητικότητα	24
3.2 Πρόβλεψη επικινδυνότητας	25
3.3 Η επικινδυνότητα του ψυχικά ασθενή	29
Κεφάλαιο τέταρτο	35
4. Νομικό πλαίσιο που σχετίζεται με τους ακαταλόγιστους ψυχικά ασθενείς	35
4.1 Νόμος 4509/2019	35
4.1.1 Γενικά	35
4.1.2 Κατάλληλα θεραπευτικά μέτρα	35
4.1.3 Μονάδες εκτέλεσης των μέτρων	37
4.1.4 Συνθήκες και διαδικασίες νοσηλείας	38
4.1.5. Αυξημένα μέτρα φροντίδας και ασφάλειας	39

4.2 Νόμος 4619/2019 (ΦΕΚ 95/Α/11-6-2019) Κύρωση του Ποινικού Κώδικα	41
Κεφάλαιο Πέμπτο	42
5.1 Κλίμακα θετικού και αρνητικού συνδρόμου στη σχιζοφρένεια	42
5.2 Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής	46
Μέρος Δεύτερο - Ειδικό – Ερευνητικό	
Κεφάλαιο Πρώτο	49
1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης	49
1.1 Σκοπός	49
1.2 Ερευνητικές υποθέσεις	49
Κεφάλαιο Δεύτερο	50
2. Υλικό, Μέθοδος, Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά Εργαλεία	50
2.1 Υλικό και Μέθοδος	50
2.2 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά Εργαλεία	51
2.2.1 Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS	51
2.2.2 Ερωτηματολόγιο Quality Of Life (WHOQOL-BREF)	51
Κεφάλαιο Τρίτο	53
3. Στατιστική επεξεργασία	53
3.1 Γενικά	53
Κεφάλαιο Τέταρτο	55
4. Στατιστική Ανάλυση - Αποτελέσματα της Έρευνας	55
Κεφάλαιο Πέμπτο	72
5. Συζήτηση – Συμπεράσματα	72
Μέρος Τρίτο - Παραρτήματα	
Παράρτημα πρώτο - Ερευνητικό Πρωτόκολλο	74
Παράρτημα δεύτερο - Έντυπο Ενημέρωσης	78
Παράρτημα τρίτο - Κλίμακα θετικού και αρνητικού συνδρόμου στη σχιζοφρένεια (PANSS)	79
Παράρτημα τέταρτο - Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής (WHOQOL-BREF)	82
Βιβλιογραφία	91

Πρόλογος

Τα τελευταία χρόνια, ολοένα και περισσότερο, η συζήτηση μεταξύ της επιστημονικής κοινότητας για τη διαμόρφωση ενός θεσμικού πλαισίου, που θα αφορά την πληρέστερη φροντίδα των ψυχικά ασθενών, οι οποίοι έχουν εκδηλώσει παραβατική συμπεριφορά, είναι στο επίκεντρο περισσότερο από ποτέ.

Σε αυτή την προσπάθεια σημαντικό βήμα αποτελεί η ψήφιση του νόμου 4509/2017 με τίτλο: «Μέτρα θεραπείας ατόμων που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής και άλλες διατάξεις» και η τροποποίηση του Ποινικού Κώδικα στις αντίστοιχες σχετικές διατάξεις, όπου δίνεται περισσότερο πλέον έμφαση στη θεραπεία αυτών των ασθενών και στη διασφάλιση των δικαιωμάτων τους και η εφαρμογή των κατασταλτικών μέτρων περιορίζονται. Η θεραπευτική αντιμετώπιση του ατόμου, στο οποίο έχει επιβληθεί κάποιο από τα μέτρα των άρθρων 69 και 70Α του Ποινικού Κώδικα, είναι εξατομικευμένη και περιλαμβάνει την κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση, όπως φαρμακευτική αγωγή, ψυχολογική υποστήριξη ή ψυχοθεραπεία του ίδιου και της οικογένειάς του, εφόσον υπάρχει σχετική συναίνεση, ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, ιδίως εκπαίδευση και επαγγελματική κατάρτιση, ανάπτυξη δεξιοτήτων για αυτόνομη διαβίωση, διαβίωση με την οικογένεια ή διαβίωση σε μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, κυρίως οικοτροφεία, ξενώνες, προστατευμένα διαμερίσματα ή ανάδοχη οικογένεια, απασχόληση σε κοινωνικούς συνεταιρισμούς ή σε άλλους χώρους εργασίας.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση εξασφαλίζει συνεχή παρακολούθηση και ψυχιατρική φροντίδα κατά τη διάρκεια εκτέλεσης των μέτρων, με στόχο την επίτευξη της κοινωνικής επανένταξης.

Η δημιουργία από την πολιτεία κατάλληλων υποστηρικτικών δομών, η κατανομή των ασθενών σύμφωνα με τις θεραπευτικές τους ανάγκες, η εκπαίδευση και η εξειδίκευση των επαγγελματιών που στελεχώνουν αυτές τις υπηρεσίες και η αύξηση των πόρων για την ψυχική υγεία, αποτελούν σημαντικές ενέργειες, οι οποίες με την εφαρμογή τους, θα συμβάλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των συγκεκριμένων ασθενών.

Εισαγωγή

Η νοσηλεία – φύλαξη ψυχικά ασθενών σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα, αποτελεί αντικείμενο διαχρονικών επιστημονικών συζητήσεων τόσο από την ψυχιατρική όσο και από την νομική επιστημονική κοινότητα.

Σε κάθε περίπτωση, σύμφωνα με την ισχύουσα πρακτική, η νοσηλεία - φύλαξη αυτών των ασθενών στα ψυχιατρικά ιδρύματα, διαρκεί συνήθως αρκετά χρόνια, έως ότου γίνει η λήξη των περιοριστικών και των κατασταλτικών μέτρων.

Οι παρεμβάσεις οι οποίες εφαρμόζονται αφορούν από τη μία πλευρά το κοινωνικό σύνολο και θα πρέπει να διασφαλίζουν την προστασία του και από την άλλη, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις αφορούν τον ίδιο τον ασθενή και θα πρέπει να τίθενται σε προτεραιότητα. Η εφαρμογή των διατάξεων του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα και ο νόμος 4509/2017 δεν έχουν σκοπό την τιμωρία του δράστη - ασθενή, αλλά έχουν θεραπευτικό προσανατολισμό, ώστε να βελτιωθεί η ψυχική του υγεία και να αποφευχθούν στο μέλλον συμπεριφορές επικίνδυνες για το κοινωνικό σύνολο.

Η μελέτη των συμπτωμάτων που αφορούν τους ασθενείς με σχιζοφρένεια και η ταξινόμησή τους σε θετικά και αρνητικά, δεν είναι προφανώς πρόσφατη, αλλά αποτελεί αντικείμενο συζητήσεων διαχρονικά και συνοδεύεται πάντα από την προσδοκία για τον καλύτερο σχεδιασμό των πιο κατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων που επηρεάζουν σαφώς την ποιότητα ζωής και τη λειτουργικότητα των ψυχικά ασθενών.

Όσον αφορά τη μελέτη για την ύπαρξη θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων στους συγκεκριμένους ασθενείς, τη συσχέτισή τους με τη μονάδα νοσηλείας και την ποιότητα ζωής χρησιμοποιήθηκε στην εργασία μας η κλίμακα του Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου στη σχιζοφρένεια (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS) των Kay και συν (1992).

Αναμφίβολα ο χρόνιος εγκλεισμός και η ιδρυματοποίηση έχουν σοβαρές επιπτώσεις στη λειτουργικότητα του ατόμου και κατ' επέκταση στην ποιότητα ζωής του, σε όλους του τομείς. Αυτές οι επιπτώσεις είναι ακόμη πιο επιβαρυντικές όταν το άτομο πάσχει από κάποια σοβαρή ψυχική διαταραχή, όπως είναι η σχιζοφρένεια.

Το ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής WHOQOL-100 το οποίο χρησιμοποιούμε για να μελετήσουμε την ποιότητα ζωής των ασθενών που νοσηλεύονται στο ΨΝΑ, αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και η δημιουργία του στην ελληνική εκδοχή, έγινε από την ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Αιγινήτειο νοσοκομείο.

Είναι αναγκαίο η επιστημονική κοινότητα να επικεντρώνει το ενδιαφέρον της όχι μόνο στην εξάλειψη των συμπτωμάτων και της νόσου, αλλά έχοντας ως επίκεντρο τον άνθρωπο, να προσδοκά και να εξασφαλίζει τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του, εντός και εκτός των ψυχιατρικών μονάδων.

Η εφαρμογή της κατάλληλης ψυχιατροδικαστικής φροντίδας των ασθενών, που λόγω της ψυχικής διαταραχής έχουν οδηγηθεί σε αξιόποινες πράξεις, είναι απαραίτητη και αναγκαία και οφείλει η πολιτεία να διασφαλίζει τα δικαιώματά τους στην πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και στη θεραπεία τους, διαμορφώνοντας κατάλληλο θεραπευτικό περιβάλλον και βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής τους.

Μέρος Πρώτο - Θεωρητική Προσέγγιση

Κεφάλαιο Πρώτο

1.1 Γενικά

Τα τελευταία χρόνια η χώρα μας ακολουθεί το πρόγραμμα «Ψυχαργώς», που σκοπό έχει την αποασυλοποίηση των χρόνιων ασθενών από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία και την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Από την ιδρυματική μορφή της ψυχιατρικής φροντίδας, που αναπτύχθηκε δηλαδή τις προηγούμενες δεκαετίες, γίνεται προσπάθεια να προχωρήσουμε σε ένα μοντέλο που να διασφαλίζει την πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην κοινότητα, δίνοντας έμφαση στη διασφάλιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών.

Έτσι, θα πρέπει να αναπτυχθούν ψυχιατρικές κλινικές σε γενικά νοσοκομεία και να δημιουργηθούν κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας και μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για τη φιλοξενία ψυχικά ασθενών που νοσηλεύονταν για πολλά χρόνια στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Παράλληλα, θα πρέπει να αναπτυχθούν κοινωνικοί συνεταιρισμοί, προκειμένου να συμβάλουν στην επαγγελματική τους αποκατάσταση.

Όσον αφορά την ψυχιατροδικαστική φροντίδα, πρόκειται συνήθως για ασθενείς με σχιζοφρένεια όπου δυστυχώς, μέχρι σήμερα δεν έχουν δημιουργηθεί κατάλληλες υποστηρικτικές μονάδες ψυχικής υγείας και οι συγκεκριμένοι ασθενείς νοσηλεύονται για πολλά χρόνια στα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας, χωρίς την εφαρμογή εξειδικευμένων θεραπευτικών προγραμμάτων. Προφανώς, από τη χρονιότητα αυτή επηρεάζεται η λειτουργικότητα των ασθενών και η ποιότητα ζωής τους.

Σημαντικό βήμα έγινε με την ψήφιση του νόμου 4509/2017, όπου δόθηκε σημασία στα μέτρα θεραπείας των ατόμων που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής, όπου προτείνονται συγκεκριμένα θεραπευτικά μέτρα όπως είναι:

(α) η νοσηλεία σε ειδικό τμήμα δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου,

(β) η νοσηλεία σε ψυχιατρικό τμήμα δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου και

(γ) η υποχρεωτική θεραπεία και ψυχιατρική παρακολούθηση κατά τακτά χρονικά διαστήματα σε κατάλληλη εξωνοσοκομειακή Μονάδα Ψυχικής Υγείας ή εξωτερικά ιατρεία δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου.

Επομένως, από τα μέτρα ασφάλειας που είχαν επικρατήσει μέχρι τώρα, με την ψήφιση του νόμου 4509/2017, προχωράμε πλέον σε μέτρα θεραπείας, αλλάζοντας έτσι προσανατολισμό στον τρόπο προσέγγισης των συγκεκριμένων ασθενών, περνώντας από το φυλακτικό ρόλο στο θεραπευτικό.

Αναγκαία προσαρμογή του συγκεκριμένου νόμου στον ποινικό κώδικα, έγινε με την ψήφιση του νόμου 4619/2019, που αφορά την κύρωση του ποινικού κώδικα, όπου υιοθετήθηκαν οι σχετικές μεταρρυθμίσεις μέσα στον ποινικό κώδικα.

Έτσι, πλέον και στον ποινικό κώδικα έχουν καθοριστεί διατάξεις, όπου ο ψυχικά ασθενής ο οποίος απαλλάσσεται των ποινών λόγω ακαταλόγιστου, έχει ευεργετικές διατάξεις που αφορούν την πρόσβαση και το δικαίωμα στη θεραπεία.

Κεφάλαιο δεύτερο

2. Σχιζοφρένεια

2.1 Έννοιες και ορισμοί

Η σχιζοφρένεια είναι η σοβαρότερη ψυχική διαταραχή. Αποτελεί μία σύμπλοκη νοσολογική οντότητα, αγνώστου αιτιολογίας. Πρόκειται για ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο συμπεριφέρεται με τρόπους που βλάπτουν τη ζωή του. Αυτή η αλλοίωση ή παραμόρφωση της πραγματικότητας – ο ψυχωτικός πυρήνας της αρρώστιας – παρουσιάζεται με διαταραχές – συμπτώματα στην αντίληψη, στη σκέψη, στο συναίσθημα, στην ομιλία και στην ψυχοκινητικότητα (Μάνου, Ν. 1997).

Είναι νόσος οικουμενική, απαντάται στους πολιτισμένους λαούς μέχρι τους πιο πρωτόγονους κλειστούς και είναι νόσος διαχρονική, όπως διαπιστώνεται από περιγραφές ατόμων κατά την αρχαιότητα, με εκδηλώσεις που δεν διαφέρουν από τα συμπτώματα και τα σύγχρονα διαγνωστικά κριτήρια (Λύκουρας Λ., και συν. 2005).

Ο **Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας** κατατάσσει τη σχιζοφρένεια ανάμεσα στις 10 νόσους με τη σοβαρότερη επιβάρυνση στην καθημερινή λειτουργικότητα στις αναπτυγμένες χώρες, παρόλο που προσβάλει μόνο το 1% του γενικού πληθυσμού (Δουζένης, Α. 2017).

Σύμφωνα με τον Μαδιανό (2006) το πρώτο ψυχιατρικό άσυλο στην Ευρώπη κτίστηκε στη Βαλένθια, το 1409. Η εισαγωγή ψυχικά ασθενών και ο ιδρυματισμός τους ξεκίνησε συστηματικά απο τον 15ο αιώνα. Στα άσυλα εκτός απο τους ψυχικά διαταραγμένους, βρίσκονταν και οι επαίτες.

Το 25% του συνολικού κόστους για την ψυχική υγεία στις ΗΠΑ δαπανάται για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας. Η αιτιοπαθογένειά της εξακολουθεί να είναι αδιευκρίνιστη κα έχει απασχολήσει την ψυχιατρική επί μακρόν. Θεωρείται ως διαταραχή με ισχυρό γενετικό υπόβαθρο. Περίπλοκοι περιβαλλοντικοί παράγοντες επιδρούν στον ευάλωτο γονότυπο, προκαλώντας την εκδήλωσή της (Δουζένης, Α. 2008).

Τα άτομα με σχιζοφρένεια δυσκολεύονται σε πολλούς τομείς της ζωής τους, όπως η εργασία, η ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων, ακόμη πριν

διαγνωσθούν. Όταν η ασθένεια εγκαθιδρυθεί, συνδέεται με την ανεργία και την φτώχεια ειδικά σε υποβαθμισμένες περιοχές.

Στην πρόγνωση της νόσου είναι βοηθητική η πρόληψη και η φροντίδα των ασθενών στην κοινότητα και όχι η μακρά νοσηλεία σε νοσοκομεία, καθώς, έχει αποδεχτεί πως αυτή ελάχιστα συμβάλει στη μεταβολή ή καλυτέρευση του ασθενή (Kring et al., 2010).

2.2 Συμπτώματα

Η εμφάνιση των συμπτωμάτων της ποικίλλει από ασθενή σε ασθενή, καθώς και στον ίδιο τον ασθενή στην πορεία της νόσου.

Η αναγνώριση των ψυχικών διαταραχών είναι απαραίτητη για διάφορους λόγους, όπως για να μπορούν να τίθενται ακριβείς διαγνώσεις, να εφαρμόζονται αποτελεσματικές θεραπείες, να διατυπώνονται αξιόπιστες προγνώσεις, να αναλύονται τα ψυχιατρικά ζητήματα με τον πληρέστερο δυνατό τρόπο και να υπάρχει παραγωγική επικοινωνία των ψυχιάτρων μεταξύ τους και με τους άλλους γιατρούς. Πολλά ψυχιατρικά συμπτώματα και σημεία έχουν τις ρίζες τους στη φυσιολογική συμπεριφορά και μπορεί να θεωρηθούν ότι κατανέμονται σε όλη την έκταση του φάσματος που ξεκινά από το φυσιολογικό και καταλήγει στο παθολογικό (Kaplan & Sadock's (2004).

Στη σχιζοφρένεια, το περιεχόμενο και η οργάνωση της σκέψης, το συναίσθημα και η συμπεριφορά, επηρεάζονται αρνητικά με αποτέλεσμα τη μείωση των συναλλακτικών δεξιοτήτων και διαταραχή στην κοινωνική λειτουργικότητα και την επαγγελματική αποτελεσματικότητα (Δουζένης, Α. 2008).

Διακρίνονται σε **θετικά** και **αρνητικά συμπτώματα** της σχιζοφρένειας.

Τα θετικά συμπτώματα περιλαμβάνουν τις παραληρητικές ιδέες, τις ψευδαισθήσεις, την αλλόκοτη συμπεριφορά, τη θετική τυπική διαταραχή της σκέψης και το απρόσφορο συναίσθημα. Τα δύο πρώτα ανιχνεύονται με ερωτήσεις, ενώ τα άλλα τρία με την παρατήρηση.

Τα αρνητικά συμπτώματα (που μπορούν να συμβούν, όμως και σε μη ψυχωτικές καταστάσεις, όπως πχ στην κατάθλιψη), περιλαμβάνουν την «αλογία», την αμβλύτητα του συναισθήματος (συναισθηματική επιπέδωση), την έλλειψη κινητοποίησης (αβουλία/απάθεια, την ανηδονία/μη κοινωνικότητα και

την υποπροσεξία. Τα δύο πρώτα ανιχνεύονται με την παρατήρηση, τα επόμενα δύο με ερωτήσεις και το τελευταίο με την παρατήρηση.

Οι δύο αυτές ομάδες συμπτωμάτων αποτέλεσαν τη βάση για την ανάπτυξη θεωριών για τη σχέση της αρνητικής και της θετικής ψυχοπαθολογίας, τόσο σε επίπεδο παθοφυσιολογίας, όσο και επίπεδο κλινικής εικόνας και πορείας της νόσου (Μάνου, Ν. 1997).

Αποτελεί κοινή διαπίστωση, ότι η θετική και η αρνητική κλινική ψυχοπαθολογία αποτελούν δύο συνιστώσες της συνολικής ψυχοπαθολογίας των σχιζοφρενικών διαταραχών, οι οποίες μολονότι είναι σημαντικές, δεν την εξαντλούν. (Λύκουρας Λ., και συν. 2005).

2.3 Διάγνωση

Η διάγνωση γίνεται από τη φαινομενολογική παρατήρηση του ασθενή, χωρίς δυνατότητα εργαστηριακής τεκμηρίωσης (Δουζένης, Α. 2008).

Τα συστήματα ταξινόμηση των ψυχιατρικών διαταραχών εξυπηρετούν πολλούς σκοπούς:

Α. Διαχωρίζουν τις ψυχιατρικές διαγνώσεις μεταξύ τους, ώστε να μπορεί να εφαρμοστεί η αποτελεσματικότερη δυνατή θεραπεία

Β. Παρέχουν στους επαγγελματίες της υγείας μια κοινή γλώσσα συνεννόησης και

Γ. Συμβάλλουν στην έρευνα για την άγνωστη ακόμα αιτιολογία διαφόρων ψυχικών διαταραχών (Kaplan & Sadock's (2004).

Η διάγνωση είναι το ζωτικό σημείο της ιατρικής επιστήμης. Η διάγνωση της κατάστασης ενός ασθενή συνοψίζει περιληπτικά τα σημαντικά κλινικά ευρήματα, κοινοποιεί αυτά τα ευρήματα με σαφήνεια και παρέχει στον ασθενή πρόσβαση στην ασθένεια (Nasrallah, Η. και συν. 2005).

Όσον αφορά τα διαγνωστικά κριτήρια για τη σχιζοφρένεια επικρατούν αυτά του **Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας** (ICD 10 Research Criteria W.H.O. 1992) και του **DSM - V** της **Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας** (Α.Ρ.Α. 2013).

Διακρίνουμε τους παρακάτω **τύπους σχιζοφρένειας**:

Α. Παρανοϊκός

Β. Αποδιοργανωμένος (ηβηφρενικός) τύπος

Γ. Κατατονικός

- Δ. Αδιαφοροποίητος
- Ε. Υπολειμματικός
- Ζ. Απλή σχιζοφρένεια
- Η. Μετασχιζοφρενικό καταθλιπτικό επεισόδιο

Η απλή σχιζοφρένεια και το μετασχιζοφρενικό καταθλιπτικό επεισόδιο είναι δύο υπότυποι της σχιζοφρένειας που τους συναντάμε στο ICD-10 (Μάνου, Ν. 1997).

Σύμφωνα με μελέτες φαίνεται πως άτομα με σχιζοφρένεια είχαν εμπλακεί πριν τη νοσηλεία τους σε αξιόποινες πράξεις με στόχο κάποιον τρίτο σε ποσοστό 20%. Επίσης, παρατηρείται πως τα άτομα αυτά διαπράττουν τις παραβατικές πράξεις, σε φάσεις της νόσου με οξύτητα θετικών συμπτωμάτων όπως παραληρητικές δοξασίες απειλούμενης προσβολής της ατομικής ασφάλειας, της αξιοπρέπειας και της ατομικότητας της προσωπικής ζωής, διαταραγμένη αυτοεκτίμηση καθώς και παραληρητικές ιδέες ερωτικού βίου (Μουρίκης, Η., και συν. 2008).

2.4 Κλινική εικόνα και πορεία. Πρόγνωση

Η κλινική πορεία αναφέρεται στο χρόνιο μοτίβο μιας νόσου στη διάρκεια μεγάλου χρονικού διαστήματος, που ξεκινά συνήθως με την έναρξη και τελειώνει στην οριστική κατάληξή της ή στο τέλος της ζωή (Nasrallah, Η. και συν. 2005).

Η «επίσημη» έναρξη της νόσου σημειώνεται συνήθως σε νεαρή ηλικία και διαδράμει χρονίσω με κλινική πορεία που περιλαμβάνει πρόδρομη, ενεργό και υπολειμματική φάση. Απο τους νοσούντες περίπου το 1/3 θα ζήσουν μια σχετικά φυσιολογική ζωή, ένα άλλο 1/3 θα συνεχίσουν να έχουν σημαντικά συμπτώματα, αλλά θα μπορούν να ζουν στην κοινότητα. Το υπόλοιπο 1/3 εμφανίζει σημαντική έκπτωση και χρήζει συχνών νοσηλειών. Το 10% της τελευταίας ομάδας των ασθενών έχει ανάγκη μακροχρόνιας ιδρυματικού τύπου περίθαλψης (Δουζένης, Α. 2008).

Η έναρξη της σχιζοφρένειας μπορεί να είναι οξεία και ύπουλη, συνήθως όμως εμφανίζονται πρόδρομα συμπτώματα τα οποία μπορεί να διαρκέσουν για μέρες ή για μήνες, έως ότου τεθεί η διάγνωση της σχιζοφρένειας. Η νόσος εισβάλλει κατά την όψιμη εφηβεία και την πρώιμη ενήλικη ζωή και μπορεί

κάποια εκλυτικά γεγονότα να ενεργοποιήσουν το πρώτο επεισόδιο της νόσου (Rapoport, JI. 2005).

Κατά την πορεία της νόσου τα πιο ευδιάκριτα θετικά ψυχωσικά συμπτώματα όπως οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις τείνουν να εξασθενούν, ενώ τα πιο υπολειμματικά αρνητικά συμπτώματα όπως η επιπέδωση της συναισθηματικής απαιτητικότητας, η παραμέληση της ατομικής υγιεινής, η απόσυρση, η έλλειψη πρωτοβουλίας μπορεί να επιτείνονται. Η πιο συνηθισμένη πορεία είναι η εμφάνιση κατά καιρούς οξέων εξάρσεων με αύξηση της υπολειμματικής βλάβης ανάμεσα στα επεισόδια ή στασιμότητα.

Οι πιθανότητες υποτροπής μέσα σε μία διετία είναι περίπου 40% όταν ο ασθενής λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή και περίπου 80% όταν ο ασθενής δεν λαμβάνει. Το 50% των ασθενών κάνουν απόπειρα και το 10% τελικώς αυτοκτονούν. Υπάρχει κίνδυνος βίαιης συμπεριφοράς ειδικά από τους ασθενείς που δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή. Στους παράγοντες κίνδυνου περιλαμβάνονται, διωκτικές παραληρητικές ιδέες, ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς, νευρολογικά ελλείμματα. Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος αιφνίδιου θανάτου και νόσησης από παθολογικά νοσήματα. Το προσδόκιμο επιβίωσης είναι μικρότερο από αυτό των μη ασθενών. (Kaplan, και συν. 2010)

Πάντα υπάρχει η πιθανότητα για πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων ή και ίαση αν και η συχνότητα είναι άγνωστη (Μάνου, Ν. 1997).

Παρόμοια γίνεται αναφορά σε απροθυμία των ασθενών να ζητήσουν θεραπεία και σε καθυστέρηση της αποκατάστασής τους, εξαιτίας του στιγματισμού (Mazey, 2016).

2.5 Θεραπεία

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι μακροχρόνια και επίπονη για τον ασθενή, την οικογένεια, αλλά και τη θεραπευτική ομάδα που φροντίζει τον ασθενή.

Η κλινική αντιμετώπιση του σχιζοφρενούς ασθενούς μπορεί να περιλαμβάνει νοσηλεία, αντιψυχωσική αγωγή και ψυχοκοινωνικές θεραπείες. Ο συνδυασμός της φαρμακευτικής αγωγής και των ψυχοκοινωνικών θεραπειών σε καλά σχεδιασμένα θεραπευτικά προγράμματα μπορούν να βοηθήσουν πολλούς ασθενείς να επανακτήσουν τη χαμένη τους λειτουργικότητα και ψυχολογική ακεραιότητα και υγεία. Η θεραπευτική αντιμετώπιση των

σχιζοφρενικών σημαίνει μακρόχρονη παροχή συστήματος βιοψυχοκοινωνικής υποστήριξης, που είναι η βάση για την εξασφάλιση ποιότητας ζωής (Μάνου, Ν. 1997).

Στα αντιψυχωσικά περιλαμβάνονται:

α) οι ανταγωνιστές σεροτονίνης -ντοπαμίνης (άτυπα αντιψυχωσικά) π.χ. ρισπεριδόνη, κλοζαπίνη και

β) οι ανταγωνιστές των υποδοχέων της ντοπαμίνης (τυπικά αντιψυχωσικά) π.χ. αλοπεριδόλη.

Τα άτυπα αντιψυχωσικά είναι σε γενικές γραμμές πιο αποτελεσματικά από τα τυπικά αντιψυχωσικά στην αντιμετώπιση και των αρνητικών συμπτωμάτων της νόσου (Gabbard, G. 2006).

Η Κλοζαπίνη, έχει αποδειχθεί πολύ χρήσιμη για ασθενείς που παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας (Black and Andreasen 2011).

Αν τα αντιψυχωσικά φάρμακα δεν επαρκούν από μόνα τους υπάρχουν διάφορα άλλα φάρμακα που περιγράφεται ότι προκαλούν ποικίλου βαθμού βελτίωση στον ασθενή. Αυτά τα φάρμακα είναι το λίθιο, το βαλπροϊκό οξύ, το διλβαπρόϊκο, η καρβαμαζεπίνη και οι βενζοδιαζεπίνες (Μάνου, Ν. 1997).

Πολλά φάρμακα χρησιμοποιούνται στις μέρες μας για τη μείωση της επιθετικότητας.

Η φαρμακολογική πρακτική περιλαμβάνει το συνδυασμό αγχολυτικών και αντιψυχωτικών φαρμάκων. Η βενζοδιαζεπίνη lorazepam δίνεται σε συνταγές μαζί με κάποιο αντιψυχωτικό για να μειώσει το άγχος και την επιθετικότητα (Currier, G.W., & Trenton, A. 2002).

Στις ψυχοκοινωνικές θεραπείες συμπεριλαμβάνονται η συμπεριφορική θεραπεία, η ομαδική, η ατομική, η υποστηρικτική θεραπεία, η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες και η θεραπεία αποκατάστασης. Όλες αυτές οι θεραπευτικές μέθοδοι μπορούν να εφαρμοστούν εντός και εκτός του νοσοκομείου, με σκοπό την αποφυγή υποτροπών και επανάληψης της νοσηλείας. Ενδείξεις για την αναγκαιότητα νοσηλείας είναι η επικινδυνότητα προς τρίτους αλλά και προς τον ίδιο του τον εαυτό, βαριά συμπτωματολογία που οδηγούν σε παραμέληση της ατομικής υγιεινής και αποδιοργάνωση, ανάγκη για διαγνωστική εκτίμηση, ανεπαρκής ανταπόκριση στις θεραπευτικές παρεμβάσεις, παραμέληση της φαρμακευτικής αγωγής (Μάνου, Ν. 1997).

Θεραπεία εκλογής αποτελεί και η ηλεκτοσπασμοθεραπεία η οποία μπορεί να είναι αποτελεσματική στις οξείες ψυχώσεις και στον κατατονικό τύπο

σχιζοφρένειας. Η ECT παρουσιάζει μέγιστη ανταπόκριση σε ασθενείς με ανθεκτικά θετικά συμπτώματα και όταν η νόσος έχει διαρκέσει για λιγότερο από ένα χρόνο. (Σολδάτος και Λύκουρας, 2006)

Το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από τη στιγμή που εμφανίζονται τα πρώτα συμπτώματα μέχρι τη στιγμή που το ίδιο το άτομο ή η οικογένειά του για πρώτη φορά στη ζωή τους αναζητήσουν βοήθεια από ειδικό ψυχικής υγείας παίζει σημαντικό ρόλο στην έκβαση της κλινικής κατάστασης του ασθενή (Ζαρταλούδη, Α. και συν. 2010).

Τα άτομα που καθυστέρησαν να λάβουν βοήθεια βρέθηκαν να έχουν μεγαλύτερο αριθμό επανεισαγωγών, μεγαλύτερη πιθανότητα επακόλουθης υποτροπής και μακρύτερες νοσηλείες σε σύγκριση με τα άτομα που έλαβαν βοήθεια νωρίτερα (Birchwood et al., 1992).

Στην Ελλάδα, οι ακαταλόγιστοι ψυχικά ασθενείς, φυλάσσονται σε γενικές ψυχιατρικές κλινικές στα τρία μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας. Εκτός, από το Τμήμα Ακαταλογίστων του Ψ.Ν. Θεσσαλονίκης, τα υπόλοιπα νοσοκομεία τοποθετούν τους ακαταλόγιστους ασθενείς με τους υπόλοιπους ασθενείς που πάσχουν από κάποιο ψυχικό νόσημα. Σε άλλες χώρες, όπως οι ΗΠΑ και η Αγγλία, οι ασθενείς αυτοί παραπέμπονται σε ειδικές ψυχιατρικές κλινικές διαβαθμισμένης ασφαλείας (υψηλής, μεσαίας, χαμηλής) στις οποίες εγκλείονται μόνο άτομα με ψυχικές διαταραχές τα οποία έχουν διαπράξει κάποιο αδίκημα.

Επίσης, παρατηρείται πως παραμένουν για μεγάλα χρονικά διαστήματα έγκλειστοι στα δημόσια ψυχιατρεία, στερούμενοι εξειδικευμένων θεραπευτικών προγραμμάτων και προγραμμάτων επανένταξης. Παράλληλα, ένας σημαντικός αριθμός ασθενών φαίνεται να μην έχει επικοινωνία με το οικογενειακό περιβάλλον, γεγονός, που οδηγεί στον ολοκληρωτικό αποκλεισμό των ασθενών από το κοινωνικό σύνολο.

Είναι αναγκαίο η δημιουργία τμημάτων ψυχιατροδικαστικής στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, με εξειδικευμένο προσωπικό, καθώς και η δημιουργία εξωνοσοκομειακών δομών στην κοινότητα, με σκοπό την υποστήριξη των ατόμων στην ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση (Δουζένης, Α., και Λύκουρας, Ε. 2013).

Κεφάλαιο Τρίτο

3. Σχιζοφρένεια και επικινδυνότητα

3.1 Επικινδυνότητα

Η έννοια της επικινδυνότητας αναπτύχθηκε στους κόλπους της ιταλικής θετικής σχολής με κύριο στόχο την πρόληψη του εγκλήματος και την κατάλληλη μεταχείριση του ατόμου που εγκλημάτησε. Στην ιστορική της διαδρομή θεωρήθηκε αρχικά ως «ικανότητα του ανθρώπου να διαπράξει έγκλημα», για να οριοθετηθεί τελικά στις μέρες μας σαν «μια ψυχοβιολογική κατάσταση του ατόμου που διαμορφώθηκε κάτω από την επήρεια ενδογενών και εξωγενών παραγόντων η οποία καθιστά πιθανή την τέλεση από το άτομο νέων εγκλημάτων στο μέλλον». Το γεγονός ότι η επικινδυνότητα εκφράζει μία πιθανότητα και όχι μία βεβαιότητα αποτέλεσε το βασικό λόγο αδυναμίας οριοθέτησής της (Κοσμάτος, Κ. 1998).

Σύμφωνα με την Τσαλίκोगλου (1987), η έννοια της επικινδυνότητας πηγάζει από την αέναη προσπάθεια των ανθρώπων να κατανοήσουν το φαινόμενο της «παραφροσύνης», γεγονός που δημιουργεί στο μυαλό του ανθρώπου την εικόνα του κακού, τρελού, «αμαρτωλού» ανθρώπου που μπορεί να προχωρήσει σε οποιαδήποτε εγκληματική πράξη.

Η εξέταση της επικινδυνότητας προϋποθέτει την αποσαφήνιση και τον προσδιορισμό τόσο της ίδιας την έννοιας της επικινδυνότητας, όσο και των εννοιών που σχετίζονται με αυτή, όπως της επιθετικότητας, της βία και της παρορμητικότητας.

Ως κίνδυνος ορίζεται η «πιθανή δυσάρεστη έκβαση, ιδίως συνεπαγόμενη την απώλεια της ζωής». Με την προσθήκη της πρόθεσης «επι» δημιουργούνται οι λέξεις επικίνδυνος και επικινδυνότητα που υποδηλώνουν την ύπαρξη κινδύνου. Υποστηρίζεται ότι παρέχεται από τη λέξη “dominarius” που σημαίνει κυριότητα και εξουσία. (Λειβαδίτης, Μ. 2008).

Έχουμε την εντύπωση πως η έννοια της επικινδυνότητας, εισαχθείσα στην εγκληματολογία, με στόχο να προβλέψει και επομένως να συμβάλει στην αποτροπή μελλοντικών παραβατικών πράξεων, μέσα από τα δεδομένα της έρευνας και της εμπειρίας εμφανίζεται να έχει μάλλον μία ασαφή διάσταση και αμφισβητήσιμη δυνατότητα πρόβλεψης. Αντίθετα, υποστηρίζεται ότι η κύρια

λειτουργία της είναι στιγματιστική και υπ' αυτήν την έννοια, μέσα από την ειδική ψυχολογία του στιγματισμένου ατόμου, πιθανόν συμβάλλει και στη γέννηση της παραβατικής συμπεριφοράς (Λειβαδίτης, Μ., 1994).

Η επικινδυνότητα αφορά το άτομο και ορίζεται ως η αυξημένη πιθανότητα που εμφανίζει το άτομο αυτό, να διαπράξει κάποια άδικη πράξη (Πεγιάδης, Λ., 1987).

3.1.1 Επιθετικότητα

Η επιθετικότητα αποτελεί έκφραση μίας ενόρμησης, της οποίας ο έλεγχος είναι αβέβαιος. Πρόκειται δηλαδή για αντιδράσεις που εμπεριέχουν και εκφράζουν την επιθυμία για πρόκληση μιας δυσμενούς συνέπειας στο θύμα (Webster, C. και συν. 2009).

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 αυτοτελή συναισθηματική αξία για τον επιτιθέμενο. Συνήθως υπάρχουν και τα δύο. (Λειβαδίτης, Μ. 2008).

3.1.2 Βία

«Ως βία ορίζεται η εκ προθέσεως χρήση φυσικής δύναμης ή εξουσίας πραγματικής ή απειλής, κατά του εαυτού κατά ενός άλλου ατόμου ή κατά ομάδας ή της κοινότητας, που έχει ως αποτέλεσμα ή μεγάλη πιθανότητα να προκαλέσει τραυματισμό, θάνατο, ψυχολογική βλάβη διαταραχή στην ανάπτυξη ή αποστέρηση». Συμπεριφορά η οποία περιέχει, αλλά συγχρόνως προκαλεί και φόβο στο μέσο άνθρωπο, μπορεί να καταμετρηθεί ως βία. Υπό μια γενική έννοια, πράξεις αρκετά σοβαρές ώστε να οδηγήσουν σε ποινικές ή αστικές κυρώσεις, ή έχουν ως συνέπεια να ασκηθεί δίωξη εναντίον του δράστη πρέπει να θεωρηθούν ως βίαιες (Webster, C. και συν. 2009).

Η βία είναι συμπεριφορά και όχι διάγνωση. Η βίαιη συμπεριφορά ανευρίσκεται σ' όλες σχεδόν τις διαγνωστικές κατηγορίες και είναι συχνή ανάμεσα στα άτομα που δεν έχουν καμιά διάγνωση ψυχικής διαταραχής. Η βία δεν είναι νόσος, αλλά σε μερικές περιπτώσεις είναι ένα σύμπτωμα κάποιας υποκειμενικής νόσου (Μάνου, Ν. 1997).

3.1.3 Παρορμητικότητα

Ως παρορμητικότητα ορίζεται η χωρίς επαρκή σκέψη συμπεριφορά ή η τάση να δρα κάποιος με λιγότερη πρόνοια των συνεπειών από ότι άλλα άτομα με ανάλογες ικανότητες και γνώσεις. Σύμφωνα με τον Barratt, η παρορμητικότητα είναι μέρος της συμπεριφοράς και προδιάθεση για γρήγορη μη σχεδιασμένη αντίδραση, αδιαφορώντας για τις συνέπειες τόσο για τον ίδιο όσο και για τους άλλους (Webster, C. και συν. 2009).

Όταν υποστηρίζεται ότι κάποιο άτομο είναι επικίνδυνο αυτό μπορεί να σημαίνει πως:

- α) το άτομο σκέπτεται και ετοιμάζεται να διαπράξει μία παράβαση,
- β) έχει μία προσωπικότητα που τον ωθεί να κάνει «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, αυτός να εμπλακεί σε επικίνδυνες καταστάσεις,
- στ) λόγω των γενικών συνθηκών, οι οποίες ευνοούν την ανάπτυξη ορισμένων μορφών εγκληματικότητας, υπάρχει αυξημένη πιθανότητα το άτομο να εγκληματήσει,
- ζ) υπάρχει κάποιος συνδυασμός μερικών από τα ανώτερο δεδομένα (Λειβαδίτης, Μ. 2008).

Η υπόθεση της επικινδυνότητας ενός ψυχικά ασθενή, αποτελεί μια εκ των βασικών αιτίων παραβίασης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων του και οδηγεί στον εγκλεισμό του σε ψυχιατρικό ίδρυμα. Η επικινδυνότητα ενός ασθενή δεν αναφέρεται σε μια στατική κατάσταση, σε ένα γεγονός του παρελθόντος, αλλά σε μία κατάσταση κινδύνου που, με υποθέσεις πιθανολογείται πως θα συμβεί στο μέλλον. Επιχειρείται δηλαδή μία μελλοντική εκτίμηση, με αμφιβολίες, ωστόσο, στο κατά πόσο μπορεί να είναι αξιόπιστη. (Τσαλίκोगλου, Φ. 1990).

Ο εξαναγκαστικός εγκλεισμός, σχεδόν για όλους τους ψυχικά ασθενείς στηρίζεται πάνω στην πιθανότητα να εκδηλώσουν βίαιες συμπεριφορές απέναντι σε άλλους ή στον ίδιο τους τον εαυτό.

Άλλοι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν είναι οι καταχρήσεις σε συνδυασμό με τη διαταραχή, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες και το ιστορικό βίας του ασθενή (Elbogen & Johnson, 2009).

3.2 Πρόβλεψη επικινδυνότητας

Η πρόβλεψη της επικινδυνότητας και της βίαιης συμπεριφοράς είναι αυτή που αποτελεί ή πρέπει να αποτελεί το κεντρικό σημείο στη διαδικασία κάθε δίκης. Όπως ανέφερε και ο Prins (1986): «Η πρόβλεψη της επικινδυνότητας είναι κάτι πολύ επικίνδυνο». Από την πλευρά της ασφάλειας της κοινωνίας έχει μεγαλύτερη σημασία η ελαχιστοποίηση των «εσφαλμένων αρνητικών» (των ατόμων δηλαδή που κρίνονται ως μη επικίνδυνα, αλλά στην πραγματικότητα είναι επικίνδυνα και διαπράττουν έγκλημα στο μέλλον), από την πλευρά της ατομικής ελευθερίας και των δικαιωμάτων του ανθρώπου όμως είναι σημαντικό η ελαχιστοποίηση των «ψευδών θετικών» (των ατόμων δηλαδή, που κρίνονται ως επικίνδυνα και για αυτό στερούνται της ελευθερίας τους, ενώ στην πραγματικότητα δεν είναι βίαιοι). Η επιστημονική πρόβλεψη της επικινδυνότητας είναι πολύ δύσκολη και κάνεις δεν μπορεί να εγγυηθεί ακόμη και για τον ίδιο του τον εαυτό, ότι σε κάποια στιγμή, υπό ορισμένες συνθήκες και κάτω από κάποια ερεθίσματα αποκλείεται να φερθεί βίαια (Δουζένης, Α., και συν 2008).

Το ρεύμα της κλασικής ψυχολογίας υποστηρίζει πως η επικινδυνότητα μπορεί να προβλεφθεί, καθώς η συμπεριφορά του ατόμου εξαρτάται από παγιωμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Ωστόσο, σύγχρονες έρευνες στον τομέα της ψυχολογίας τείνουν να θέσουν υπό αμφισβήτηση τέτοιου είδους απόψεις, υποστηρίζοντας πως κανένα είδος προσωπικότητας δεν μπορεί να εκδηλώσει σταθερά βίαιες συμπεριφορές και πως εάν οι συνθήκες κάτω από τις οποίες λάβει χώρα μια βίαιη συμπεριφορά τροποποιηθούν, τότε ελαττώνονται κατά πολύ οι πιθανότητες εκδήλωσης της. Φαίνεται πως το κοινωνικό πλαίσιο διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο εμφάνισης μιας βίαιης συμπεριφοράς. Ακόμη και σε περιπτώσεις που η εγκληματική πράξη έχει προηγηθεί του εγκλεισμού, η πρόβλεψη της επικινδυνότητας δεν φαίνεται να στηρίζεται στην αξιοπιστία και την εγκυρότητα (Τσαλίκoglou, Φ. 1990).

Η αντίληψη στην οποία στηρίζεται η ανάγκη πρόβλεψης, ότι δηλαδή η ανθρώπινη συμπεριφορά αποτελεί έκφραση σταθερών και μόνιμων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, δεν θα πρέπει να γίνεται δεκτή. Η ανθρώπινη συμπεριφορά δεν αποτελεί ένα στατικό μέγεθος, αλλά

διαμορφώνεται διαρκώς υπό την επίδραση διαφόρων εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων (Κοσμάτος, Κ. 1998).

Με βάση λοιπόν τα παραπάνω είναι σαφές ότι η θέση που δεν λαμβάνει υπόψη της την αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον του, καθώς και τις βιολογικές, οικονομικές και κοινωνικές παραμέτρους, είναι ατελής. Αλλά και αν υποθέσουμε πως λαμβάνονται υπόψη όλες οι παραπάνω παράμετροι, δεν είναι πάλι δυνατόν να υπάρξει ασφαλή και αντικειμενική πρόβλεψη (Κοσμάτος, Κ. 1998).

Επιπλέον, ο όρος της επικινδυνότητας, συχνά δεν μπορεί να περιγράψει κάποιο στοιχείο της προσωπικότητας, αλλά αντί αυτού αποτελεί χαρακτηριστικό ενός ανθρώπου που του δίδεται από μια άλλη ομάδα ανθρώπων. Κάτω από την ομπρέλα της επικινδυνότητας περιλαμβάνονται οι προκαταλήψεις και οι στιγματιστικές απόψεις που φέρει μια ομάδα ανθρώπων έναντι μιας άλλης. Έτσι η ομάδα που θα πορευθεί με την ταμπέλα της επικινδυνότητας, έχει πιθανότητες όχι να εγκληματίσει, αλλά να φέρει το στίγμα του επικίνδυνου εγκληματία από το κοινωνικό σύνολο αλλά και τους επίσημους φορείς άσκησης της εξουσίας (Τσαλίκoglou, Φ. 1990).

Στην Ελλάδα η εκτίμηση της επικινδυνότητας γίνεται με την συμπλήρωση ερωτηματολογίων, τα οποία χαρακτηρίζονται από ασάφεια και ανεπάρκεια και αποτελούν ένα δυσνόητο εργαλείο στα χέρια επαγγελματιών που δεν προέρχονται από το χώρο της ψυχικής υγείας, όπως νομικοί ή εγκληματολόγοι.

Εργαλείο για την εκτίμηση της επικινδυνότητας αποτελεί η κλίμακα HCR – 20, ένας οδηγός για την εκτίμηση της επικινδυνότητας, αποτέλεσμα συζήτησης και έρευνας έμπειρων επαγγελματιών στο χώρο της ψυχικής υγείας, που στοχεύει στη δημιουργία επιστημονικών κριτηρίων, μακριά από την υπερ – προβλεψιμότητα ή την υποκειμενικότητα, θέτοντας τη βάση για την εξατομίκευση και τον σχεδιασμό θεραπευτικών προγραμμάτων για τον κάθε ασθενή (Webster, C., et al, 2009).

Πλήθος ερευνητικών προγραμμάτων, αμφισβητούν 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 αποδίδεται στις ασάφειες, στην έλλειψη επαρκών κριτηρίων αξιολόγησης και σε υποκειμενικούς παράγοντες. Η πρόβλεψη μελλοντικών βίαιων πράξεων από ψυχικά ασθενείς ή

άτομα με διαταραχές προσωπικότητας είναι εξαιρετικά δύσκολη. Ένα λόγο για αυτό, αποτελεί το γεγονός ότι η ψυχική ασθένεια μπορεί να μην είναι έντονα, σαφώς, ή άμεσα συνδεδεμένη με τη βίαιη συμπεριφορά, όπως έχουν άλλωστε καταδείξει αρκετοί ερευνητές (Webster, C., et al, 2009).

Η πρόβλεψη λοιπόν πρέπει να αφορά την εκτίμηση της πιθανότητας το μελετούμενο άτομο να επαναλάβει την ίδια δραστηριότητα. Για παράδειγμα, δεν είναι δυνατόν να εκτιμηθεί η επικινδυνότητα ενός ατόμου που έχει ήδη διαπράξει ένα φόνο, παρά μόνο για φόνο και σοβαρή σωματική βλάβη. Το προηγούμενο ιστορικό βίας είναι το ισχυρότερο προγνωστικό στοιχείο. Η προηγούμενη παραβατική πράξη θα πρέπει να μελετάται λεπτομερώς και να λαμβάνονται υπόψη όλες οι πληροφορίες που μπορούν να δώσουν στοιχεία. Αν υπάρχει ιστορικό βίας, αποτελεί σημαντικό προγνωστικό στοιχείο για την πρόβλεψη. Το ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς, όσο πιο λεπτομερέστερο είναι, τόσο και πιο άρτια και χρήσιμη θα είναι η γνωμοδότηση (Δουζένης, Α. 2008).

Συμπερασματικά τα στοιχεία που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη αποτελούν οι παρακάτω παράγοντες:

1. Ιδιοσυγκρασιακοί παράγοντες

Στους ιδιοσυγκρασιακούς παράγοντες περιλαμβάνονται:

1.1 Η ηλικία, η ηλικιακή περίοδος που παρατηρείται αυξημένος κίνδυνος είναι μεταξύ 18 με 30 ετών

1.2 Το φύλο, οι άνδρες σαφέστατα παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό κινδύνου συμμετοχής σε βίαια εγκλήματα συγκριτικά με τις γυναίκες

1.3 Η φυλετική καταγωγή και η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση σχετίζεται άμεσα με βίαια εγκλήματα. Έχει αποδειχθεί από έρευνες ότι άτομα από μειονότητες που έχουν πρόσφατα μεταναστεύσει λόγω κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων παρουσιάζουν αυξημένη παραβατικότητα και επικινδυνότητα.

1.4 IQ,, το νοητικό πηλίκο των ατόμων με αυξημένη επικινδυνότητα καθώς και συνολικά το νοητικό πηλίκο των κρατουμένων στις φυλακές είναι σταθερά χαμηλότερο του μέσου όρου. Όπως είναι ήδη γνωστό, χαμηλό νοητικό πηλίκο, έχει συσχετισθεί με διαταραχές συμπεριφοράς στα παιδιά και τους εφήβους.

2. Στοιχεία που προκύπτουν από το ιστορικό

2.1 Η ελλιπή συμμετοχή των γονιών στη φροντίδα του παιδιού τους, εργασίες σε πληθυσμούς επικίνδυνων παραβατών, έχουν δείξει ότι τα άτομα

αυτά έχουν στο ιστορικό τους μεγαλύτερο ποσοστό παραμέλησης και πρόωρης απώλειας γονέα από ότι ο γενικός πληθυσμός.

2.2 Άτομα τα οποία έχουν υποστεί κακοποίηση τείνουν να γίνονται περισσότερο βίαια και να διαπράττουν βίαια εγκλήματα, παρατηρείται ιδίως σε αγόρια που έχουν υποστεί σωματική κακοποίηση. Αντίστοιχα άτομα που έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά, τείνουν να διαπράττουν σεξουαλικά εγκλήματα. Έχει επίσης βρεθεί ότι η εμπειρία της σωματικής κακοποίησης, ως μάρτυρα κατά την παιδική ηλικία, αυξάνει την επικινδυνότητα για βίαια εγκλήματα.

2.3 Η εργασιακή κατάσταση αποτελεί επίσης παράγοντα που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη. Όπως είναι αναμενόμενο άτομα με χαμηλά αμειβόμενη εργασία και συχνές περιόδους ανεργίας είναι πιο επικίνδυνα για βίαιη παραβατική συμπεριφορά. Αντιθέτως, η ικανοποίηση από την εργασία έχει συσχετιστεί αντίστροφα με την επικινδυνότητα.

2.4 Προηγούμενο ιστορικό συλλήψεων. Η αναζήτηση των στοιχείων, για προηγούμενη παραβατική συμπεριφορά, είναι απαραίτητη και βοηθάει στην ακριβέστερη και ενδελεχέστερη εκτίμηση της επικινδυνότητας.

2.5 Η αυτοαναφερόμενη βίαιη συμπεριφορά πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη καθώς αυξάνει την επικινδυνότητα.

2.6 Το υποκειμενικό στοιχείο του εξεταστή. Η συναισθηματική αντίδραση του εξεταζόμενου κατά τη διάρκεια της κλινικής αξιολόγησης. Αν ο εξεταστής αισθάνεται φόβο για τη σωματική του ακεραιότητα ή αισθάνεται ότι απειλείται κεκαλυμμένα, αποτελεί ένα στοιχείο που πρέπει να μελετάται σοβαρά.

2.7 Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, που εκφράζεται με απόπειρες αυτοκτονίας, συμπορεύεται με την επιθετικότητα και τον ανεπαρκή έλεγχο των παρορμήσεων. Έχει παρατηρηθεί πως οι βίαιοι εγκληματίες, παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά αυτοκτονικότητας.

3. “Συναφείς” παράγοντες. Οι συναφείς παράγοντες αφορούν ευρύτερες κοινωνιολογικές και ψυχολογικές παρατηρήσεις που συσχετίζονται με την επικινδυνότητα. Για παράδειγμα το να ζει κάποιος μόνος του, αποτελεί παράγοντα αυξημένης επικινδυνότητας, καθώς και παράγοντα κινδύνου αυτοκτονικότητας. Η αίσθηση ότι το άτομο δεν έχει κοινωνική υποστήριξη, αυξάνει την επικινδυνότητα. Άλλος ένας παράγοντας που σχετίζεται με τη συνάφεια είναι η ζωή στο κέντρο της πόλης ή σε γκέτο.

4. Κατάχρηση ουσιών. Η επιθετικότητα που σχετίζεται με τη χρήση ουσιών εξαρτάται από την ουσία που προκαλεί την εξάρτηση. Άλλη επίδραση στη συμπεριφορά έχουν οι ουσίες που διεγείρουν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και άλλη αυτές που το καταστέλλουν. Η ποσότητα της ουσίας που έχει καταναλωθεί έχει μεγάλη σημασία. Το αλκοόλ σε μικρές ποσότητες προκαλεί άρση των αναστολών που μπορεί να πυροδοτήσει μια παράτολμη ή επιθετική συμπεριφορά, αντίθετα η μεγάλη ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ, προκαλεί καταστολή του Κ.Ν.Σ που οδηγεί σε υπνηλία και απώλεια συνειδήσεως. Επίσης, η τοξίκωση και η στέρηση προκαλούν διαφορετικές κλινικές εικόνες και πυροδοτούν διαφορετικές συμπεριφορές. Για παράδειγμα, η χρήση ηρωίνης και συνεπακόλουθη τοξίκωση, οδηγεί τον χρήστη σε κατάσταση ηρεμίας, ευχαρίστησης και γαλήνης και δεν συνδέεται με την επιθετικότητα, ενώ αντίθετα, η στερητική φάση οδηγεί σε εκνευρισμό, φόβο και ευερεθιστότητα. Κατά την περίοδο της στέρησης ένας εξαρτημένος από τα οπιοειδή παρουσιάζει αυξημένη επιθετικότητα. Βέβαια σημαντικό ρόλο για την εκδήλωση της επιθετικότητας κατά τη χρήση ουσιών, παίζουν και τα υποκείμενα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του χρήστη.

5. Κοινωνιολογικούς παράγοντες. Πρόκειται για παράγοντες που προέρχονται από κοινωνικές ανθρωπολογικές μελέτες και μιλούν γενικά για την κουλτούρα της βίας ανάμεσα σε ομάδες. Ορισμένες κουλτούρες ευνοούν και επικροτούν περισσότερο την ατομική βία από άλλες. Για παράδειγμα κάποιος που προέρχεται από την Κρήτη ή τη Μάνη μπορεί να δεχτεί ευκολότερα από ένα Αθηναίο ότι «οι προσβολές πρέπει να ξεπλένονται με αίμα». Από αυτή την οπτική σκοπιά η βίαιη συμπεριφορά γίνεται αποδεκτή εάν δεχθεί προσβολή και κατ' επέκταση ο ίδιος έχει λιγότερες εσωτερικές αναστολές στο να φερθεί βίαια (Δουζένης, Α. 2008).

3.3 Η επικινδυνότητα του ψυχικά ασθενή

Η σύνδεση της επικινδυνότητας με την ψυχική ασθένεια έχει της θεωρητικές της ρίζες στην ιταλική θετική σχόλη. Οι Ιταλοί θετικιστές Lombroso και κυρίως ο Ferri κατέγραψαν τύπους εγκληματιών χωρίζοντάς τους σε κατηγορίες, σύμφωνα με τη διδασκαλία τους για τα αίτια του εγκλήματος. Μια από αυτές τις κατηγορίες εγκλημάτων περιελάμβανε τους «παράφρονες εγκληματίες» (Κοσμάτος, Κ. 1998).

Απο τους τύπους της σχιζοφρένειας η παρανοϊκή συνδέεται περισσότερο με εγκληματική συμπεριφορά με σύνηθες κίνητρο τις διωκτικού τύπου παραληρητικές ιδέες. Ο ασθενής που εγκληματεί μπορεί να πιστεύει ότι τον παρακολουθούν, ότι κάποια συνωμοσία εξυφαίνεται εναντίον του, ότι τον επηρεάζουν με τηλεπάθεια, ότι του διοχετεύουν αέρια για να τον δηλητηριάσουν κ.α., πεποιθήσεις που ενισχύονται και επιβεβαιώνονται απο ανάλογου περιεχομένου ακουστικές ή οσφρητικές ψευδαισθήσεις ή απο σωματικά ενοχλήματα, τα οποία αποδίδει σε δηλητήρια που του διοχετεύουν. Η ανωτέρω συμπτωματολογία μπορεί να οδηγήσει σε εγκληματική πράξη, αν και τόσο το διωκτικό παραλήρημα όσο και οι ψευδαισθήσεις δεν έχουν προβλεπτική αξία (Κοτσαλής, Λ. 2004).

Οι προσπάθειες των ψυχιάτρων να μειώσουν τον στιγματισμό των ατόμων με σχιζοφρένεια θα πρέπει ταυτόχρονα να λαμβάνουν υπόψη τα επιστημονικά δεδομένα, τα οποία σαφώς ομιλούν για συσχέτιση μεταξύ της σχιζοφρένειας και της βίαιης συμπεριφοράς. Η συσχέτιση αυτή δεν είναι μόνο στατιστική αλλά κλινικά και κοινωνικά σημαντική. Πώς όμως τεκμηριώνεται η παραπάνω άποψη και ποια είναι τα ειδικά χαρακτηριστικά της μικρής αυτής υπο-ομάδας των ατόμων με σχιζοφρένεια που ευθύνονται για το μεγαλύτερο ποσοστό της βίας που σχετίζεται με αυτή την ασθένεια; Από 4 μελέτες στις φυλακές χωρών του Δυτικού κόσμου συνάγεται ότι 5 – 10 από αυτούς που πρόκειται να οδηγηθούν στο δικαστήριο με την κατηγορία του φόνου, θα έχουν σχιζοφρενική διαταραχή. Επίσης, 9% από αυτούς που κρίθηκαν ένοχοι μη θανατηφόρου βίας ήταν άτομα με σχιζοφρένεια. Μελέτες παρακολούθησης μεγάλου αριθμού σχιζοφρενών επιβεβαιώνουν υψηλά ποσοστά καταδικασθέντων σχιζοφρενών για βίαιη συμπεριφορά (Δουζένης, Α., Λύκουρας, Λ. 2011).

Η σύνδεση αυτή του εγκλήματος με την ψυχική ασθένεια σε συνδυασμό με την αποδοχή της θέσης περί αυξημένης πιθανότητας για διάπραξη εγκλήματος από τον ψυχικά ασθενή σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό σηματοδότησε την ταύτιση της ψυχικής ασθένειας με την επικινδυνότητα. Η ερευνητική διαπίστωση της τέλεσης σοβαρών εγκλημάτων βίας, ιδίως ανθρωποκτονιών από ψυχικά ασθενείς, σε υψηλά ποσοστά συγκριτικά με τον υπόλοιπο πληθυσμό, επιβεβαίωσε και στήριξε την άποψη ότι η επικινδυνότητα οφείλεται σε ψυχική νόσο.

Ο λόγος που οδήγησε στην υιοθέτηση της παραπάνω θέσης, οφείλεται στη εντύπωση που προκαλεί στο κοινωνικό σύνολο το έγκλημα που διαπράττει ο ψυχικά ασθενής: πράξη απρόβλεπτη, αναίτια και ακατανόητη.

Η θέση αυτή των Ιταλών θετικιστών για τη σύνδεση της επικινδυνότητας με την ψυχική ασθένεια, ορμώμενη από την τάση για καταλληλότερη μεταχείριση των εγκληματιών, ως μέσο αντιεγκληματικής πολιτικής, έγινε αποδεκτή στο διεθνή και στον ελληνικό χώρο, οδηγώντας παράλληλα και σε νομοθετική αντιμετώπιση του θέματος. Υιοθετήθηκε από την κοινή γνώμη το στερεότυπο του επικίνδυνου ψυχικά ασθενή, με αποτέλεσμα να επικρατήσει στη συνείδηση του κοινού, μια αρνητική και στιγματική στάση, στο βαθμό που θεωρεί ότι απειλείται από τον ψυχικά ασθενή (Κοσμάτος, Κ. 1998).

Η λανθασμένη αυτή συσχέτιση είχε σημαντική συνεισφορά στο στιγματισμό των ψυχικών διαταραχών και ιδιαίτερα της σχιζοφρένειας (Δουζένης, Α. 2008).

Απέναντι σ'αυτή την τάση για ταύτιση της επικινδυνότητας με την ψυχική ασθένεια υπήρξαν και αντίθετες απόψεις, οι οποίες είτε στηριζόμενες σε άλλες έρευνες, είτε ανασκευάζοντας και προσθέτοντας νέα δεδομένα και παραμέτρους στις έρευνες που είχαν πραγματοποιηθεί, αρνήθηκαν την αιτιώδη σχέση ψυχικής ασθένειας και επικινδυνότητας.

Τα επιχειρήματα που προβλήθηκαν για να αντικρούσουν την επικινδυνότητα των ψυχικά ασθενών ήταν τα ακόλουθα:

α) Το γεγονός ότι από το σύνολο των διαπραχθέντων εγκλημάτων υπάρχει ένα ποσοστό που δεν αποκαλύπτονται ή δεν καταγγέλλονται, τα οποία συνθέτουν το τμήμα της αφανούς εγκληματικότητας. Απο το παραπάνω ποσοστό των δραστών που συλλαμβάνονται έχει διαπιστωθεί ερευνητικά ότι λόγω της αδεξιότητας, απροσεξίας κατά την τέλεση της πράξης και της μη προσπάθειας να προφυλαχθούν και να αποφύγουν τη σύλληψη, οι ψυχικά ασθενείς έχουν αυξημένες πιθανότητες να συλληφθούν σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό.

β) όταν ο χαρακτηρισμός ενός ατόμου ως ψυχικά ασθενούς οδηγεί de facto στην επικινδυνότητα, δεν ερευνώνται τα αίτια που τον οδήγησαν στην τέλεση της αξιόποινης πράξης, εάν π.χ. η πράξη αποτελεί το αποτέλεσμα πιεστικών και απειλητικών για αυτών συνθηκών (Κοσμάτος, Κ. 1998).

Τα όρια ανάμεσα στο έγκλημα του ψυχικά διαταραγμένου παραβάτη και αυτό του μη ψυχικά πάσχοντος φαίνεται πως είναι ασαφή και ακαθόριστα,

καθώς η ψυχική ασθένεια δεν μπορεί να αποτελέσει απο μόνη της αιτία διάπραξης εγκλήματος (Τσαλίκου, Φ. 2007).

Καταλογισμός είναι η κρίση, ότι κάποιο άτομο έχει υποκειμενική ευθύνη για την άδικη πράξη που πραγματοποίησε. Ο καταλογισμός, δηλαδή, εκφράζει την ενέργεια του κρίνοντος προσώπου αλλά και το αποτέλεσμα της, δηλαδή, τη μομφή (Παρασκευόπουλος, Ν. 1987).

Ένας άλλος όρος που πρέπει να διευκρινισθεί για τις ανάγκες αυτής της εργασίας είναι ο όρος έγκλημα. Σύμφωνα με το άρθρο 14 του ποινικού κώδικα, έγκλημα είναι "πράξη άδικη και καταλογιστή στο δράστη της και η οποία τιμωρείται από το νόμο".

Σύμφωνα με τον Δουζένη (2008) η ψύχωση έχει χαμηλή συσχέτιση με την επιθετική συμπεριφορά αν και η συμμετοχή της στην αύξηση της επικινδυνότητας για ορισμένα άτομα είναι αδιαμφισβήτητη. Τα στοιχεία που αυξάνουν την επικινδυνότητα σε έναν ασθενή με σχιζοφρένεια αφορούν κατά κύριο λόγο το άρρεν φύλο, προηγούμενο ιστορικό βίας, νεαρή ηλικία κατάχρηση ουσιών κτλ. Τα στοιχεία αυτά είναι που καθορίζουν αν ένα άτομο είναι δυνητικά επικίνδυνο και κατά δεύτερο λόγο έχει σημασία η παρούσα ψυχική κατάσταση. Τα αμιγώς ψυχιατρικά λοιπόν δεδομένα έχουν μικρότερη σημασία και αυτά είναι: η οξεία φάση της ψύχωσης ή της ψυχωσικής υποτροπής, η παρουσία παρανοϊκού παραληρήματος.

Στην περίπτωση της ψυχωσικής υποτροπής, ο πιο συνηθισμένος λόγος εμφάνισης της είναι η διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής. Συνήθως οι ασθενείς που υποτροπιάζουν είναι αυτοί που δεν αποδέχονται τη θεραπεία και ενδέχεται όταν πιεστούν να τη λάβουν να γίνουν πιο επιθετικοί και βίαιοι από αυτούς που λαμβάνουν αντιψυχωσική αγωγή. Υπάρχουν αναφορές όπου ο σχιζοφρενικός ασθενής επικαλείται ως λόγο που τον ώθησε να σκοτώσει, την πίεση από τους οικείους του λήψης της φαρμακευτικής αγωγής, κάτι το οποίο είχε συμπεριλάβει μέσα στο παραλήρημά του, ως πράξη εναντίον του. Μεγάλη σημασία λοιπόν έχει η αποδοχή της φαρμακευτικής αγωγής ή όχι από τον ασθενή. Επίσης σημαντικό ρόλο σε δεύτερο επίπεδο παίζει και ο χρόνος που έχει περάσει από τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής.

Δεν υπάρχουν πολλές έρευνες πάνω στο συγκεκριμένο θέμα και αυτές που υπάρχουν παρουσιάζουν αρκετά μεθοδολογικά προβλήματα (ιδίως αναφορικά με τον τρόπο επιλογής μαρτύρων). Τα αποτελέσματά τους όμως καταδεικνύουν ότι όσο περισσότερος χρόνος έχει παρέλθει από τη διακοπή της

αντιψυχωσικής θεραπείας, τόσο περισσότερες είναι οι πιθανότητες ο ασθενής αυτός να γίνει επικίνδυνος για τους άλλους, αλλά και για τον ίδιο του τον εαυτό. Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο και με την ψυχιατρική εμπειρία σύμφωνα με την οποία, οι βαρύτερες υποτροπές, σχετίζονται με μεγαλύτερο χρόνο διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής, αλλά και από το ότι βαρύτερες υποτροπές συνεπάγονται πιο αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και κατά συνέπεια αυξημένες πιθανότητες απαράδεκτης συμπεριφοράς.

Είναι γνωστό πως συχνά ο χρόνος κράτησης ενός ασθενή που έχει διαπράξει κάποιο αδίκημα παρατείνεται, με αποτέλεσμα όταν πια αφεθεί ελεύθερος να είναι αρκετά μεγαλύτερης ηλικίας, με μειωμένη δύναμη και ικανότητα να βλάψει κάποιον σωματικά. Ο ιδρυματισμός που υφίστανται οι χρόνιοι ψυχικά ασθενείς, προκαλεί μεγαλύτερη υπακοή σε κανόνες και μικρότερη διάθεση στη λήψη πρωτοβουλιών (Walker, N. 1990).

Ο ψυχιατρικός εγκλεισμός από όποιο νομικό καθεστώς και αν επιβάλλεται θα πρέπει να έχει ως πρωταρχικό στόχο την θεραπευτική αντιμετώπιση του ψυχικά ασθενή. Η θεραπευτική αντιμετώπιση πρέπει να έχει ως βασική προϋπόθεση την συγκατάθεση του στην παρεχόμενη θεραπεία και ως όριο της το σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και της προσωπικότητας του (Κοσμάτος, Κ. 2002).

Από τα αμιγώς ψυχιατρικά συμπτώματα το μόνο σύμπτωμα που έχει ασθενή μεν αλλά υπαρκτή συσχέτιση με την επιθετική συμπεριφορά, είναι οι «διατακτικές» ακουστικές ψευδαισθήσεις, οι ψευδαισθήσεις δηλαδή που διατάζουν τον ασθενή να συμπεριφέρεται βίαια. Κανένα άλλο λοιπόν ψυχιατρικό σύμπτωμα, σύμφωνα με τα μέχρι τώρα επιστημονικά δεδομένα, δεν συνεισφέρει στην αύξηση της επικινδυνότητας (Δουζένης, Α. 2008).

Υπάρχουν όμως περιπτώσεις ψυχικά ασθενών όπου σύμπτωμα ή χαρακτηριστικό τους σε περίοδο υποτροπής της νόσου αποτελεί η επιθετικότητα ή η βιαιότητα προς άλλους, αλλά και προς τον ίδιο τους τον εαυτό. Τέτοιοι κυρίως ασθενείς είναι αυτοί που βρίσκονται υπό το καθεστώς του άρθρου 69 του Π.Κ και της χρήσης του, όπως ίσχυε πριν την ψήφιση του νόμου 4509/2017, ως μέτρο ασφαλείας και εγκλεισμού, σε ψυχιατρικό νοσοκομείο.

Για την εφαρμογή του άρθρου 69 Π.Κ και την επιβολή του μέτρου ασφαλείας απαιτείται ψυχική ασθένεια και κρίση για επικινδυνότητα. Θα πρέπει δηλαδή η ψυχική ασθένεια να αποτελεί προϋπόθεση επικινδυνότητας. Η επιβολή του μέτρου ασφαλείας και η υποχρεωτική θεραπεία της ασθένειας

μπορεί να δικαιολογηθεί μόνο αν η ψυχική νόσος αποτελεί το γεγονός που κάνει το δράστη επικίνδυνο. Συμπερασματικά, θα καταλήγαμε στη θέση ότι όσο η εξίσωση ψυχική ασθένεια και επικινδυνότητα δεν είναι αληθής, άλλο τόσο δεν θα πρέπει να αποκλειστεί το γεγονός ότι μία ασθένεια, αν συντρέχουν συγκεκριμένες και εμπειρικές προϋποθέσεις μπορεί να αποτελέσει ένδειξη για επικινδυνότητα του ψυχικά ασθενούς (Κοσμάτος, Κ. 1998).

Κεφάλαιο τέταρτο

Νομικό πλαίσιο που σχετίζεται με τους ακαταλόγιστους ψυχικά ασθενείς

4.1 Νόμος 4509/2017

Μέτρα θεραπείας ατόμων που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής

4.1.1 Γενικά

Με το Νόμο 4509/2017, γίνεται μια προσπάθεια μεταρρύθμισης του θεσμικού πλαισίου, σχετικά με την αντιμετώπιση των ατόμων που απαλλάσσονται από την ποινή, λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής.

Απο τον μακροχρόνιο εγκλεισμό στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, για αόριστο χρονικό διάστημα, προτείνονται για εφαρμογή συγκεκριμένα μέτρα θεραπείας και κοινωνικής επανένταξης και ορίζεται διάρκεια του θεραπευτικού μέτρου. Τίθεται πλέον ανώτατο χρονικό όριο για τη εφαρμογή του θεραπευτικού μέτρου, το οποίο δεν μπορεί να υπερβαίνει τα δύο έτη για τα πλημμελήματα και τα πέντε έτη για τα κακουργήματα. Δίνεται έμφαση στο δικαίωμα στη θεραπεία του ψυχικά πάσχοντα και όχι στην παραδοσιακή αντίληψη της φύλαξης και της ασφάλειας.

Ο όρος «φύλαξη σε δημόσιο θεραπευτικό κατάστημα» που προβλεπόταν, έχει αντικατασταθεί με την καταγραφή περισσότερων «κατάλληλων» θεραπευτικών μέτρων, μεταξύ των οποίων μπορεί να επιλέξει το δικαστήριο εκείνο που είναι το πλέον κατάλληλο για το συγκεκριμένο άτομο, ύστερα από εισήγηση των αρμόδιων ιατρών.

4.1.2 Κατάλληλα θεραπευτικά μέτρα

(α) η νοσηλεία σε ειδικό τμήμα δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου,

(β) η νοσηλεία σε ψυχιατρικό τμήμα δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου και

(γ) η υποχρεωτική θεραπεία και ψυχιατρική παρακολούθηση κατά τακτά χρονικά διαστήματα σε κατάλληλη εξωνοσοκομειακή Μονάδα Ψυχικής Υγείας ή εξωτερικά ιατρεία δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου.

Οι προϋποθέσεις επιβολής του μέτρου βεβαιώνονται με μία τουλάχιστον πραγματογνωμοσύνη που διενεργείται αμέσως μετά τη σύλληψη και με άλλη μία τουλάχιστον πραγματογνωμοσύνη που διενεργείται όσο το δυνατό πλησιέστερα προς τη δικάσιμο, με μέριμνα του εισαγγελέα του δικαστηρίου στο οποίο εισάγεται προς εκδίκαση η υπόθεση. Οι πραγματογνωμοσύνες διενεργούνται από πραγματογνώμονα που επιλέγεται, κατά προτίμηση, από τον κατάλογο που τηρείται στο οικείο Πρωτοδικείο. Στις πραγματογνωμοσύνες προτείνεται και το τυχόν κατάλληλο μέτρο θεραπείας.».

Το δικαστήριο καλείται να αξιολογήσει και να εκτιμήσει ως αποδεικτικό μέσω την πραγματογνωμοσύνη. Ο ποινικός δικαστής δεν μπορεί να γίνει ψυχίατρος, αλλά ούτε ο ψυχίατρος δικαστής. Ο ψυχίατρος καλείται να βοηθήσει το δικαστήριο και αναλαμβάνει το ρόλο του ψυχιάτρου πραγματογνώμονα, πρόκειται για το «βοηθό» του δικαστή, που με την ειδημοσύνη του, επικουρεί στη σωστή εκτίμηση του πραγματικού υλικού. Ο πραγματογνώμονας, καλείται να φωτίσει το δικαστήριο με τις γνώσεις του, για την ύπαρξη ή όχι ψυχικής διαταραχής και κατά πόσο συνεπάγεται ανικανότητα ή μειωμένη ικανότητα για καταλογισμό. Ο πραγματογνώμονας ορίζεται από το δικαστήριο και η εντολή εκτέλεσης πραγματογνωμοσύνης είναι υποχρεωτική. Επιλέγεται από ειδικό κατάλογο πραγματογνωμόνων του Υπουργείου Δικαιοσύνης, και καλείται εγγράφως να συντάξει εντός ορισμένου χρόνου και να απαντήσει στα ερωτήματα που του έχουν τεθεί (Δουζένης, Α. 2008,).

Η αξιολόγηση της ικανότητας για καταλογισμό αποτελεί νομικό ζήτημα, αφού το εύρημα που έχει διαπιστωθεί με την επικουρική συνεργασία του ψυχιάτρου – πραγματογνώμονα σε σχέση με την ψυχική κατάσταση του δράστη, θα πρέπει να υπαχθεί στο νόμο. Αποκλειστικά και μόνο ο δικαστής έχει την υποχρέωση να αποφανθεί, να εξαγάγει απο τα διαπιστωμένα γεγονότα το συμπέρασμα, εάν ο δράστης θα πρέπει να θεωρηθεί ως ικανός για καταλογισμό (Κοτσαλής, Λ. 2008).

Τα πορίσματα της πραγματογνωμοσύνης αξιολογούνται ελεύθερα απο το δικαστήριο. Κατά την αρχή της ηθικής αποδείξεως που καθιερώνονται απο το άρθρο 177 του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας η γνωμοδότηση των πραγματογνωμόνων δεν δεσμεύει τον ποινικό δικαστή, ο οποίος μόνο όταν δεν αποδέχεται τα προκύψαντα απο αυτή συμπεράσματα πρέπει να αιτιολογεί την αντίθετη πεποίθηση του στηριζόμενος σε αποδεδειγμένα πραγματικά

περιστατικά που αποκλείουν εκείνα, τα οποία οι πραγματογνώμονες θέτουν ως της γνωμοδότησεως τους (Κοτσαλής, Λ. 2004).

Στις ΗΠΑ, όπως υπολογίζεται 24.000 - 60.000 κατηγορούμενοι αξιολογούνται κάθε χρόνο αν έχουν δικαιοπρακτική ικανότητα (Poythress, N., et al, 2001).

Διασφαλίζεται πλέον στο νόμο το δικαίωμα να ασκήσει έφεση κατά της απόφασης η οποία τον κηρύσσει αθώο λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής κατά το άρθρο 34 του Ποινικού Κώδικα και επιβάλλει σε αυτόν μέτρο θεραπείας σύμφωνα με το άρθρο 69 του Ποινικού Κώδικα.

Ο ασθενής πριν την ψήφιση του νόμου δεν είχε δικαίωμα να ασκήσει έφεση κατά της απόφασης του δικαστηρίου και να ζητήσει να καταδικαστεί και να εκτίσει την ποινή, που θα του είχε επιβληθεί. Από την οπτική γωνιά του ασθενούς, η έκτιση ποινής φυλακίσεως έχει μια συγκεκριμένη ημέρα αποφυλακίσεως, η οποία μάλιστα με διάφορους τρόπους καλής συμπεριφοράς και ενεργητικής προσφοράς θα μπορούσε να μειωθεί περαιτέρω, ενώ αυτό δεν μπορούσε να συμβεί (Δουζένης, Α., Λύκουρας, Λ. 2014).

Ο θεραπευτικός προσανατολισμός του νόμου διασφαλίζεται με σειρά διατάξεων και με τον καθορισμό βασικών αρχών των θεραπευτικών μέτρων. Η θεραπευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη και να περιλαμβάνει την κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση, όπως φαρμακευτική αγωγή, ψυχολογική υποστήριξη ή ψυχοθεραπεία του ίδιου και της οικογένειάς του, εφόσον υπάρχει σχετική συναίνεση, ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, ιδίως εκπαίδευση και επαγγελματική κατάρτιση, ανάπτυξη δεξιοτήτων για αυτόνομη διαβίωση, διαβίωση με την οικογένεια ή διαβίωση σε μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, κυρίως οικοτροφεία, ξενώνες, προστατευμένα διαμερίσματα ή ανάδοχη οικογένεια, απασχόληση σε κοινωνικούς συνεταιρισμούς ή σε άλλους χώρους εργασίας.

4.1.3 Μονάδες εκτέλεσης των μέτρων

Το ειδικό τμήμα που προβλέπεται στην περίπτωση α' της παραγράφου 3 του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα αποτελεί τμήμα δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου, με μικρό αριθμό κλινών και διαθέτει κατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή και εξοπλισμό για την εξυπηρέτηση των αναγκών των ατόμων που νοσηλεύονται. Παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες αυξημένης

φροντίδας και ασφάλειας, για τις οποίες προβλέπεται αριθμητικά αυξημένο και κλινικά ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό.

Το ψυχιατρικό τμήμα που προβλέπεται στην περίπτωση β' της παραγράφου 3 του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα, αποτελεί τμήμα δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου και παρέχει υπηρεσίες ψυχικής υγείας ανάλογες προς τις προσφερόμενες στους ακούσια νοσηλευόμενους ψυχικά ασθενείς.

Η εξωνοσοκομειακή Μονάδα Ψυχικής Υγείας που προβλέπεται στην περίπτωση γ' της παραγράφου 3 του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα περιλαμβάνει:

(α) τα δημόσια Κέντρα Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 του ν. 2716/1999 (Α' 96), τα οποία παρέχουν υπηρεσίες θεραπείας και παρακολούθησης ατόμων που χρειάζονται ψυχιατρική φροντίδα και

(β) τις δημόσιες κινητές μονάδες ψυχικής υγείας, που παρέχουν υπηρεσίες θεραπείας ή ειδικής φροντίδας στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας ή και κατ' οίκον σε άτομα που διαβιούν σε απομακρυσμένες περιοχές και είτε δεν έχουν εύκολη πρόσβαση σε εξωτερικό ιατρείο δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου ή Κέντρου Ψυχικής Υγείας είτε δεν υπάρχουν υπηρεσίες στον τομέα ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τα άρθρα 7 και 11 παρ. 1 του ν. 2716/1999.

Το εξωτερικό ιατρείο που προβλέπεται στην περίπτωση γ' της παραγράφου 3 του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα αποτελεί τμήμα δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου που παρέχει υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε εξωτερικούς ασθενείς.

4.1.4 Συνθήκες και διαδικασίες νοσηλείας

Η μονάδα, αμέσως μετά την εισαγωγή, παραδίδει στον θεραπευόμενο, σε γλώσσα που κατανοεί, έντυπο με κατάλογο των βασικών του δικαιωμάτων, όπως προσδιορίζονται στον Ποινικό Κώδικα, τον Κώδικα Ποινικής Δικονομίας, τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, τον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας, το Σωφρονιστικό Κώδικα και τα πρωτόκολλα ψυχιατρικής φροντίδας.

Για την έναρξη της υποχρεωτικής θεραπείας και παρακολούθησης σε τακτά χρονικά διαστήματα σε εξωνοσοκομειακή Μονάδα Ψυχικής Υγείας ή σε εξωτερικό ιατρείο δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου (άρθρο 69

παράγραφος 3 περίπτωση γ` του Ποινικού Κώδικα) εφαρμόζονται αναλόγως οι παράγραφοι 1 και 2 του άρθρου 13.

Οι συνθήκες νοσηλείας πρέπει να εξυπηρετούν τις ανάγκες της θεραπείας. Τα αναγκαία περιοριστικά μέτρα δεν επιτρέπεται να αποκλείουν απαραίτητα για τη θεραπεία μέσα, όπως οι άδειες, οι οργανωμένες έξοδοι ή η διαμονή σε εποπτευόμενους εξωτερικούς χώρους, εφόσον δεν τίθεται σε κίνδυνο η ζωή ή η σωματική ακεραιότητα άλλων ή και του ίδιου του θεραπευομένου.

Τη χορήγηση άδειας αποφασίζει ο (Επιστημονικός) Διευθυντής της μονάδας όπου εκτελείται το μέτρο, ύστερα από εισήγηση του θεράποντος ψυχιάτρου. Η χορήγηση της άδειας υπογράφεται από αυτόν και τον Διοικητή της μονάδας και τίθεται υπόψη του αρμόδιου εισαγγελέα. Ο θεραπευόμενος δηλώνει την ακριβή διεύθυνση διαμονής του και η κοινωνική υπηρεσία εξετάζει αν είναι εξασφαλισμένη η διαβίωσή του κατά τη διάρκεια της άδειας. Η άδεια μπορεί να εξαρτηθεί και από τον όρο ότι κατά την έξοδό του από το τμήμα και την επιστροφή του θα συνοδεύεται από συγγενικό του πρόσωπο ή τον δικαστικό συμπαραστάτη του.

Σε περίπτωση παραβίασης της άδειας ή φυγής ενημερώνονται αμέσως οι αστυνομικές αρχές και ο αρμόδιος εισαγγελέας. Ο θεραπευόμενος δεν θεωρείται κρατούμενος σύμφωνα με την έννοια των άρθρων 172 και 173 του Ποινικού Κώδικα.

Τα ειδικά τμήματα που προβλέπονται στελεχώνονται από διεπιστημονική θεραπευτική ομάδα που αποτελείται από ψυχιάτρους, νοσηλευτές, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, εργοθεραπευτές, επισκέπτες υγείας και άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι διαθέτουν ειδικές γνώσεις και εμπειρία για την εκπλήρωση των καθηκόντων τους.

Το διοικητικό προσωπικό και το προσωπικό φύλαξης που υπηρετεί στα τμήματα του παρόντος άρθρου, λαμβάνει κατάλληλη εκπαίδευση σχετικά με το περιεχόμενο των υποχρεώσεών του και τον τρόπο άσκησης των καθηκόντων του πριν από την ανάληψη των καθηκόντων αυτών.

4.1.5. Αυξημένα μέτρα φροντίδας και ασφάλειας

Μέσα αυξημένης ψυχιατρικής φροντίδας και ασφάλειας, όπως η προστατευτική απομόνωση και ο σωματικός περιορισμός, μπορούν να ληφθούν

μόνο για όσους εκδηλώνουν αυτοκαταστροφική ή βίαιη συμπεριφορά, εναντίον του προσωπικού ή τρίτων, αποφασίζονται και εφαρμόζονται, σύμφωνα με τις ψυχιατρικές οδηγίες και τις κατευθυντήριες αρχές της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την πρόληψη των βασανιστηρίων και της απάνθρωπης ή ταπεινωτικής μεταχείρισης ή τιμωρίας (CPT) και της Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, αφού προηγηθούν και αποτύχουν τεχνικές αποκλιμάκωσης της βίαιης συμπεριφοράς.

Απαγορεύεται απολύτως η λήψη μέσων, όπως η στείρωση, λοβοτομή και άλλες ανάλογες επεμβάσεις ή θεραπείες οι οποίες προξενούν μη αναστρέψιμες καταστάσεις στην υγεία του ατόμου.

Στις Εισαγγελίες Πρωτοδικών Αθηνών και Θεσσαλονίκης, καθώς και στις Εισαγγελίες στην περιφέρεια των οποίων λειτουργεί ειδικό τμήμα δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου ή ψυχιατρικό τμήμα τέτοιου νοσοκομείου ή στις οποίες εκτελούνται τα μέτρα της περίπτωσης γ' της παραγράφου 3 του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα, στην αρχή κάθε δικαστικού έτους, με απόφαση του διευθύνοντος την Εισαγγελία, ορίζεται ένας Εισαγγελέας ή Αντεισαγγελέας Πρωτοδικών με τον αναπληρωτή του, ως αρμόδιος:

α) για την εκτέλεση των δικαστικών αποφάσεων που επιβάλλουν μέτρο των άρθρων 69 και 70Α του Ποινικού Κώδικα,

β) για την εποπτεία της λειτουργίας του ειδικού τμήματος του δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου και

γ) για το συντονισμό και τη συνεργασία της Εισαγγελίας με τη Διεύθυνση της μονάδας όπου εκτελείται το μέτρο που προβλέπεται στα άρθρα 69 και 70Α του Ποινικού Κώδικα αναφορικά με τον αυτεπάγγελτο δικαστικό έλεγχο της διάρκειας του μέτρου (ανά έτος εξακολούθηση, παράταση του μέγιστου χρόνου διάρκειας) και την εισαγωγή στο Τριμελές Πλημμελειοδικείο των αιτήσεων για άρση ή αντικατάστασή του.

Ο εισαγγελικός λειτουργός επισκέπτεται τουλάχιστον μία (1) φορά το μήνα τη Μονάδα για να διαπιστώσει τη νόμιμη εκτέλεση του επιβληθέντος μέτρου, να ενημερωθεί από το προσωπικό, να συνεργασθεί με τον επιστημονικά υπεύθυνο ιατρό και να δεχθεί σε ακρόαση τα ενδιαφερόμενα πρόσωπα.

Κατά την άσκηση των καθηκόντων του, ο εισαγγελέας μπορεί να ζητήσει τη διατύπωση γνώμης του Επιστημονικού Συμβουλίου της μονάδας όπου εκτελείται το μέτρο, σχετικά με την εφαρμοζόμενη θεραπευτική αγωγή και ιδίως

σχετικά με την αναγκαιότητα μέσω αυξημένης ψυχιατρικής φροντίδας και ασφάλειας.

Μέχρι την έκδοση του προεδρικού διατάγματος του άρθρου 17 του παρόντος νόμου, ως ειδικό τμήμα δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου ή ψυχιατρικό τμήμα δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου νοείται το ανήκον στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δαφνί», το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δρομοκαΐτειο» και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.

4.2 Νόμος 4619/2019 (ΦΕΚ 95/Α/11-6-2019) Κύρωση του Ποινικού Κώδικα

Με την ψήφιση του νόμου 4619/2019 έχουμε την εναρμόνιση των διατάξεων του Ποινικού Κώδικα που αφορούν τους ακαταλόγιστους ψυχικά πάσχοντες, με τις διατάξεις του νόμου 4509/2017, που αφορά τα Μέτρα Θεραπείας ατόμων, που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής.

Κεφάλαιο Πέμπτο

5.1 Κλίμακα θετικού και αρνητικού συνδρόμου στη σχιζοφρένεια

Η κλίμακα μέτρησης της ψυχοπαθολογίας PANSS είναι η συνηθέστερα χρησιμοποιούμενη κλίμακα στις κλινικές μελέτες με ψυχωτικούς ασθενείς και αποτελεί σημαντικό εργαλείο αξιολόγησης της ψυχικής κατάστασης. Οι πληροφορίες λαμβάνονται από τον ασθενή και από το προσωπικό της κλινικής στο οποίο νοσηλεύεται.

Η Δομημένη Κλινική Συνέντευξη για τη βαθμολόγηση της PANSS (SCI-PANSS) εξασφαλίζει υψηλή αξιοπιστία της βαθμολόγησης από διαφορετικούς κλινικούς εκτιμητές, προσφέρει ιεραρχική οργάνωση των παραμέτρων για την αρχική εκτίμηση της παρουσίας ή της απουσίας του συμπτώματος και στη συνέχεια παρέχει τη δυνατότητα αξιολόγησης της βαρύτητας του αντίστοιχου συμπτώματος.

Η Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου στη Σχιζοφρένεια (Positive and Negative Syndrome Scale - PANSS) αναπτύχθηκε από τους Kay και συν. (1987) και προσαρμόστηκε για τον Ελληνικό πληθυσμό από τους Λύκουρα και συν. (1997).

Αποτελεί μια επταβάθμια κλίμακα (1=δεν υπάρχει, 7=ακραία σοβαρότητα) μέτρησης 30 στοιχείων σχιζοφρενικής συμπτωματολογίας, τα οποία ομαδοποιούνται σε υποκλίμακες θετικών, αρνητικών και γενικής ψυχοπαθολογίας συμπτωμάτων, καθώς και σε πέντε συμπτωματολογικές συναθροίσεις (ανέργεια, διαταραχή σκέψης, ενεργοποίηση, παρανοϊκότητα /επιθετικότητα, κατάθλιψη) (Kay et al., 1987).

Τα 30, συνολικά, λήμματα της PANSS προέρχονται από 18 λήμματα της BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) και 12 της PRS (Psychopathology Rating Schedule). Ειδικότερα περιλαμβάνει 7 θετικά (παραληρητικές ιδέες, εννοιολογική αποδιοργάνωση, ψευδαισθητική συμπεριφορά, διέγερση, ιδέες μεγαλείου, καχυποψία/δίωξη, εχθρικότητα), 7 αρνητικά (αμβλύ συναίσθημα, συναισθηματική απόσυρση, δυσκολία στην αφηρημένη σκέψη, έλλειψη αυθορμητισμού και ομαλής ροής της συζήτησης, στερεοτυπική σκέψη) και 16 στοιχεία γενικής ψυχοπαθολογίας (σωματική ενασχόληση, άγχος, αισθήματα ενοχής, αίσθημα τάσης, μανιερισμοί και αλλόκοτες στάσεις του σώματος, κατάθλιψη, κινητική επιβράδυνση, έλλειψη συνεργασίας, ασυνήθιστο περιεχόμενο σκέψης, αποπροσανατολισμός, κακή προσοχή, έλλειψη κρίσης και

ευαισθησίας, διαταραχή της βούλησης, κακός έλεγχος ενορμήσεων, ψυχική απορρόφηση, ενεργητική κοινωνική αποφυγή) (Sajatovic, M., et al, 2001).

Είναι ένα από τα βασικά εργαλεία εκτίμησης της πορείας της σχιζοφρενικής διαταραχής με υψηλή αξιοπιστία και ισότιμη κάλυψη θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων. Μάλιστα η αξιοπιστία της ελληνικής έκδοσης της PANSS υπερέχει συγκριτικά έναντι εκείνων σε άλλες χώρες όπως η σουηδική, η ισπανική και η πρωτότυπη αμερικάνικη (Λύκουρας κ.α., 1997) όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 1.

Μέσες τιμές του συντελεστή Cronbach's alpha για την PANSS συνολικά και τις υποκλίμακες (Πίνακας 1).

	Ελληνική	Von Knorring & Lindstroem, 1992	Paralta Cuesta, 1994	& Kay, Fiszbein & Opler, 1987
Θετική κλίμακα	0,72	0,58	0,62	0,73
Αρνητική κλίμακα	0,88	0,81	0,92	0,83
Κλίμακα Γενικής Ψυχοπαθολογίας	0,81	0,63	0,55	0,79
Συνολική PANSS	0,89	—	—	—

Πηγή: Λύκουρας, Ε., Μπότσης, Α., & Ουλής, Π. Η. (1997). *Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου (PANSS)*. Αθήνα: Εκδόσεις Τσιβεριώτης.

Όσον αφορά στη βαθμολόγηση, αυτή βασίζεται σε πληροφορίες αναφορικά με την ψυχοπαθολογική κατάσταση των ασθενών κατά τη χρονική διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας που προηγείται της κλινικής συνέντευξης. Οι πηγές άντλησης των πληροφοριών δεν περιορίζονται μόνο στα δεδομένα που συλλέγονται κατά τη διάρκεια της κλινικής συνέντευξης αλλά συμπεριλαμβάνουν αναφορές από το προσωπικό της εκάστοτε κλινικής, αν ο ασθενής νοσηλεύεται, ή από μέλη της οικογένειάς του. Επίσης, για τη διαμόρφωση ενός ομοιόμορφου και σταθερού πλαισίου εξέτασης των ασθενών γίνεται χρήση της Δομημένης Κλινικής Συνέντευξης για τη βαθμολόγηση της PANSS (Structured Clinical Interview for PANSS – SCI-PANSS) αυξάνοντας έτσι την αξιοπιστία των βαθμολογήσεων των διαφορετικών κλινικών εκτιμήσεων (Lindström et al., 1994; Lykouras et al., 2000).

Το κάθε επιμέρους λήμμα της PANSS επιδέχεται βαθμολογία που κυμαίνεται από 1 – όταν το αντίστοιχο ψυχοπαθολογικό χαρακτηριστικό είναι απών, έως 7 – όταν αυτό επιδεικνύεται στο μέγιστο δυνατό βαθμό βαρύτητας του. Η επιλογή της κατά περίπτωσης αρμόζουσας βαθμίδας βαρύτητας προκύπτει από τη σύγκριση των περιγραφών της κλινικής εικόνας των ασθενών προς τις περιγραφές που περιέχονται στο εγχειρίδιο βαθμολόγησης της PANSS (Sadock & Sadock, 2011).

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές των επινοητών της PANSS συνιστάται η επιλογή της μεγαλύτερης βαθμίδας βαρύτητας που δικαιολογούν οι περιγραφές της κλινικής εικόνας των ασθενών ανεξαρτήτως των παθολογικών στοιχείων που περιγράφουν τη δεδομένη, για κάθε επιμέρους λήμμα, βαθμίδα της κλίμακας. Επίσης, η υπέρσχυση της θετικής ή της αρνητικής συμπτωματολογίας συνάγεται από τη Σύνθετη Κλίμακα, ούσα το αποτέλεσμα της αφαίρεσης της αθροιστικής βαθμολογίας της θετικής από την αντίστοιχη της αρνητικής κλίμακας, κυμαινόμενο από -42 έως +42 (Lindenmayer, J.P., Kay, S.R., & Opler, L.1984; Sadock & Sadock, 2011).

Στους παρακάτω πίνακες (2,3,4,5,6) παρατίθενται οι **πρότυπες ελληνικές τιμές, τόσο για τη συνολική βαθμολογία της PANSS, όσο και για τις υποκλίμακές της**, όπως παρουσιάζονται στην ελληνική προτύπωση της PANSS (Λύκουρας κ.α., 1997).

Πρότυπα διαστήματα τιμών των βαθμολογιών στη Θετική Κλίμακα (Πίνακας 2).

Εκατοστημόριο	Διάστημα τιμών των βαθμολογιών	των	Κατηγορία βαρύτητας	επιπέδου
95° – 100°	32 – 49		πολύ υψηλή	
75° – 94°	25 – 31		υψηλή	
26° – 74°	18 – 24		μέση	
6° – 25°	13 – 17		χαμηλή	
1° – 5°	8 – 13		πολύ χαμηλή	

Πρότυπα διαστήματα τιμών των βαθμολογιών στην Αρνητική Κλίμακα (Πίνακας 3).

Εκατοστημόριο	Διάστημα τιμών των βαθμολογιών	των	Κατηγορία βαρύτητας	επιπέδου
95° – 100°	38 – 49		πολύ υψηλή	

75° – 94°	29 – 37	υψηλή
26° – 74°	19 – 28	μέση
6° – 25°	13 – 18	χαμηλή
1° – 5°	8 – 12	πολύ χαμηλή

Πρότυπα διαστήματα τιμών των βαθμολογιών στη Σύνθετη Κλίμακα (Πίνακας 4).

Εκατοστημόριο	Διάστημα τιμών των βαθμολογιών	Κατηγορία βαρύτητας επιπέδου
95° – 100°	11 – 42	πολύ υψηλή
75° – 94°	3 – 10	υψηλή
26° – 74°	-8 – 2	μέση
6° – 25°	-18 – -9	χαμηλή
1° – 5°	-42 – -19	πολύ χαμηλή

Πρότυπα διαστήματα τιμών των βαθμολογιών στην Κλίμακα Γενικής Ψυχοπαθολογίας (Πίνακας 5).

Εκατοστημόριο	Διάστημα τιμών των βαθμολογιών	Κατηγορία βαρύτητας επιπέδου
95° – 100°	65 – 112	πολύ υψηλή
75° – 94°	49 – 64	υψηλή
26° – 74°	37 – 48	μέση
6° – 25°	29 – 36	χαμηλή
1° – 5°	17 – 28	πολύ χαμηλή

Πρότυπα διαστήματα τιμών της συνολικής βαθμολογίας στην κλίμακα PANSS (Πίνακας 6).

Εκατοστημόριο	Διάστημα τιμών των βαθμολογιών	Κατηγορία βαρύτητας επιπέδου
95° – 100°	127 – 210	πολύ υψηλή
75° – 94°	101 – 126	υψηλή
26° – 74°	76 – 100	μέση
6° – 25°	57 – 75	χαμηλή
1° – 5°	31 – 56	πολύ χαμηλή

5.2 Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής

Η έννοια της Ποιότητας Ζωής είναι ευμετάβλητη, πολυδιάστατη και υποκειμενική, με αποτέλεσμα να καθιστούν τον ορισμό και την μέτρηση της σε μια κοινωνία, ανεπαρκής.

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής έχει περιγράφει ως μια αποκλειστικά προσωπική αντίληψη, καθώς αντιπροσωπεύει τον τρόπο με τον οποίο τα ίδια τα άτομα αντιλαμβάνονται την κατάσταση της υγείας τους, προσλαμβάνοντας φυσικές, συναισθηματικές και άλλες διαστάσεις (Fayers & Machin, 2000).

Το ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής WHOQOL-100 αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας στα πλαίσια μιας μελέτης με διαπολιτισμικό χαρακτήρα, στην οποία έχουν συμμετάσχει από το 1990 μέχρι το 2009 περισσότερες από 50 χώρες, με στόχο την προώθηση της έννοιας της ποιότητας ζωής και τη δημιουργία ενός διαπολιτισμικού συστήματος αξιολόγησης (Ginieri-Coccossis et al, 2009).

Το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF αποτελεί τη σύντομη μορφή του WHOQOL-100 και αποτελείται από 26 ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF περιλαμβάνει τέσσερις ενότητες που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής:

- 1) Σωματική Υγεία,
- 2) Ψυχολογική Υγεία,
- 3) Κοινωνικές Σχέσεις και
- 4) Περιβάλλον.

Περιλαμβάνει επίσης δυο ερωτήσεις που αναφέρονται στη συνολική εκτίμηση της ποιότητας ζωής και στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει μια ερώτηση από καθένα από τα 25 θέματα της ποιότητας ζωής που περιλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο WHOQOL-100.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γίνεται με τη χρήση των ίδιων κλιμάκων Likert πεντάβαθμης επιλογής που υπάρχουν και στο ερωτηματολόγιο WHOQOL-100.

Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη καλύτερης ποιότητας ζωής (Skevington, Sartorius, Amir, 2004a).

Η ελληνική έκδοχή των ερωτηματολογίων WHOQOL-100 και της σύντομης μορφής WHOQOL-BREF, αναπτύχθηκε από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο και περιλαμβάνει τις 26 ερωτήσεις του αγγλικού πρωτοτύπου και 4 επιπλέον ερωτήσεις, που έχουν προκύψει από την προσαρμογή του ερωτηματολογίου (με ομάδες εστιασμένης συζήτησης) στα ελληνικά πολιτισμικά δεδομένα. Η υψηλότερη βαθμολογία αποτελεί ένδειξη καλύτερης ποιότητας ζωής. Οι τέσσερις θεματικές ενότητες και οι αντίστοιχες ερωτήσεις εξετάζουν: (α) τη σωματική υγεία, (β) την ψυχική υγεία, (γ) τις κοινωνικές σχέσεις και (δ) το περιβάλλον. Διαθέτει ικανοποιητικά επίπεδα εγκυρότητας (συγκλίνουσα, διακριτική), αξιοπιστίας εσωτερικής δομής και επαναληπτικών μετρήσεων, καθώς και υψηλό βαθμό κλινικής ευαισθησίας (Ginieri-Coccossis et al, 2012).

Η ολοκλήρωση της διαδικασίας της πολιτισμικής εναρμόνισης του ερωτηματολογίου WHOQOL ανέδειξε τέσσερα νέα θέματα με αντίστοιχες ερωτήσεις, τα οποία ενσωματώθηκαν στην ελληνική μορφή.

Τα θέματα αυτά είναι

- α) Διατροφή,
- β) Ικανοποίηση από την εργασία,
- γ) Κοινωνική ζωή και
- δ) Οικογενειακή-Οικιακή ζωή.

Σύμφωνα με την προκαταρκτική στατιστική ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν από τη χορήγηση του ερωτηματολογίου σε σχετικό δείγμα, με στόχο τον έλεγχο των ψυχομετρικών ιδιοτήτων, προτάθηκε η ενσωμάτωση των νέων θεμάτων ως εξής:

- α) το θέμα «Διατροφή» εντάσσεται στην ενότητα I: Σωματική Υγεία,
- β) το θέμα «Ικανοποίηση από την εργασία» στην ενότητα III: Επίπεδο Ανεξαρτησίας και
- γ) τα θέματα «Κοινωνική ζωή» και «Οικογενειακή-Οικιακή ζωή» εντάσσονται στην ενότητα IV: Κοινωνικές σχέσεις (Ginieri-Coccossis et al, 2009).

Αναφορικά με τις ψυχομετρικές ιδιότητες της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF, ο δείκτης του τεστ καλής προσαρμογής (GFI) ήταν 0,92 και συνεπώς πληροί το κριτήριο που ορίζει ότι τιμές ίσες ή μεγαλύτερες του 0,90 αποτελούν ένδειξη για την ικανοποιητική προσαρμογή του μοντέλου.

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας της ελληνικής έκδοσης των ερωτηματολογίων WHOQOL-100 και WHOQOL-BREF εξετάστηκε με τον συντελεστή Cronbach α . Για το ερωτηματολόγιο WHOQOL-100 οι τιμές του δείκτη για τις επιμέρους ενότητες κυμαίνονται από 0,40 έως 0,90, ενώ για το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF από 0,79 έως 0,90.

Εξετάστηκε επίσης η διακρίνουσα εγκυρότητα του ερωτηματολογίου WHOQOL-100 και διαπιστώθηκε η ικανότητα του ερωτηματολογίου να κάνει διάκριση μεταξύ ομάδων που αποτελούνται από υγιείς, ψυχικά ασθενείς και σωματικά ασθενείς συμμετέχοντες.

Αναφορικά με τη συγκλίνουσα εγκυρότητα, τα ευρήματα παρείχαν αποδείξεις για ικανοποιητικού βαθμού συνάφειες μεταξύ της ποιότητας ζωής, της ικανοποίησης από τη ζωή και της αυτό-αναφερόμενης ποιότητας ζωής.

Πιο συγκεκριμένα, η ενότητα «Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της υγείας» του ερωτηματολογίου WHOQOL-100 εμφάνισε στατιστικώς σημαντική συνάφεια με τη γενική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής που παρέχουν τα ερωτηματολόγια Life Satisfaction Inventory (LSI) και General Health Questionnaire (GHQ-28).

Όσον αφορά την αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων, τα ευρήματα επιβεβαιώνουν την ιδιότητα του ερωτηματολογίου WHOQOL-100 να παρέχει παρόμοιες απαντήσεις όταν επαναχορηγείται σε διάστημα 3-4 εβδομάδων ($r = 0,66$, $p < 0,01$) (Ginieri-Coccossis et al, 2009).

Μέρος Δεύτερο – Ειδικό, Ερευνητικό

Κεφάλαιο Πρώτο

1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

1.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής και της λειτουργικότητας των ασθενών με το άρθρο 69 του Π.Κ., που νοσηλεύονται στο Ψ.Ν.Α. «ΔΑΦΝΙ» και η συσχέτισή τους με τη μονάδα νοσηλείας. Επίσης, κατά πόσο επηρεάζεται η ποιότητα ζωής και η λειτουργικότητά τους από την αρνητική ή τη θετική τους συμπτωματολογία.

Ποιο συγκεκριμένα στην παρούσα μελέτη θα γίνει:

- α. Σύγκριση των συγκεκριμένων ασθενών που νοσηλεύονται σε τμήματα οξέων, χρόνια τμήματα και μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.
- β. Συσχέτιση των επιμέρους υποκλιμακίων κάθε μεταβλητής, τόσο για το σύνολο του δείγματος, όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

1.2 Ερευνητικές υποθέσεις

Για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας διατυπώθηκαν οι ακόλουθες ερευνητικές ερωτήσεις:

Διαφέρουν οι δυο ομάδες των νοσηλευόμενων (εντός και εκτός ΨΝΑ) ως προς την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής;

Υπάρχει συνάφεια ανάμεσα στην αρνητική ή θετική συμπτωματολογία των νοσηλευόμενων και την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής τους;

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευόμενων καθώς και το ιατρικό και ψυχιατρικό ιστορικό τους επηρεάζουν την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής;

Κεφάλαιο Δεύτερο

2. Υλικό, Μέθοδος, Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά Εργαλεία

2.1 Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος «Ψυχιατροδικαστικής» της Ιατρικής σχολής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Καθορίστηκε το δείγμα της μελέτης να αποτελείται από ασθενείς του Ψ.Ν.Α. «ΔΑΦΝΙ».

Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των ασθενών στην παρούσα μελέτη είναι οι παρακάτω:

1. Τα άτομα να τελούν υπό το καθεστώς του άρθρου 69 του Π.Κ.
2. Η συναίνεση των ατόμων να συμμετέχουν στη μελέτη.

Τα άτομα που συμμετέχουν στη μελέτη ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και δόθηκε έγγραφη διαβεβαίωση για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσα το έντυπο συναίνεσης συμμετοχής στην έρευνα

Συμμετείχαν στην έρευνα 63 άτομα που νοσηλεύονται εντός και εκτός ΨΝΑ.

Οι 42 συμμετέχοντες της πρώτης ομάδας νοσηλεύονται σε Χρόνια Τμήματα ΨΝΑ και σε Τμήματα Οξέων ΨΝΑ, ενώ οι 21 συμμετέχοντες της δεύτερης ομάδας νοσηλεύονται σε Ξενώνες και Οικοτροφεία.

Στο δείγμα δεν συμπεριλήφθηκαν 13 ασθενείς από τμήματα οξέων και χρόνιων περιστατικών (όλοι νοσηλευόμενοι στο ΨΝΑ):

- 3 επειδή αρνήθηκαν τη συμμετοχή τους.
- 5 λόγω δυσκολίας συνεργασίας με το τμήμα νοσηλείας τους.
- 2 λόγω επικινδυνότητας και βαριάς ψυχοπαθολογίας
- 1 διότι δεν ανευρέθη (κατά τον χρόνο της μελέτης είχε αποδράσει
- 2 διότι έγινε άρση των περιορισμών του άρθρου 69 του ΠΚ.

2.2 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά Εργαλεία

2.2.1 Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS)

Χρησιμοποιήσαμε την Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS) για την εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας και ειδικότερα τις υποκλίμακες για τα θετικά και τα αρνητικά συμπτώματα.

Στην παρούσα έρευνα ο **συντελεστής αξιοπιστίας alpha Cronbach των υποκλιμάκων της Κλίμακας Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου στη Σχιζοφρένεια (PANSS)** κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα (από 0,86 έως 0,94). Ο συντελεστής αξιοπιστίας alpha Cronbach των υποκλιμάκων της Κλίμακας Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου στη Σχιζοφρένεια (PANSS) υπολογίστηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS και για την παρούσα έρευνα κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα (από 0,86 έως 0,94).

	Συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α
Κλίμακα εκτίμησης Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου (PANSS)	
Θετική Υποκλίμακα	0,94
Αρνητική Υποκλίμακα	0,91
Υποκλίμακα Γενικής Ψυχοπαθολογίας	0,86

2.2.2 Ερωτηματολόγιο Quality Of Life (WHOQOL-BREF)

Χρησιμοποιήσαμε το Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής (WHOQOL-BREF) για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής.

Στην παρούσα έρευνα ο συντελεστής αξιοπιστίας alpha Cronbach των υποκλιμάκων του Ερωτηματολογίου Ποιότητας Ζωής (WHOQOL) κυμαίνεται σε μέτρια με υψηλά επίπεδα (από 0,63 έως 0,81). Ο συντελεστής αξιοπιστίας alpha Cronbach των υποκλιμάκων του Ερωτηματολογίου Ποιότητας Ζωής (WHOQOL-BREF) υπολογίστηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος

SPSS και για την παρούσα έρευνα κυμαίνεται σε μέτρια με υψηλά επίπεδα (από 0,63 έως 0,81).

	Συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α
Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής (WHOQOL)	
Σωματική υγεία	0,76
Ψυχολογική υγεία	0,81
Κοινωνικές σχέσεις	0,68
Περιβάλλον	0,63
Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής	0,72

Κεφάλαιο Τρίτο

3. Στατιστική επεξεργασία

3.1 Γενικά

Κατά τη στατιστική επεξεργασία των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος, διάμεσος, σταθερή απόκλιση (SD), τυπικό σφάλμα μέσης τιμής) ως προς τις απαντήσεις τους σε κάθε κλίμακα, καθώς και σε κάθε υποκλίμακα.

Εν συνεχεία έγινε σύγκριση των δεδομένων των δύο ομάδων.

Οι διαφορές (P) για όλους τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ($p < 0,05$).

Προκειμένου να διερευνηθεί αν οι δυο ομάδες των νοσηλευόμενων του δείγματος (εντός και εκτός ΨΝΑ) διαφέρουν ως προς το φύλο, την ηλικία, την ύπαρξη κάποιου προβλήματος υγείας, την αυτοαξιολόγηση της υγείας, τα έτη νοσηλείας και τη βαθμολογία τους στην κλίμακα PANSS εφαρμόστηκαν τα στατιστικά κριτήρια χ^2 και το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα.

Για να διερευνηθεί αν οι δυο ομάδες των συμμετεχόντων διαφέρουν ως προς τη βαθμολογία τους στο Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL-BREF) εφαρμόστηκε το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα.

Η ύπαρξη συνάφειας μεταξύ της βαθμολογίας των νοσηλευόμενων του δείγματος στο Ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF και της βαθμολογίας στην Κλίμακα PANSS έγινε με τη χρήση του δείκτη συνάφειας Pearson r.

Για τη διερεύνηση για το αν το φύλο των νοσηλευόμενων επηρεάζει τη βαθμολογία τους στο Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL-BREF) εφαρμόστηκε το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα.

Η διερεύνηση ύπαρξης συνάφειας μεταξύ της ηλικίας των νοσηλευόμενων και της βαθμολογίας τους στο Ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF έγινε με τη χρήση του δείκτη συνάφειας Pearson r.

Προκειμένου να διερευνηθεί αν η αυτοαξιολόγηση της υγείας των νοσηλευόμενων (πολύ καλή/κακή, ούτε κακή ούτε καλή και καλή/πολύ καλή)

επηρεάζει τη βαθμολογία τους στο Ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF τα δεδομένα υποβλήθηκαν σε Μονής Κατεύθυνσης Ανάλυση της Διακύμανσης (One Way Analysis of Variance) και για να εντοπιστούν οι διαφορές μεταξύ των ομάδων, πραγματοποιήθηκαν εκ των υστέρων κατά ζεύγη συγκρίσεις με το κριτήριο Tukey.

Για τη διερεύνηση κατά πόσο η αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας κατά το τελευταίο διάστημα επηρεάζει τη βαθμολογία των νοσηλευόμενων στο Ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF, εφαρμόστηκε το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα.

Τέλος, με τη χρήση του δείκτη συνάφειας Pearson r διερευνήθηκε η ύπαρξη συνάφειας μεταξύ των ετών νοσηλείας των νοσηλευόμενων και της βαθμολογία τους στο Ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF.

Οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών και οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τις συγκρίσεις των ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών καθώς και τις συσχετίσεις των μεταβλητών έγιναν με το στατιστικό πακέτο SPSS.

Κεφάλαιο Τέταρτο

4. Στατιστική Ανάλυση - Αποτελέσματα της Έρευνας

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 63 άτομα που νοσηλεύονται εντός και εκτός ΨΝΑ. Οι 42 συμμετέχοντες της πρώτης ομάδας νοσηλεύονται σε Χρόνια Τμήματα ΨΝΑ (14,3%) και σε Τμήματα Οξέων ΨΝΑ (52,4%), ενώ οι 21 συμμετέχοντες της δεύτερης ομάδας νοσηλεύονται σε Ξενώνες (22,2%) και Οικοτροφεία (11,1%) (βλ. Πίνακα 7).

Πίν.7. Απόλυτες και σχετικές συχνότητες των νοσηλευόμενων του δείγματος ως προς την κατάσταση περίθαλψης

Κατάσταση	N	%
περίθαλψης		
Χρόνια Τμήματα ΨΝΑ	9	14,3
Τμήματα Οξέων ΨΝΑ	33	52,4
Ξενώνες	14	22,2
Οικοτροφεία	7	11,1
Σύνολο	63	

Από τους 63 νοσηλευόμενους του δείγματος, οι 58 (92,1%) είναι άντρες και η ηλικία των συμμετεχόντων κυμαίνεται από τα 28 έως τα 84 έτη, ενώ η μέση ηλικία είναι τα 53 έτη (SD=11,97). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (27,0%) είναι απόφοιτοι Δημοτικού (βλ. Πίνακα 8).

Μορφωτικό επίπεδο	N	%
Τάξεις δημοτικού	4	6,3
Δημοτικό	17	27,0
Γυμνάσιο	13	20,6
Λύκειο (ή Εξατάξιο Γυμνάσιο)	14	22,2
ΤΕΕ ή ΙΕΚ	7	11,1

Πίν.8. σχετικές των	ΤΕΙ	3	4,8	Απόλυτες και συχνότητες
	ΑΕΙ	5	7,9	
	Μεταπτυχιακές Σπουδές	0	0,0	
	Σύνολο	63		

συμμετεχόντων ως προς το μορφωτικό τους επίπεδο

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των νοσηλευόμενων του δείγματος, η πλειοψηφία (71,4%) είναι άγαμοι (βλ. Πίνακα 9), ενώ οι περισσότεροι (79,4%) δεν έχουν αποκτήσει παιδιά.

Πίν.9. Απόλυτες και σχετικές συχνότητες των νοσηλευόμενων του δείγματος ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση	N	%
Άγαμος/η	45	71,4
Έγγαμος/η	2	3,2
Σε διάσταση	2	3,2
Διαζευγμένος/η	9	14,3
Χήρος/α	5	7,9
Σύνολο	63	

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 10, οι περισσότεροι συμμετέχοντες του δείγματος (77,8%) δεν εργάζονται.

Πίν.10. Απόλυτες και σχετικές συχνότητες των συμμετεχόντων του δείγματος ως προς την επαγγελματική τους απασχόληση

Επαγγελματική απασχόληση	N	%
Εργασία πλήρους απασχόλησης	0	0,0

Εργασία	μερικής	1	1,6
απασχόλησης			
Μαθητής,	σπουδαστής,	1	1,6
φοιτητής			
Οικιακά		0	0,0
Συνταξιούχος		12	19,0
Εκτός εργασίας		49	77,8
Σύνολο		63	

Αναφορικά με την κατάσταση της υγείας τους, οι περισσότεροι νοσηλευόμενοι του δείγματος (42,9%) την αξιολογούν ως «καλή» (βλ. Πίνακα 11), ενώ η πλειοψηφία (57,1%) αναφέρει ότι δεν αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα υγείας κατά το τελευταίο διάστημα. Για τις ανάγκες των ακόλουθων στατιστικών αναλύσεων οι απαντήσεις στην ερώτηση αυτή κωδικοποιήθηκαν εκ νέου στις ακόλουθες κατηγορίες: Πολύ κακή/κακή, Ούτε κακή ούτε καλή και Καλή/πολύ καλή, λόγω του μικρού αριθμού απαντήσεων σε ορισμένες κατηγορίες.

Πίν.11. Απόλυτες και σχετικές συχνότητες των συμμετεχόντων του δείγματος ως προς την αυτοαξιολόγηση της κατάστασης της υγείας τους

Πόσο καλή είναι η υγεία σας;	N	%
Πολύ κακή	2	3,2
Κακή	6	9,5
Ούτε κακή, ούτε καλή	21	33,3
Καλή	27	42,9
Πολύ καλή	7	11,1
Σύνολο	63	

Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται οι πολλαπλές απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν. Η ανάλυση βασίστηκε στις απαντήσεις και κάθε συμμετέχοντας προσέφερε κατά μέσο όρο 1,25 απαντήσεις. Η συχνότερη απάντηση ως προς τη σχετική

συχνότητα επί των συμμετεχόντων ήταν «Χρόνια ψυχικά προβλήματα» (55,6%) ακολουθούμενη από την απάντηση «Κανένα πρόβλημα υγείας» (33,3%).

Πιν.12. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των απαντήσεων των συμμετεχόντων για τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν

Ποια από τα ακόλουθα προβλήματα υγείας αντιμετωπίζετε;	N	% επί των απαντήσεων	% επί των συμμετεχόντων
Κανένα πρόβλημα υγείας	21	26,6	33,3
Καρδιολογικά προβλήματα	5	6,3	7,9
Αρθρίτιδα ή ρευματισμοί	0	0,0	0,0
Εμφύσημα ή χρόνια βρογχίτιδα	1	1,3	1,6
Καταρράκτης	3	3,8	4,8
Κάταγμα ή ράγισμα οστού	0	0,0	0,0
Προβλήματα στα κάτω άκρα	0	0,0	0,0
Πάρκινσον	0	0,0	0,0
Υπέρταση	3	3,8	4,8
Καρκίνος	0	0,0	0,0
Διαβήτης	4	5,1	6,3
Εγκεφαλικό επεισόδιο	1	1,3	1,6
Χρόνια ψυχικά προβλήματα	35	44,3	55,6
Αιμορραγία του ορθού εντέρου	0	0,0	0,0
Άλλο	6	7,6	9,5
Σύνολο	79	100,0	125,4

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 13, οι περισσότεροι συμμετέχοντες του δείγματος (66,7%) έχουν διαπράξει ανθρωποκτονία.

Πίν.13. Απόλυτες και σχετικές συχνότητες των συμμετεχόντων του δείγματος ως προς το είδος του εγκλήματος που διέπραξαν

Είδος εγκλήματος που διέπραξαν	N	%
Απόπειρα ανθρωποκτονίας	12	19,0

Ανθρωποκτονία	42	66,7
Βιασμός	3	4,8
Χρήση ουσιών και παραβατική συμπεριφορά	1	1,6
Εμπρησμός	3	4,8
Οπλοχρησία	2	3,2
Σύνολο	63	

Τέλος, αναφορικά με το χρονικό διάστημα της περίθαλψης των συμμετεχόντων, αυτό κυμαίνεται από 1 έως 49 έτη, με τον μέσο όρο στα 16 έτη (SD = 10,90).

Προκειμένου να διερευνηθεί αν οι δυο ομάδες των νοσηλευόμενων του δείγματος (εντός και εκτός ΨΝΑ) διαφέρουν ως προς το φύλο, την ηλικία, την ύπαρξη κάποιου προβλήματος υγείας, την αυτοαξιολόγηση της υγείας, τα έτη νοσηλείας και τη βαθμολογία τους στην κλίμακα PANSS εφαρμόστηκαν τα στατιστικά κριτήρια χ^2 και το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα.

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζονται οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες των δυο ομάδων των συμμετεχόντων ως προς το φύλο. Δε στάθηκε δυνατή η διερεύνηση της συσχέτισης των μεταβλητών με το κριτήριο χ^2 , καθώς δεν πληρείται η προϋπόθεση για θεωρητικές συχνότητες μικρότερες του 5 στο 20% των κελιών.

Ο συνολικός αριθμός των γυναικών που νοσηλεύονται με το καθεστώς του άρθρου 69 είναι πέντε. Καθιστάτε λοιπόν σαφές ότι η γυναικεία επιθετικότητα που οδηγεί σε πράξη που κρίνεται ως ακαταλόγιστη είναι πολύ μικρότερη από αυτή των ανδρών.

Πίν.14. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των δυο ομάδων των συμμετεχόντων ως προς το φύλο

Φύλο	Κατάσταση περίθαλψης		Σύνολο
	Νοσηλευόμενοι εντός ΨΝΑ	Νοσηλευόμενοι εκτός ΨΝΑ	

	N	%	N	%	N	%
Άντρας	39	92,9	19	90,5	58	92,1
Γυναίκα	3	7,1	2	9,5	5	7,9
Σύνολο	42	66,7	21	33,3	63	

Προκειμένου να διερευνηθεί αν οι δυο ομάδες των συμμετεχόντων διαφέρουν ως προς την ηλικία εφαρμόστηκε το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα (βλ. Πίνακα 15). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο ομάδων ως προς την ηλικία των νοσηλευόμενων, $t(61) = -0,74$, $p > 0,05$.

Πίν.15. Μέσοι όροι, t τιμές και στατιστική σημαντικότητα της ηλικίας των συμμετεχόντων ως προς την κατάσταση περίθαλψης

	Κατάσταση περίθαλψης				t - test		
	Νοσηλευόμενοι		Νοσηλευόμεν		t	df	p
	εντός ΨΝΑ		οι εκτός ΨΝΑ				
	N	M	N	M			
Ηλικία συμμετεχόντων	42	51,67	21	54,05	- 0,74	61	0,461

Στον Πίνακα 16 παρουσιάζονται οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες των δυο ομάδων των συμμετεχόντων ως προς την αυτοαξιολόγηση της υγείας τους. Δεν βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων, $\chi^2(2) = 2,05$, $p > 0,05$.

Πίν.16. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των δυο ομάδων των συμμετεχόντων ως την αυτοαξιολόγηση της υγείας τους

Πόσο καλή είναι η υγεία σας;	Κατάσταση περίθαλψης					
	Νοσηλευόμενοι εντός ΨΝΑ		Νοσηλευόμενοι εκτός ΨΝΑ		Σύνολο	
	N	%	N	%	N	%

Πολύ κακή/Κακή	6	14,3	2	9,5	8	12,7
Ούτε κακή, ούτε καλή	16	38,1	5	23,8	21	33,3
Καλή/Πολύ καλή	20	47,6	14	66,7	34	54,0
Σύνολο	42	66,7	21	33,3	63	

Στον Πίνακα 17 παρουσιάζονται οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες των δυο ομάδων των συμμετεχόντων ως προς την ύπαρξη κάποιου προβλήματος υγείας. Δεν βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων, $\chi^2(1) = 2,62$, $p > 0,05$.

Πίν.17. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των δυο ομάδων των συμμετεχόντων ως προς την ύπαρξη κάποιου προβλήματος υγείας

Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας κατά το τελευταίο διάστημα;	Κατάσταση περίθαλψης					
	Νοσηλευόμενοι		Νοσηλευόμενοι		Σύνολο	
	εντός ΨΝΑ		εκτός ΨΝΑ			
	N	%	N	%	N	%
Ναι	21	50,0	6	28,6	27	42,9
Όχι	21	50,0	15	71,4	36	57,1
Σύνολο	42	66,7	21	33,3	63	

Προκειμένου να διερευνηθεί αν οι δυο ομάδες των συμμετεχόντων διαφέρουν ως προς τα έτη νοσηλείας τους εφαρμόστηκε το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα (βλ. Πίνακα 18). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο ομάδων ως προς τα έτη νοσηλείας, $t(61) = -1,91$, $p > 0,05$.

Πίν.18. Μέσοι όροι, t τιμές και στατιστική σημαντικότητα των ετών νοσηλείας των συμμετεχόντων ως προς την κατάσταση περίθαλψης

	Κατάσταση περίθαλψης				t - test		
	Νοσηλευόμενοι		Νοσηλευόμεν		t	df	p
	εντός ΨΝΑ		οι εκτός ΨΝΑ				
	N	M	N	M			
Έτη νοσηλείας	42	13,83	21	19,29	- 1,91	61	0,061

Προκειμένου να διερευνηθεί αν οι δυο ομάδες των συμμετεχόντων διαφέρουν ως προς τη βαθμολογία τους στην Κλίμακα Εκτίμησης Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου (PANSS) εφαρμόστηκε το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα (βλ. Πίνακα 19).

Οι νοσηλευόμενοι εντός ΨΝΑ του δείγματος είχαν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερο μέσο όρο από τους νοσηλευόμενους εκτός ΨΝΑ στη *Θετική Υποκλίμακα* ($M = 25,48$ και $M = 12,86$ αντίστοιχα), $t(60,82) = 5,52$, $p < 0,001$, στην *Αρνητική Υποκλίμακα* ($M = 27,83$ και $M = 18,10$ αντίστοιχα), $t(61) = 3,96$, $p < 0,001$ και στην *Υποκλίμακα Γενικής Ψυχοπαθολογίας* ($M = 48,12$ και $M = 35,90$ αντίστοιχα), $t(58,50) = 4,06$, $p < 0,001$ (βλ. Πίνακα 19).

Πίν.19. Μέσοι όροι, t τιμές και στατιστική σημαντικότητα της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στην κλίμακα PANSS ως προς την κατάσταση περίθαλψης

Κλίμακα εκτίμησης Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου (PANSS)	Κατάσταση περίθαλψης				t - test		
	Νοσηλευόμενοι εντός ΨΝΑ		Νοσηλευόμενοι εκτός ΨΝΑ		t	df	p
	N	M	N	M			
Θετική Υποκλίμακα	42	25,48	21	12,86	5,52	60,82	0,000***
Αρνητική Υποκλίμακα	42	27,83	21	18,10	3,96	61	0,000***
Υποκλίμακα Γενικής Ψυχοπαθολογίας	42	48,12	21	35,90	4,06	58,50	0,000***

Σημείωση: *** $p < 0,001$

Προκειμένου να διερευνηθεί αν οι δυο ομάδες των συμμετεχόντων διαφέρουν ως προς τη βαθμολογία τους στο Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL-BREF) εφαρμόστηκε το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα (βλ. Πίνακα 20).

Οι νοσηλευόμενοι εκτός ΨΝΑ του δείγματος είχαν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερο μέσο όρο από τους νοσηλευόμενους εντός ΨΝΑ στις κλίμακες *Σωματική υγεία* ($M = 8,45$ και $M = 7,04$ αντίστοιχα), $t(61) = -4,18$, $p < 0,001$,

Ψυχολογική υγεία ($M = 5,36$ και $M = 4,33$ αντίστοιχα), $t(61) = -4,05$, $p < 0,001$, Κοινωνικές σχέσεις ($M = 4,07$ και $M = 2,96$ αντίστοιχα), $t(61) = -5,31$, $p < 0,001$, Περιβάλλον ($M = 7,36$ και $M = 6,00$ αντίστοιχα), $t(61) = -5,84$, $p < 0,001$, Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ($M = 3,71$ και $M = 3,12$ αντίστοιχα), $t(61) = -2,73$, $p < 0,01$ και Συνολική αξιολόγηση της υγείας ($M = 3,62$ και $M = 2,88$ αντίστοιχα), $t(61) = -2,75$, $p < 0,01$ (βλ. Πίνακα 14).

Πίν.20. Μέσοι όροι, t τιμές και στατιστική σημαντικότητα της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF ως προς την κατάσταση περίθαλψης

Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL-BREF)	Κατάσταση περίθαλψης				t - test		
	Νοσηλευόμενοι εντός ΨΝΑ		Νοσηλευόμενοι εκτός ΨΝΑ		t	df	p
	N	M	N	M			
Σωματική υγεία	42	7,04	21	8,45	- 4,18	61	0,000 ^{***}
Ψυχολογική υγεία	42	4,33	21	5,36	- 4,05	61	0,000 ^{***}
Κοινωνικές σχέσεις	42	2,96	21	4,07	- 5,31	61	0,000 ^{***}
Περιβάλλον	42	6,00	21	7,36	- 5,84	61	0,000 ^{***}
Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής	42	3,12	21	3,71	- 2,73	61	0,008 ^{**}
Συνολική αξιολόγηση της υγείας	42	2,88	21	3,62	- 2,75	61	0,008 ^{**}

Σημείωση: ^{**} $p < 0,01$, ^{***} $p < 0,001$

Στη συνέχεια διερευνήθηκε η ύπαρξη συνάφειας μεταξύ της βαθμολογίας των νοσηλευόμενων του δείγματος στο Ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF και της βαθμολογίας στην Κλίμακα PANSS με τη χρήση του δείκτη συνάφειας Pearson r (βλ. Πίνακα 21).

Πίν.21. Συνάφεια (δείκτες Pearson r) μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στο Ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF και στην Κλίμακα PANSS

Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL-BREF)	Κλίμακα εκτίμησης Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου (PANSS)		
	Θετική Υποκλίμακα	Αρνητική Υποκλίμακα	Υποκλίμακα Γενικής Ψυχοπαθολογίας
Σωματική υγεία	-0,33**	-0,44**	-0,48**
Ψυχολογική υγεία	-0,46**	-0,41**	-0,48**
Κοινωνικές σχέσεις	-0,48**	-0,44**	-0,47**
Περιβάλλον	-0,36**	-0,46**	-0,38**
Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής	-0,26*	-0,29*	-0,32*
Συνολική αξιολόγηση της υγείας	-0,31*	-0,25*	-0,28*

Σημείωση: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 21, βρέθηκε στατιστικώς σημαντική αρνητική συνάφεια ανάμεσα στη Θετική Υποκλίμακα της PANSS και τις ακόλουθες Υποκλίμακες του WHOQOL-BREF: *Σωματική υγεία* ($r = -0,33$, $p < 0,01$), *Ψυχολογική υγεία* ($r = -0,46$, $p < 0,01$), *Κοινωνικές σχέσεις* ($r = -0,48$, $p < 0,01$), *Περιβάλλον* ($r = -0,36$, $p < 0,01$), *Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής* ($r = -0,26$, $p < 0,05$) και *Συνολική αξιολόγηση της υγείας* ($r = -0,31$, $p < 0,05$) (βλ. Πίνακα 23).

Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική αρνητική συνάφεια ανάμεσα στην Αρνητική Υποκλίμακα της PANSS και τις ακόλουθες Υποκλίμακες του WHOQOL-BREF: *Σωματική υγεία* ($r = -0,44$, $p < 0,01$), *Ψυχολογική υγεία* ($r = -0,41$, $p < 0,01$), *Κοινωνικές σχέσεις* ($r = -0,44$, $p < 0,01$), *Περιβάλλον* ($r = -0,46$, $p < 0,01$), *Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής* ($r = -0,29$, $p < 0,05$) και *Συνολική αξιολόγηση της υγείας* ($r = -0,25$, $p < 0,05$) (βλ. Πίνακα 23).

Τέλος, βρέθηκε στατιστικώς σημαντική αρνητική συνάφεια ανάμεσα στην Υποκλίμακα Γενικής Ψυχοπαθολογίας της PANSS και τις ακόλουθες

Υποκλίμακες του WHOQOL-BREF: Σωματική υγεία ($r=-0,48$, $p<0,01$), Ψυχολογική υγεία ($r=-0,48$, $p<0,01$), Κοινωνικές σχέσεις ($r=-0,47$, $p<0,01$), Περιβάλλον ($r=-0,38$, $p<0,01$), Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ($r=-0,32$, $p<0,05$) και Συνολική αξιολόγηση της υγείας ($r=-0,28$, $p<0,05$) (βλ. Πίνακα 23).

Προκειμένου να διερευνηθεί αν το φύλο των νοσηλευόμενων επηρεάζει τη βαθμολογία τους στο Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL-BREF) εφαρμόστηκε το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα (βλ. Πίνακα 22). Δεν βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο φύλων στη βαθμολογία στο Ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF.

Πίν.22. Μέσοι όροι, t τιμές και στατιστική σημαντικότητα της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF ως προς το φύλο

Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL-BREF)	Φύλο				t - test		
	Αντρες		Γυναίκες		t	df	p
	N	M	N	M			
Σωματική υγεία	58	7,53	5	7,20	0,50	61	0,619
Ψυχολογική υγεία	58	4,65	5	4,90	- 0,50	61	0,619
Κοινωνικές σχέσεις	58	3,30	5	3,75	- 1,04	61	0,303
Περιβάλλον	58	6,47	5	6,30	0,33	61	0,74
Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής	58	3,31	5	3,40	- 0,22	61	0,825
Συνολική αξιολόγηση της υγείας	58	3,12	5	3,20	- 0,16	61	0,873

Στη συνέχεια διερευνήθηκε η ύπαρξη συνάφειας μεταξύ της ηλικίας των νοσηλευόμενων και της βαθμολογία τους στο Ερωτηματολόγιο WHOQOL-

BREF με τη χρήση του δείκτη συνάφειας Pearson r. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 23, δεν βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές συνάφειες.

Πίν.23. Συνάφεια (δείκτες Pearson r) μεταξύ της ηλικίας των νοσηλευόμενων και της βαθμολογίας τους στο Ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF

Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL-BREF)	Ηλικία νοσηλευόμενων
Σωματική υγεία	-0,17
Ψυχολογική υγεία	-0,06
Κοινωνικές σχέσεις	-0,10
Περιβάλλον	-0,01
Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής	-0,03
Συνολική αξιολόγηση της υγείας	-0,21

Προκειμένου να διερευνηθεί αν η αυτοαξιολόγηση της υγείας των νοσηλευόμενων (πολύ καλή/κακή, ούτε κακή ούτε καλή και καλή/πολύ καλή) επηρεάζει τη βαθμολογία τους στο Ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF τα δεδομένα υποβλήθηκαν σε Μονής Κατεύθυνσης Ανάλυση της Διακύμανσης (One Way Analysis of Variance) (βλ. Πίνακα 24).

Οι νοσηλευόμενοι του δείγματος που αξιολογούν διαφορετικά την υγεία τους διαφέρουν στατιστικώς σημαντικά στη βαθμολογία τους στην Υποκλίμακα Σωματικής Υγείας $F(2, 60) = 7,07, p < 0,05$. Οι νοσηλευόμενοι που πιστεύουν ότι η υγεία τους είναι πολύ κακή/κακή έχουν μέσο όρο στην Υποκλίμακα Σωματικής Υγείας 6,69 (SD=1,62), όσοι πιστεύουν ότι η υγεία τους δεν είναι ούτε κακή, ούτε καλή έχουν μέσο όρο 7,14 (SD=1,36) και όσοι την αξιολογούν ως καλή/πολύ καλή έχουν μέσο όρο 7,93 (SD=1,31). Προκειμένου να εντοπιστούν οι διαφορές μεταξύ των ομάδων πραγματοποιήθηκαν εκ των υστέρων κατά ζεύγη συγκρίσεις με το κριτήριο Tukey.

Σύμφωνα με τα κύρια ευρήματα των εκ των υστέρων κατά ζεύγη συγκρίσεων, οι νοσηλευόμενοι που αξιολογούν την υγεία τους ως καλή/πολύ καλή είχαν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερο μέσο όρο στην Υποκλίμακα της Σωματικής

υγείας σε σύγκριση με τους νοσηλευόμενους που την αξιολογούν ως πολύ κακή/κακή ($p < 0,05$) (βλ. Πίνακα 24).

Οι νοσηλευόμενοι του δείγματος που αξιολογούν διαφορετικά την υγεία τους διαφέρουν στατιστικώς σημαντικά στη βαθμολογία τους στην Υποκλίμακα του Περιβάλλοντος $F(2, 60) = 4,03, p < 0,05$. Οι νοσηλευόμενοι που πιστεύουν ότι η υγεία τους είναι πολύ κακή/κακή έχουν μέσο όρο στην Υποκλίμακα του Περιβάλλοντος 5,59 ($SD=1,04$), όσοι πιστεύουν ότι η υγεία τους δεν είναι ούτε κακή, ούτε καλή έχουν μέσο όρο 6,38 ($SD=1,18$) και όσοι την αξιολογούν ως καλή/πολύ καλή έχουν μέσο όρο 6,70 ($SD=0,92$). Προκειμένου να εντοπιστούν οι διαφορές μεταξύ των ομάδων πραγματοποιήθηκαν εκ των υστέρων κατά ζεύγη συγκρίσεις με το κριτήριο Tukey. Σύμφωνα με τα κύρια ευρήματα των εκ των υστέρων κατά ζεύγη συγκρίσεων, οι νοσηλευόμενοι που αξιολογούν την υγεία τους ως καλή/πολύ καλή είχαν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερο μέσο όρο στην Υποκλίμακα του Περιβάλλοντος σε σύγκριση με τους νοσηλευόμενους που την αξιολογούν ως πολύ κακή/κακή ($p < 0,05$) (βλ. Πίνακα 24).

Οι νοσηλευόμενοι του δείγματος που αξιολογούν διαφορετικά την υγεία τους διαφέρουν στατιστικώς σημαντικά στη βαθμολογία τους στη Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής $F(2, 60) = 2,50, p < 0,05$. Οι νοσηλευόμενοι που πιστεύουν ότι η υγεία τους είναι πολύ κακή/κακή έχουν μέσο όρο στη Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής 2,63 ($SD=0,92$), όσοι πιστεύουν ότι η υγεία τους δεν είναι ούτε κακή, ούτε καλή έχουν μέσο όρο 3,29 ($SD=0,84$) και όσοι την αξιολογούν ως καλή/πολύ καλή έχουν μέσο όρο 3,50 ($SD=0,79$). Προκειμένου να εντοπιστούν οι διαφορές μεταξύ των ομάδων πραγματοποιήθηκαν εκ των υστέρων κατά ζεύγη συγκρίσεις με το κριτήριο Tukey. Σύμφωνα με τα κύρια ευρήματα των εκ των υστέρων κατά ζεύγη συγκρίσεων, οι νοσηλευόμενοι που αξιολογούν την υγεία τους ως καλή/πολύ καλή είχαν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερο μέσο όρο στη Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε σύγκριση με τους νοσηλευόμενους που την αξιολογούν ως πολύ κακή/κακή ($p < 0,05$) (βλ. Πίνακα 24).

Οι νοσηλευόμενοι του δείγματος που αξιολογούν διαφορετικά την υγεία τους διαφέρουν στατιστικώς σημαντικά στη βαθμολογία τους στη Συνολική αξιολόγηση της υγείας $F(2, 60) = 7,50, p < 0,01$. Οι νοσηλευόμενοι που πιστεύουν ότι η υγεία τους είναι πολύ κακή/κακή έχουν μέσο όρο στη Συνολική αξιολόγηση της υγείας 2,13 ($SD=1,25$), όσοι πιστεύουν ότι η υγεία τους δεν είναι ούτε κακή, ούτε καλή έχουν μέσο όρο 2,90 ($SD=1,09$) και όσοι την αξιολογούν

ως καλή/πολύ καλή έχουν μέσο όρο 3,50 (SD=0,79). Προκειμένου να εντοπιστούν οι διαφορές μεταξύ των ομάδων πραγματοποιήθηκαν εκ των υστέρων κατά ζεύγη συγκρίσεις με το κριτήριο Tukey. Σύμφωνα με τα κύρια ευρήματα των εκ των υστέρων κατά ζεύγη συγκρίσεων, οι νοσηλευόμενοι που αξιολογούν την υγεία τους ως καλή/πολύ καλή είχαν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερο μέσο όρο στη Συνολική αξιολόγηση της υγείας σε σύγκριση με τους νοσηλευόμενους που την αξιολογούν ως πολύ κακή/κακή ($p < 0,05$) (βλ. Πίνακα 24).

Πίν.24. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις της βαθμολογίας των νοσηλευόμενων του δείγματος ως προς την αυτοαξιολόγηση της υγείας τους

Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL-BREF)

Υποκλίμακα Σωματικής υγείας	N	Μέσος όρος (M)	Τυπική απόκλιση (S.D.)
Πολύ κακή/Κακή	8	6,69	1,62
Ούτε κακή, ούτε καλή	21	7,14	1,36
Καλή/Πολύ καλή	34	7,93	1,31
Σύνολο	63	7,51	1,43
Υποκλίμακα Ψυχολογικής υγείας	N	Μέσος όρος (M)	Τυπική απόκλιση (S.D.)
Πολύ κακή/Κακή	8	4,31	1,05
Ούτε κακή, ούτε καλή	21	4,64	0,96
Καλή/Πολύ καλή	34	4,77	1,13
Σύνολο	63	4,67	1,06
Υποκλίμακα Κοινωνικών σχέσεων	N	Μέσος όρος (M)	Τυπική απόκλιση (S.D.)
Πολύ κακή/Κακή	8	2,94	0,58

Ούτε κακή, ούτε καλή	21	3,14	1,11
Καλή/Πολύ καλή	34	3,54	0,85
Σύνολο	63	3,33	0,94
Υποκλίμακα Περιβάλλοντος	N	Μέσος όρος (M)	Τυπική απόκλιση (S.D.)
Πολύ κακή/Κακή	8	5,59	1,04
Ούτε κακή, ούτε καλή	21	6,38	1,18
Καλή/Πολύ καλή	34	6,70	0,92
Σύνολο	63	6,45	1,08
Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής	N	Μέσος όρος (M)	Τυπική απόκλιση (S.D.)
Πολύ κακή/Κακή	8	2,63	0,92
Ούτε κακή, ούτε καλή	21	3,29	0,84
Καλή/Πολύ καλή	34	3,50	0,79
Σύνολο	63	3,32	0,86
Συνολική αξιολόγηση της υγείας	N	Μέσος όρος (M)	Τυπική απόκλιση (S.D.)
Πολύ κακή/Κακή	8	2,13	1,25
Ούτε κακή, ούτε καλή	21	2,90	1,09
Καλή/Πολύ καλή	34	3,50	0,79
Σύνολο	63	3,13	1,06

Προκειμένου να διερευνηθεί αν η αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας κατά το τελευταίο διάστημα επηρεάζει τη βαθμολογία των νοσηλευόμενων στο Ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF εφαρμόστηκε το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα (βλ. Πίνακα 25).

Πίν.25. Μέσοι όροι, t τιμές και στατιστική σημαντικότητα της βαθμολογίας των νοσηλευόμενων στο ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF ως προς την ύπαρξη προβλήματος υγείας

Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL-BREF)	Αντιμετώπιση προβλήματος υγείας κατά το τελευταίο διάστημα				t - test		
	Ναι		Όχι		t	df	p
	N	M	N	M			
Σωματική υγεία	27	7,03	36	7,87	-2,40	61	0,019*
Ψυχολογική υγεία	27	4,49	36	4,81	-1,17	61	0,248
Κοινωνικές σχέσεις	27	2,99	36	3,59	-2,64	61	0,011*
Περιβάλλον	27	6,19	36	6,65	-1,67	61	0,100
Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής	27	3,04	36	3,53	-2,32	61	0,023*
Συνολική αξιολόγηση της υγείας	27	2,52	36	3,58	-4,55	61	0,000***

Σημείωση: *p<0,05, ***p<0,001

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 25, οι νοσηλευόμενοι του δείγματος που δεν αντιμετωπίζουν το τελευταίο διάστημα κάποιο πρόβλημα υγείας είχαν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερο μέσο όρο από τους νοσηλευόμενους που αναφέρουν ότι αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας στις κλίμακες *Σωματική υγεία* ($M = 7,87$ και $M = 7,03$ αντίστοιχα), $t(61) = -2,40$, $p < 0,05$, *Κοινωνικές σχέσεις* ($M = 3,59$ και $M = 2,99$ αντίστοιχα), $t(61) = -2,64$, $p < 0,05$, *Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής* ($M = 3,53$ και $M = 3,04$ αντίστοιχα), $t(61) = -2,32$, $p < 0,05$ και *Συνολική αξιολόγηση της υγείας* ($M = 3,58$ και $M = 2,52$ αντίστοιχα), $t(61) = -4,55$, $p < 0,001$.

Στη συνέχεια διερευνήθηκε η ύπαρξη συνάφειας μεταξύ των ετών νοσηλείας των νοσηλευόμενων και της βαθμολογία τους στο Ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF με τη χρήση του δείκτη συνάφειας Pearson r. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 26, βρέθηκε στατιστικώς σημαντική αρνητική συνάφεια ανάμεσα στα έτη νοσηλείας και στη Συνολική αξιολόγηση της υγείας των νοσηλευόμενων του δείγματος ($r = -0,26$, $p < 0,05$).

Πίν.26. Συνάφεια (δείκτες Pearson r) μεταξύ των ετών νοσηλείας των νοσηλευόμενων και της βαθμολογίας τους στο Ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF

Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL-BREF)	Έτη νοσηλείας
Σωματική υγεία	-0,06
Ψυχολογική υγεία	-0,24
Κοινωνικές σχέσεις	-0,04
Περιβάλλον	0,07
Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής	-0,07
Συνολική αξιολόγηση της υγείας	-0,26*

Σημείωση: * $p < 0,05$

Κεφάλαιο Πέμπτο – Συζήτηση, Συμπεράσματα

Από την αξιολόγηση των Αποτελεσμάτων όσον αφορά τη σύγκριση των δύο δειγμάτων (ομάδων) μεταξύ τους και τις διαφορές που μπορεί να έχουν στα δημογραφικά χαρακτηριστικά, στην ύπαρξη κάποιου προβλήματος υγείας, στην αυτοαξιολόγηση της υγείας τους, στα έτη νοσηλείας και στη βαθμολογία τους στην κλίμακα PANSS, προέκυψε ότι οι νοσηλευόμενοι εντός ΨΝΑ είχαν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερο μέσο όρο στη βαθμολογία και των τριών Υποκλίμακων στην κλίμακα PANSS, σε σύγκριση με τους νοσηλευόμενους εκτός ΨΝΑ, ενώ στα υπόλοιπα χαρακτηριστικά τους δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά. Δηλαδή, οι νοσηλευόμενοι εκτός ΨΝΑ, αυτοί δηλαδή, οι οποίοι φιλοξενούνταν σε δομές αποκατάστασης, είχαν στατιστικώς σημαντικά μικρότερη βαρύτητα ως προς την ψυχοπαθολογία τους, όπως αυτή εκτιμήθηκε από την Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου.

Ακόμη στον έλεγχο την βαθμολογίας τους στο Ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF, βρέθηκε ότι οι νοσηλευόμενοι εκτός ΨΝΑ, έχουν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε όλες τις κλίμακες του WHOQOL-BREF σε σύγκριση με τους νοσηλευόμενους εντός ΨΝΑ. Επομένως, οι ασθενείς που νοσηλεύονται εκτός ΨΝΑ, δηλαδή σε δομές αποκατάστασης, αξιολόγησαν πιο θετικά την ποιότητα ζωής τους σε σημαντικές της διαστάσεις, όπως είναι οι προσωπικές σχέσεις, η σωματική και ψυχική υγεία, το περιβάλλον καθώς και την κατάσταση της σωματικής τους υγείας.

Επίσης, στη διερεύνηση για ύπαρξη συνάφειας ανάμεσα στη βαθμολογία στο Ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF και στην Κλίμακα PANSS βρέθηκε στατιστικώς σημαντική αρνητική συνάφεια ανάμεσα στην Θετική Υποκλίμακα της PANSS και όλες τις Υποκλίμακες του WHOQOL-BREF (όσο πιο υψηλή είναι η βαθμολογία στην Θετική Υποκλίμακα της PANSS, τόσο χαμηλότερη είναι η βαθμολογία στις Υποκλίμακες του WHOQOL-BREF). Επιπλέον, βρέθηκε στατιστικώς σημαντική αρνητική συνάφεια ανάμεσα στην Αρνητική Υποκλίμακα της PANSS και όλες τις Υποκλίμακες του WHOQOL-BREF και βρέθηκε στατιστικώς σημαντική αρνητική συνάφεια ανάμεσα στην Υποκλίμακα Γενικής Ψυχοπαθολογίας της PANSS και όλες τις Υποκλίμακες του WHOQOL-BREF. Δηλαδή, όσο υψηλότερη βαθμολόγηση έχει η κλίμακα PANSS τόσο χαμηλότερη είναι η βαθμολόγηση στην κλίμακα WHOQOL-BREF. Η συσχέτιση των

αποτελεσμάτων της κλίμακας PANSS, σε σχέση με τα αποτελέσματα της κλίμακας WHOQOL-BREF, είναι αντιστρόφως ανάλογη. Επομένως, η επιδείνωση της συμπτωματολογίας επιδρά αντίθετα, δηλαδή, αρνητικά στην ποιότητα ζωής των νοσηλευόμενων ψυχικά ασθενών.

Στη διερεύνηση αν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευόμενων επηρεάζουν τη βαθμολογία τους στο Ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF, το φύλο και η ηλικία των νοσηλευόμενων δεν βρέθηκαν να επηρεάζουν την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής.

Όσον αφορά την αυτοαξιολόγηση της υγείας τους οι νοσηλευόμενοι που αξιολογούν την υγεία τους ως καλή/πολύ καλή είχαν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερο μέσο όρο στην *Υποκλίμακα της Σωματικής υγείας* σε σύγκριση με τους νοσηλευόμενους που την αξιολογούν ως πολύ κακή/κακή. Επίσης, οι νοσηλευόμενοι που αξιολογούν την υγεία τους ως καλή/πολύ καλή είχαν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερο μέσο όρο στην *Υποκλίμακα του Περιβάλλοντος* σε σύγκριση με τους νοσηλευόμενους που την αξιολογούν ως πολύ κακή/κακή. Οι νοσηλευόμενοι που αξιολογούν την υγεία τους ως καλή/πολύ καλή είχαν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερο μέσο όρο στη *Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής* σε σύγκριση με τους νοσηλευόμενους που την αξιολογούν ως πολύ κακή/κακή και οι νοσηλευόμενοι που αξιολογούν την υγεία τους ως καλή/πολύ καλή είχαν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερο μέσο όρο στη *Συνολική αξιολόγηση της υγείας* σε σύγκριση με τους νοσηλευόμενους που την αξιολογούν ως πολύ κακή/κακή.

Αναφορικά με την ερώτηση αν αντιμετωπίζουν *κάποιο πρόβλημα υγείας το τελευταίο διάστημα*, οι νοσηλευόμενοι του δείγματος που δεν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας το τελευταίο διάστημα έχουν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερο μέσο όρο στις *Υποκλίμακες Σωματική Υγεία, Κοινωνικές σχέσεις, Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και Συνολική αξιολόγηση της υγείας*.

Τέλος, όσον αφορά τα *έτη νοσηλείας* βρέθηκε στατιστικώς σημαντική αρνητική συνάφεια ανάμεσα στα έτη νοσηλείας και στη βαθμολογία στην *Υποκλίμακα Συνολική αξιολόγηση της υγείας* (όσο περισσότερα είναι τα έτη νοσηλείας, τόσο χαμηλότερη είναι η βαθμολογία στην *Υποκλίμακα Συνολική αξιολόγηση της υγείας*).

Μέρος Τρίτο - Παραρτήματα

Παράρτημα πρώτο

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ: “ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ”

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΘΕΜΑ:

“Ασθενείς με το άρθρο 69 του Π.Κ., ποιότητα ζωής, λειτουργικότητα, συσχέτιση νοσηλεύόμενων σε χρόνια, οξεία τμήματα και δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης”

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ:

Αθανασία Λύτρα

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέποντες Καθηγητές Μέλη ΔΕΠ:

Αθανάσιος Δουζένης

Ιωάννης Μιχόπουλος

Ρωσσέτος Γουρνέλης

ΑΘΗΝΑ 2018

1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

1.1 Σκοπός

Γενικός σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής και της λειτουργικότητας των ασθενών με το άρθρο 69 του Π.Κ., που νοσηλεύονται στο Ψ.Ν.Α “ΔΑΦΝΙ” και η συσχέτισή τους με τη μονάδα νοσηλείας. Σύμφωνα με το καθεστώς της ακούσιας νοσηλείας και μέχρι την πρόσφατα καταργηθείσα διάταξη του άρθρου 69 του Ποινικού κώδικα, οι

ακαταλόγιστοι ψυχικά ασθενείς που διαπράττουν κάποιο ποινικό αδίκημα λόγω νοσηρής διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών και απαλλάσσονται από την ποινή ή τη δίωξη για κακούργημα ή πλημμέλημα για το οποίο ο νόμος απειλεί ποινή ανώτερη από έξι μήνες, το δικαστήριο διατάσσει τη φύλαξή του σε δημόσιο θεραπευτικό κατάστημα, εφόσον κρίνει ότι είναι επικίνδυνος για τη δημόσια ασφάλεια.

Ποιο συγκεκριμένα στην παρούσα μελέτη θα γίνει:

- α. Σύγκριση των συγκεκριμένων ασθενών που νοσηλεύονται σε τμήματα οξέων, χρόνια τμήματα και μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης .
- β. Συσχέτιση των επιμέρους υποκλιμακίων κάθε μεταβλητής, τόσο για το σύνολο του δείγματος, όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

1.2 Ερευνητικές υποθέσεις

Συγκεκριμένα οι ερευνητικές υποθέσεις που θα εξεταστούν, στα πλαίσια της παρούσας μελέτης είναι:

- Τα ποσοστά θετικού και αρνητικού συνδρόμου στη σχιζοφρένεια και σύγκριση των τριών υποομάδων μεταξύ τους. Σύμφωνα με το νόμο το άτομο που διέπραξε κάποια αξιόποινη πράξη κατά τη φάση μείζονος ψυχιατρικής διαταραχής, κρίνεται ακαταλόγιστο.
- Η ποιότητα ζωής και η λειτουργικότητα στις δομές του Ψ.Ν.Α, όπου νοσηλεύονται ασθενείς σύμφωνα με το άρθρο 69 του Π.Κ.

2. Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα μελέτη θα πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος “Ψυχιατροδικαστικής” της Ιατρικής σχολής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Καθορίστηκε το δείγμα της μελέτης να αποτελείται από ασθενείς του Ψ.Ν.Α.

Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των ασθενών στην παρούσα μελέτη είναι οι παρακάτω:

1. Τα άτομα να τελούν υπό το καθεστώς του άρθρου 69 του Π.Κ.
2. Η επιθυμία των ατόμων να συμμετέχουν στη μελέτη.
3. Την απόφαση για το αν πληρούνται οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα θα παίρνει ο μεταπτυχιακός φοιτητής.

Τα άτομα που θα συμμετέχουν στη μελέτη θα ενημερωθούν για το σκοπό της μελέτης και θα διαβεβαιωθούν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας.

Το δείγμα περιλαμβάνει συνολικά 76 ασθενείς, 49 νοσηλευόμενους σε τμήμα οξέων, 12 σε τμήμα χρονίων, 15 που φιλοξενούνται σε ξενώνες και οικοτροφεία και 2 που διαμένουν σε προστατευόμενο διαμέρισμα, εποπτευόμενο από τον εκάστοτε ξενώνα.

3. Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά Εργαλεία

3.1 Κλίμακα θετικού και αρνητικού συνδρόμου στη σχιζοφρένεια (PANSS)

Θα χρησιμοποιήσουμε την Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS) για την εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας και ειδικότερα τις υποκλίμακες για τα θετικά και τα αρνητικά συμπτώματα.

Η κλίμακα μέτρησης της ψυχοπαθολογίας PANSS είναι η συνηθέστερα χρησιμοποιούμενη κλίμακα στις κλινικές μελέτες με ψυχωτικούς ασθενείς. Αποτελείται από 7 τμήματα για την εκτίμηση των θετικών συμπτωμάτων, 7 για τα αρνητικά συμπτώματα, ενώ περιλαμβάνει και άλλα 16 τμήματα γενικής ψυχοπαθολογίας.

3.2 Ερωτηματολόγιο Quality Of Life

Η ελληνική εκδοχή περιλαμβάνει τις 26 ερωτήσεις του αγγλικού πρωτοτύπου και 4 επιπλέον ερωτήσεις, που έχουν προκύψει από την προσαρμογή του ερωτηματολογίου (με ομάδες εστιασμένης συζήτησης) στα ελληνικά πολιτισμικά δεδομένα. Οι τέσσερις θεματικές ενότητες και οι αντίστοιχες ερωτήσεις εξετάζουν: (α) τη σωματική υγεία, (β) την ψυχική υγεία, (γ) τις κοινωνικές σχέσεις και (δ) το περιβάλλον.

4. Στατιστική επεξεργασία

Κατά την ανάλυση και περιγραφή των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών θα χρησιμοποιηθούν περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος, διάμεσος, σταθερή απόκλιση (SD), τυπικό σφάλμα μέσης τιμής) ως προς τις απαντήσεις τους σε κάθε κλίμακα καθώς και σε κάθε υποκλίμακα.

Εν συνεχεία θα γίνει σύγκριση των δεδομένων των τριών ομάδων.

Οι διαφορές (P) για όλους τους δείκτες που θα χρησιμοποιηθούν θα θεωρηθούν στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ($p < 0,05$).

Οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών και οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τις συγκρίσεις των ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών καθώς και τις συσχετίσεις των μεταβλητών θα εφαρμοστούν στο στατιστικό πακέτο SPSS.

Για τη σύγκριση των κατανομών θα χρησιμοποιηθεί το στατιστικό πακέτο SPSS.

Παράρτημα δεύτερο

Έντυπο Ενημέρωσης

Μελετούμε ορισμένα χαρακτηριστικά που πιθανώς να σχετίζονται με την ποιότητα ζωής και τη λειτουργικότητα ασθενών που νοσηλεύονται ή φιλοξενούνται στο ΨΝΑ «Δαφνί». Η μελέτη αφορά ψυχικά ασθενείς με το άρθρο 69 του Π.Κ..

Θα θέλαμε να σας ζητήσουμε να συμμετέχετε σε αυτή τη μελέτη και να αφιερώσετε λίγο από το χρόνο σας για τη συμπλήρωση του παρόντος ερωτηματολογίου. Η συμμετοχή σας αποτελεί σημαντική συμβολή στη έρευνά μας και η μη συμμετοχή σας καθιστά σχεδόν αδύνατη τη διεξαγωγή της. Η έρευνα έχει ως στόχο την εξαγωγή συμπερασμάτων και προτάσεων.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν απαιτεί την καταχώρηση προσωπικών σας στοιχείων, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η ανωνυμία των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς. **Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.**

Η έρευνα αυτή γίνεται για την εκπόνηση διπλωματικής εργασίας. Στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ψυχιατροδικαστικής» του τμήματος Ιατρικής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Ο συνεργάτης που θα σας χορηγήσει τα ερωτηματολόγια θα είναι στη διάθεσή σας για κάθε βοήθεια ή διευκρίνιση.

Σας ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας.

Παράρτημα τρίτο

Κλίμακα θετικού και αρνητικού συνδρόμου στη σχιζοφρένεια (PANSS - Kay et al,1986)

Οδηγίες: Βάλτε σε κύκλο την κατάλληλη βαθμολογία για κάθε λήμμα σύμφωνα με την κλινική συνέντευξη.

1=χωρίς σύμπτωμα, 2=μικρή, 3=ήπια, 4=μέτρια, 5=μετρίως σοβαρή, 6=σοβαρή, 7=εξαιρετική ένταση

ΘΕΤΙΚΗ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑ

Θ1	Παραλληληρικές Ιδέες	1 2 3 4 5 6 7
Θ2	Εννοιολογική Αποδιοργάνωση	1 2 3 4 5 6 7
Θ3	Ψευδαισθητική Συμπεριφορά	1 2 3 4 5 6 7
Θ4	Διέγερση	1 2 3 4 5 6 7
Θ5	Ιδέες Μεγαλείου	1 2 3 4 5 6 7
Θ6	Καχυποψία/Ιδέες Δίωξης	1 2 3 4 5 6 7
Θ7	Εχθρότητα	1 2 3 4 5 6 7

ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑ

N1	Αμβλύ Συναίσθημα	1 2 3 4 5 6 7
N2	Συναισθηματική Απόσυρση	1 2 3 4 5 6 7
N3	Πτωχή Συναισθηματική Σχέση	1 2 3 4 5 6 7
N4	Παθητική/απαθής κοινωνική απόσυρση	1 2 3 4 5 6 7
N5	Δυσκολία στην αφηρημένη σκέψη	1 2 3 4 5 6 7
N6	Έλλειψη αυθορμητισμού και ροής στην ομιλία	1 2 3 4 5 6 7
N7	Στερεότυπη σκέψη	1 2 3 4 5 6 7

ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑ ΓΕΝΙΚΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

Γ1	Σωματική ενασχόληση	1 2 3 4 5 6 7
----	---------------------	---------------

Γ2	Άγχος	1	2	3	4	5	6	7
Γ3	Αισθήματα ενοχής	1	2	3	4	5	6	7
Γ4	Ψυχική τάση	1	2	3	4	5	6	7
Γ5	Ιδιοτροπισμοί και λήψη παράξενων στάσεων	1	2	3	4	5	6	7
Γ6	Κατάθλιψη	1	2	3	4	5	6	7
Γ7	Κινητική επιβράδυνση	1	2	3	4	5	6	7
Γ8	Έλλειψη συνεργασίας	1	2	3	4	5	6	7
Γ9	Ασύνηθες περιεχόμενο σκέψης	1	2	3	4	5	6	7
Γ10	Διαταραχή του προσανατολισμού	1	2	3	4	5	6	7
Γ11	Διαταραχή προσοχής	1	2	3	4	5	6	7
Γ12	Έλλειψη κρίσης και εναισθησίας	1	2	3	4	5	6	7
Γ13	Διαταραχή της βούλησης	1	2	3	4	5	6	7
Γ14	Διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων	1	2	3	4	5	6	7
Γ15	Ενασχόληση	1	2	3	4	5	6	7
Γ16	Ενεργητική κοινωνική αποφυγή	1	2	3	4	5	6	7

Από την ελληνική προτύπωση της PANSS [7] μετά τη χορήγησή της σε 258 Έλληνες ασθενείς προέκυψαν οι πρότυπες ελληνικές τιμές για τη συνολική βαθμολογία της PANSS και για τις υποκλίμακές της που παρατίθενται πιο κάτω:

1. Εύρος πρότυπων τιμών Θετικής Κλίμακας

Εκατοστημόριο	Διάστημα τιμών	Επίπεδο βαρύτητας
95ο – 100ο	32-49	Πολύ υψηλή
75ο-94ο	25-31	Υψηλή
26ο-74ο	18-24	Μέση
6ο-25ο	13-17	Χαμηλή
1ο -5ο	8-13	Πολύ χαμηλή

2. Εύρος πρότυπων τιμών Αρνητικής Κλίμακας

Εκατοστημόριο	Διάστημα τιμών	Επίπεδο βαρύτητας
---------------	----------------	-------------------

95ο – 100ο	38-49	Πολύ υψηλή
75ο-94ο	29-37	Υψηλή
26ο-74ο	19-28	Μέση
6ο-25ο	13-18	Χαμηλή
1ο -5ο	8-12	Πολύ χαμηλή

3. Εύρος πρότυπων τιμών Σύνθετης Κλίμακας

Εκατοστημόριο	Διάστημα τιμών	Επίπεδο βαρύτητας
95ο – 100ο	11-42	Πολύ υψηλή
75ο-94ο	3-10	Υψηλή
26ο-74ο	-8-2	Μέση
6ο-25ο	-18- -9	Χαμηλή
1ο -5ο	-42- -19	Πολύ χαμηλή

4. Εύρος πρότυπων τιμών Κλίμακας Γενικής Ψυχοπαθολογίας

Εκατοστημόριο	Διάστημα τιμών	Επίπεδο βαρύτητας
95ο – 100ο	65-112	Πολύ υψηλή
75ο-94ο	49-64	Υψηλή
26ο-74ο	37-48	Μέση
6ο-25ο	29-36	Χαμηλή
1ο -5ο	17-28	Πολύ χαμηλή

5. Εύρος πρότυπων τιμών συνολικής βαθμολογίας της Κλίμακας PANSS

Εκατοστημόριο	Διάστημα τιμών	Επίπεδο βαρύτητας
95ο – 100ο	127-210	Πολύ υψηλή
75ο-94ο	101-126	Υψηλή
26ο-74ο	76-100	Μέση
6ο-25ο	57-75	Χαμηλή
1ο -5ο	31-56	Πολύ χαμηλή

Παράρτημα τέταρτο

Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής (WHOQOL-BREF)

Το ερωτηματολόγιο αυτό διερευνά το πώς **εσείς αξιολογείτε την ποιότητα της ζωής σας και την κατάσταση της υγείας σας**. Το περιεχόμενό του αναφέρεται σε σημαντικές διαστάσεις της ζωής, όπως π.χ. οι προσωπικές σχέσεις, η σωματική και ψυχική υγεία, η εργασία, το περιβάλλον κτλ., οι οποίες καθορίζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου.

Παρακαλούμε **να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις**. Εάν δεν είστε σίγουρος-η για την απάντησή σας σε κάποια ερώτηση, μπορείτε **να διαλέξετε εκείνη που νομίζετε ότι σας αντιπροσωπεύει καλύτερα**. Πολλές φορές, η καταλληλότερη απάντηση είναι η πρώτη που σκεφτήκατε να δώσετε.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα δικά σας κριτήρια και τις δικές σας προσδοκίες στη ζωή, καθώς και ό,τι σας δίνει χαρά, αλλά και ό,τι μπορεί να σας απασχολεί, θα θέλαμε οι απαντήσεις που θα δώσετε σε κάθε ερώτηση να αναφέρονται στις **δύο τελευταίες εβδομάδες** της ζωής σας.

Παράδειγμα ερώτησης:

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
Έχετε από τους άλλους τη συγκεκριμένη υποστήριξη που χρειάζεστε;	1	2	3	4	5

Για να απαντήσετε στην ερώτηση αυτή, παρακαλούμε να σημειώσετε **σε κύκλο** τον αριθμό που αντιστοιχεί περισσότερο στο βαθμό στον οποίο αισθάνεστε ότι έχετε υποστήριξη από τους άλλους **τις δύο τελευταίες εβδομάδες**. Για παράδειγμα, ας δούμε τα δύο άκρα της κλίμακας: Εάν κρίνετε ότι έχετε υποστήριξη σε **απόλυτα ικανοποιητικό βαθμό**, θα σημειώσετε σε κύκλο τον **αριθμό 5** που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση **“Απόλυτα”**. Εάν εκτιμάτε ότι δεν έχετε σε **καθόλου ικανοποιητικό**

βαθμό την υποστήριξη που χρειάζεστε από τους άλλους, τότε θα σημειώσετε σε κύκλο τον **αριθμό 1**, που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση “**Καθόλου**”.

Παρακαλούμε να διαβάσετε τις δύο παρακάτω ερωτήσεις και να αξιολογήσετε το πώς νιώθετε για την *ποιότητα ζωής* σας στο σύνολό της και την *υγεία* σας τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό της διαβαθμισμένης κλίμακας που αντιστοιχεί στην απάντησή σας και σας αντιπροσωπεύει καλύτερα.

		Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
1	Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;	1	2	3	4	5
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υγεία σας;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο βαθμό βιώνετε μια κατάσταση (π.χ. σωματικό πόνο). Παρακαλούμε οι απαντήσεις σας να αναφέρονται στο διάστημα των δύο τελευταίων εβδομάδων.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
3	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι τυχόν σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τις δουλειές σας;	1	2	3	4	5

4	Σε ποιο βαθμό χρειάζεστε οποιαδήποτε ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή σας ζωή; (πχ. φάρμακα, αιμοκάθαρση κλπ.)	1	2	3	4	5
5	Πόσο πολύ απολαμβάνετε τη ζωή;	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα;	1	2	3	4	5

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
7	Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε;	1	2	3	4	5
8	Πόσο ασφαλής από κινδύνους αισθάνεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
9	Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζείτε;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο βαθμό έχετε την δυνατότητα ή ικανότητα να βιώνετε μια κατάσταση με το συγκεκριμένο τρόπο που περιγράφεται στην ερώτηση (π.χ. την δυνατότητα ή ικανότητα να βρείτε πληροφορίες σε ένα θέμα που σας ενδιαφέρει, όπως οι διακοπές, η εκπαίδευση, η υγεία, η εργασία κ.α.). Οι απαντήσεις σας χρειάζεται να αναφέρονται στις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
10	Σε ποιο βαθμό έχετε την απαιτούμενη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
11	Σε ποιο βαθμό αποδέχεστε τη σωματική σας εικόνα και την εμφάνισή σας γενικότερα;	1	2	3	4	5
12	Σε ποιο βαθμό έχετε τα απαιτούμενα χρήματα για να καλύπτετε τις ανάγκες σας;	1	2	3	4	5
13	Πόσο εύκολα μπορείτε να βρείτε πληροφορίες τις οποίες χρειάζεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
14	Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία;	1	2	3	4	5
15	Πόσο καλά μπορείτε να κυκλοφορείτε και να κινείστε μέσα και έξω από το σπίτι;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο ικανοποιημένος/η νιώθετε με διάφορες πλευρές της ζωής σας τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Πολύ δυσ- ρεστημένος/ η	Δυσारे- στημένος / η	Ούτε δυσारेστη - μένος/η ούτε ικανοποιη- μένος/η	Ικανοποι- ημένος/η	Πολύ ικανο- ποιημένος/η
16	Πόσο ικανοποιημένος/ η είστε με τον ύπνο σας;	1	2	3	4	5
17	Πόσο ικανοποιημένος/ η είστε με την ικανότητά σας να τα βγάξετε πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
18	Πόσο ικανοποιημένος/ η είστε με την ικανότητά σας για εργασία;	1	2	3	4	5
19	Πόσο ικανοποιημένος/ η είστε με τον εαυτό σας;	1	2	3	4	5

20	Πόσο ικανοποιημένος/ η είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις;	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

		Πολύ δυσ- ρεστημένος/ η	Δυσारे- στημένος/ η	Ούτε δυσारेστη - μένος/η ούτε ικανοποιη- μένος/η	Ικανοποι- ημένος/η	Πολύ ικανο- ποιημένος/ η
21	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την σεξουαλική σας ζωή;	1	2	3	4	5
22	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;	1	2	3	4	5
23	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις συνθήκες που υπάρχουν στον τόπο που κατοικείτε;	1	2	3	4	5

24	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την πρόσβαση που έχετε σε διάφορες υπηρεσίες υγείας;	1	2	3	4	5
25	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τα μεταφορικά μέσα που χρησιμοποιείτε;	1	2	3	4	5

Η επόμενη ερώτηση εξετάζει πόσο συχνά νιώθετε ορισμένα συναισθήματα τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Συνεχώς
26	Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα, όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο ικανοποιημένος/η νιώθετε με συγκεκριμένες πλευρές της ζωής σας(π.χ., διατροφή, συναισθηματική ατμόσφαιρα στο σπίτι, κτλ) κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων.

		Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
N1	Πόσο καλή και σωστή θεωρείτε ότι είναι η διατροφή	1	2	3	4	5

		Πολύ δυσ- ρεστημένος/ η	Δυσarre- στημένος/η	Ούτε δυσareστ η- μένος/η ούτε ικανοποι η- μένος/η	Ικανοπο ι- ημένος/ η	Πολύ ικανο- ποιημένος/η
N2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τους κοινωνικούς ρόλους που έχετε αναλάβει και τις δραστηριότητες που έχετε αναπτύξει στον κοινωνικό τομέα;	1	2	3	4	5

N3	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι σας;	1	2	3	4	5
N4	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ικανοποιημένος/η με την εργασία ή την απασχόληση που έχετε; (δηλ. κατά πόσο ανταποκρίνεται στις ανάγκες και προσδοκίες σας)	1	2	3	4	5

Σας ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας.

Πληροφορίες για το ερωτηματολόγιο: Πρόγραμμα Ποιότητας Ζωής-Αιγινήτειο
Νοσοκομείο, 210-7289121, margkok@med.uoa.gr /Copy rights: M. Ginieri-
Coccossis et al 2008.

Βιβλιογραφία

Ελληνική βιβλιογραφία

1. Δουζένης, Α., και Λύκουρας, Ε. (2008). Ψυχιατροδικαστική. Αθήνα. Εκδόσεις Πασχαλίδη
2. Δουζένης, Α., Λύκουρας, Λ. (2011). Η επικινδυνότητα της σχιζοφρένειας. Ψυχιατρική, 22 (2), Άρθρο Σύνταξης (editorial)
3. Δουζένης, Α., και Λύκουρας, Ε. (2013). Θέματα νόμου και Ψυχιατρικής. Στο Παπαδημητρίου Γ.Ν., Λιάππας, Ι.Α., Λύκουρας, Ε., (Επιμ.), Σύγχρονη Ψυχιατρική (944-950). Αθήνα: Βήτα
4. Δουζένης, Α., Λύκουρας, Λ. (2014). Ηθική και Δεοντολογία στην Ψυχική Υγεία, Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ
5. Δουζένης, Α. (2017). Η βία στην μείζονα ψυχική διαταραχή (σχιζοφρένεια) – ΕΓΚΛΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ Τεύχος 1
6. Ζαρταλούδη, Α, Μαδιανός, Μ., (2010). Αναζητώντας βοήθεια απο ένα κέντρο ψυχικής υγιεινής, Περιοδικό ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, Τόμος 21, τεύχος (2), 126-135
7. Κοσμάτος, Κ., (1998). Η διάρκεια του εγκλεισμού σε ψυχιατρικό κατάστημα κατά το άρθρο 70 του ποινικού κώδικα. Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα
8. Κοσμάτος, Κ.(2002). Η ακούσια νοσηλεία σε μονάδες ψυχικής υγείας Ερευνητικές διαπιστώσεις και προοπτικές από την εφαρμογή του Νόμου 2071/1992 Αθήνα-Κομοτηνή: Εκδόσεις Σάκκουλα
9. Κοτσαλής, Λ., (2004). Δίκαιο και Ψυχιατρική. Η συνεργασία ανάμεσα στο δικαστή ουσίας και τον ψυχίατρο – πραγματογνώμονα στην ποινική δίκη. Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα
10. Κοτσαλής, Λ., (2004). Δικαστική Ψυχιατρική και απονομή της δικαιοσύνης. Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα
11. Κοτσαλής, Λ., (2008). Δικαστική Ψυχιατρική. Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα
12. Λειβαδίτης, Μ., (1994). Ψυχιατρική και Δίκαιο, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
13. Λειβαδίτης, Μ. 2008. Άσκηση της Ψυχιατροδικαστικής στην Ελλάδα. Στο Δουζένης, Α., Λύκουρας, Ε. (Επιμ.), Ψυχιατροδικαστική. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

14. Λύκουρας, Ε., Μπότσης, Α., & Ουλής, Π. Η. (1997). Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου (PANSS). Αθήνα: Εκδόσεις Τσιβεριώτης.
15. Λύκουρας Ε., Μπότσης, Α., Ουλής Π. Η. (2005). Η Κλίμακα Θετικού και αρνητικού Συνδρόμου (PANSS). Αθήνα: Εκδόσεις Επιστημονικές Εκδόσεις ΕΠΕ
16. Μαδιανός, Μ.Γ. (2006). Κλινική Ψυχιατρική. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη
17. Μάνου, Ν. (1997). Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής. University Studio Press, Θεσσαλονίκη
18. Μουρίκης, Η., & Δουζένης, Α. (2008). Σχιζοφρένεια και έγκλημα/παραβατικότητα. Στο Δουζένης, Α., Λύκουρας, Ε. (Επιμ.), Ψυχιατροδικαστική (121-129). Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
19. Νόμος 2716/1999
20. Νόμος 4059/2017
21. Νόμος 4619/2019
22. Παρασκευόπουλος, Ν., (1987). Φρόνημα και καταλογισμός. Εκδόσεις Αντ. Σάκκουλα
23. Πεγιάδης, Λ., (1987) Επικινδυνότητα, ιστορική και επιστημολογική προσέγγιση, μία έννοια σε κρίση, Έγκλημα και κοινωνία 4, 173-179
24. Σολδάτος Κ., Λύκουρας Λ., Σύγγραμμα Ψυχιατρικής, Τόμος 1, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα, 2006
25. Τσαλίκोगλου, Φ. (1990). Ο φόβος της τρέλας. Στο: Μ. Λειβαδίτης (Επιμ.), Επικινδυνότητα και κοινωνική ψυχιατρική, Αθήνα: Παπαζήσης.
26. Τσαλίκोगλου, Φ. (2007). Σχιζοφρένεια και φόνος. Αθήνα: Εκδόσεις Λιβάνη

Ξενόγλωσσων συγγραφέων

1. Birchwood, M., Cochrane, R., MacMillan, J.F., Copestake, S., Kucharaska, J., and Cariss, M.: The influence of ethnicity and family structure on relapse in first - episode schizophrenia: A comparison of Asia, Afro - Caribbean, and White patients. British Journal of Psychiatry, 1992, 161: 783 – 790
2. Black Donald, Andreasen Nancy, (2001) Εισαγωγή στην ψυχιατρική, 5^η έκδοση, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα

3. Currier, G.W., & Trenton, A. (2002). Pharmacological treatment of psychotic agitation. *CNS Drugs*, 16, 219 – 228
4. DSM - V (2013). Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία
5. Elbogen, E.B., & Johnson, S.J. (2009). The Intricate Link Between Violence and Mental Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2009, 66(2): 152-161. Ανακτήθηκε 23 Νοεμβρίου 2016 απο : <http://jamanetwork.com/> on 23/11/2016
6. Gabbard, Glen.O., (2006). Η ψυχοδυναμική ψυχιατρική στην κλινική πράξη, 3^η έκδοση, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα
7. Ginieri-Coccossis, M., Triantafyllou, E., Tomaras, V., Liappas, I., Christodoulou, G., Papadimitriou, G. (2009) Quality of life in mentally ill, physically ill and healthy individuals: The validation of the Greek version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100) questionnaire. *Annals of General Psychiatry*, 8: 23
8. Ginieri-Coccossis, M., Triantafyllou, E., Tomaras, V., Soldatos C., Mavreas, V., Christodoulou, G. (2012) Psychometric properties of WHOQOL-BREF in clinical and healthy Greek populations: Incorporating new culture-relevant items. *Psychiatriki*, 23, 130-142
9. ICD 10, (1992). Research Criteria, W.H.O.
10. Kaplan, & Sadock's., (2004). Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου
11. Kaplan & Sadock's (2010). Pocket Handbook of Clinical psychiatry. Published by arrangement with Lippincott Williams & Wilkins, USA
12. Kay, S. R., Fiszbein, A. & Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261–276
13. Kring, A.M., Davison, G.C., Neale, J.M., & Johnson, S.L., (2010). Ψυχοπαθολογία. Επιμ. Α. Ευρινόμη & Π. Ρούσση), (Μτφρ. Θ. Καραμπά). Αθήνα,: Gutenberg
14. Lindenmayer, J. P., Kay, S. R., & Opler, L. (1984). Positive and negative subtypes in acute schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 25(4), 455-464
15. Lindström, E., Wieselgren, I. M., & Von Knorring, L. (1994). Interrater reliability of the Structured Clinical Interview for the Positive and Negative

- Syndrome Scale for schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(3), 192-195
16. Mazey, G., Youngman, H., Kretschmar, I., & White, J. (2016). Stigma and discrimination in mentally disordered offender patients – a comparison with a non forensic population. *The journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27 (4), 517-529
 17. Nasrallah, H., Smeltzer, D., (2005). Ο ασθενής με σχιζοφρένεια. Σύγχρονη Διάγνωση και Αντιμετώπιση. Εκδόσεις Βαγιονάκης
 18. Poythress, N., Hoge, S.K., Bonnie, R.J., Monahan, J., & Eisenberg, M. (2001). The MacArthur adjudicative competence study: Executive summary. *Behavioral Sciences and Law*, 15, 329-345
 19. Rapoport, J.L., Addington, A.M., Fragu, S., The neurodevelopment model of schizophrenia, update 2005, *Mol Psychiatry* 2005, 10: 434-449
 20. Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2011). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins
 21. Sajatovic, M., Ramirez, L.F., (2001). Rating scales in mental health, Lexi-Comp Inc, Ohio, USA
 22. Walker, N. (1990). Ηθικά ζητήματα σχετικά με την κράτηση των επικίνδυνων ατόμων. Στο Λειβαδίτης Μ. (Επιμ.), Επικινδυνότητα και κοινωνική ψυχιατρική, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
 23. Webster, C., Eaves, D., Douglas, K.S., Hart, D.S., (2009). HCR-20 Εκτίμηση επικινδυνότητας για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς. (2^η έκδοση) (Επιμ. & μτφρ. Χ. Τσόπελας, Σ. Μαρτινάκη, & Α. Λαμπράκη). Αθήνα: Βήτα