



ΕΘΝΙΚΟ & ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Β΄ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Α. ΔΟΥΖΕΝΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ

Π.Μ.Σ. «ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ»
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΠΟΥΔΩΝ: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Α. ΔΟΥΖΕΝΗΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Σύγκριση παραβατικής συμπεριφοράς μεταξύ ασθενών που νοσηλεύθηκαν σε Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου με διάγνωση "ψυχωσική συνδρομή" και εκείνων που νοσηλεύτηκαν με την ίδια διάγνωση και παράλληλη χρήση ινδικής κάνναβης, κατά το έτος 2016»

Χρήστος Ι. Ιστίκογλου

ΑΘΗΝΑ, 2018

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Σύγκριση παραβατικής συμπεριφοράς μεταξύ ασθενών που νοσηλεύθηκαν σε Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου με διάγνωση "ψυχωσική συνδρομή" και εκείνων που νοσηλεύτηκαν με την ίδια διάγνωση και παράλληλη χρήση ινδικής κάνναβης, κατά το έτος 2016»

Χρήστος Ι. Ιστίκογλου
(ΑΜ: 20160364)

ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΕΣ

A. Δουζένης,

Καθηγητής Ψυχιατρικής-Ψυχοιατροδικαστικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

E. Ρίζος,

Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

I. Μιχόπουλος,

Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

A. Δουζένης,

Καθηγητής Ψυχιατρικής-Ψυχοιατροδικαστικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

E. Ρίζος,

Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

I. Μιχόπουλος,

Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Δεκέμβριος 2018

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Είναι ευρέως γνωστό ότι η χρήση ινδικής κάνναβης συνδέεται με βαθμό παραβατικότητας που είναι ωστόσο χαμηλότερος από τους χρήστες ηρωΐνης, κοκαΐνης και αλκοόλ. Από την άλλη πλευρά οι ψυχωσικοί ασθενείς χωρίς παράλληλη χρήση ινδικής κάνναβης εμφανίζουν παραβατική συμπεριφορά.

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η σύγκριση της παραβατικότητας των ασθενών που νοσηλεύθηκαν στην Ψυχιατρική Κλινική του Γ.Ν. «Κωνσταντοπούλειο» Νέας Ιωνίας το 2016 και διαγνώσθηκαν με ψυχωσική συνδρομή, με εκείνους που νοσηλεύθηκαν με την ίδια διάγνωση και παράλληλη χρήση ινδικής κάνναβης. Τα είδη της παραβατικότητας για τα οποία είχαν συλληφθεί οι νοσηλευόμενοι του δείγματος ήταν: κλοπή, ξυλοδαρμός, επικίνδυνη οδήγηση, κατοχή και εμπορία ινδικής κάνναβης, και φόνος, είτε εξ αμελείας είτε εκ προθέσεως.

Η εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς έχει επιπτώσεις στη δημόσια υγεία και εμφανίζεται στα πλαίσια αρκετών ψυχικών διαταραχών (Brandtland, 2002). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία τα ποσοστά εκδήλωσης βίαιης και εγκληματικής συμπεριφοράς είναι υψηλότερα σε ανθρώπους που έχουν διαγνωσθεί με κάποια σοβαρή και παγιωμένη ψυχική νόσο σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (Swanson et al., 2002).

Παρόλο που η χρήση κάνναβης αναφέρεται συχνά σε περιπτώσεις σύλληψης, εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς, ακούσιου τραυματισμού και εισαγωγή για νοσηλεία, εντούτοις η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της χρήσης κάνναβης και εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς έχει καταλήξει σε αντιφατικά συμπεράσματα.

Με βάση την παρούσα έρευνα βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ως προς τη σύλληψή τους για ξυλοδαρμό, και πιο συγκεκριμένα, το 60% του δείγματος που διαγνώσθηκε με ψυχωσική συνδρομή έχει συλληφθεί για ξυλοδαρμό, ενώ στο αντίστοιχο δείγμα με την ίδια διάγνωση και παράλληλη χρήση ινδικής κάνναβης, το 33,3% έχει συλληφθεί για την ίδια αιτία.

Κρίνεται ωστόσο σκόπιμο σε μελλοντικές προσπάθειες διερεύνησης της σύγκρισης παραβατικότητας μεταξύ των δύο προαναφερόμενων ομάδων ασθενών να ληφθούν υπόψη και άλλοι παράγοντες, όπως π.χ. ποσότητα κάνναβης, ποιότητα κάνναβης, χρονικό διάστημα χρήσης, πιθανή εμφάνιση συμπτωμάτων στέρησης καθώς και εξωτερικοί παράγοντες που οδήγησαν στη σύλληψη και στη νοσηλεία.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: *ινδική κάνναβη, παραβατικότητα, ψύχωση επαγόμενη από την ινδική κάνναβη, ψυχωσική διαταραχή.*

ABSTRACT

It is widely known that the use of cannabis is linked to a degree of delinquency which is, however, lower than heroin, cocaine and alcohol users. On the other hand, psychotic patients without parallel use of cannabis have a delinquent behavior.

The purpose of the present study was to compare the delinquency of the patients hospitalized at the Psychiatric Clinic of “Konstantopouleio” General Hospital of Nea Ionia in 2016, diagnosed with psychotic disorder, with those hospitalized with the same diagnosis and parallel use of cannabis. The types of delinquency for which the hospitalized sample patients were arrested were: theft, beating, dangerous driving, possession and trafficking of cannabis, and murder, whether premeditated or by negligence.

The manifestation of violent behavior has an impact on public health and occurs in the context of several mental disorders (Brandtland, 2002). According to the literature, rates of violent and criminal behavior are higher in people who have been diagnosed with a serious and established mental illness compared to the general population (Swanson et al., 2002).

Although cannabis use is often referred in cases of arrest, violent behavior, involuntary injury, and admission for hospitalization, the investigation of the relationship between cannabis use and violent behavior has led to contradictory conclusions.

Based on the present study, there was a statistically significant difference between the two groups in terms of their arrest for beating, and more specifically, 60% of the sample diagnosed with psychotic disorder was arrested for beating, while in the corresponding sample with the same diagnosis and parallel use of cannabis, 33.3% have been arrested for the same cause.

However, in future attempts to investigate the comparison between the two above-mentioned patient groups, it is advisable to take into consideration other factors, such as, quantity and quality of cannabis, duration of use, possible withdrawal symptoms, as well as external factors that led to the arrest and hospitalization.

KEY WORDS: *cannabis, delinquency, cannabis induced psychosis, psychotic disorder.*

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Αφιερωμένο στη μνήμη του Αγαπημένου μου Πατέρα Ιωάννη Χ. Ιστίκογλου και στη μνήμη των Αγαπημένων μου Δασκάλων Γιάννη Χ. Τριποδιανάκη και Δημόκριτου Ε. Σαραντίδη, καθώς επίσης και στην Αγαπημένη μου Μητέρα Βάγια Ιστίκογλου, πάντα στοργική, παρούσα με την άοκνη συμπαράστασή της στο μόχθο της καθημερινής μου εργασίας.

Με τιμή και Σεβασμό,

Δρ. Χρήστος Ι. Ιστίκογλου

Ψυχίατρος – Διευθυντής ΕΣΥ

Γ.Ν. «Κωνσταντοπούλειο» Ν. Ιωνίας

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θεωρώ υποχρέωσή μου να ευχαριστήσω την Τριμελή Επιτροπή της Διπλωματικής μου εργασίας, τους Αξιότιμους κ.κ. Αθανάσιο Δουζένη, Καθηγητή Ψυχιατρικής-Ψυχοιατροδικαστικής ΕΚΠΑ, Εμμανουήλ Ρίζο, Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, και Ιωάννη Μιχόπουλο, Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ στη Β΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ στο «Αττικό» Νοσοκομείο.

Επίσης ευχαριστώ τις Ψυχολόγους και Γραμματείς στο ΠΜΣ Ψυχοιατροδικαστική κ.κ. Εύη Καλούδη και Γιώτα Μπαλλή.

Επίσης ευχαριστώ θερμά τον κ. Δημήτρη Βλυσίδα, πρώην Διευθυντή μου στον Ψυχιατρικό Τομέα του Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας, και τον Ομότιμο Καθηγητή Ψυχιατρικής κ. Ιωάννη Λιάππα, για τις πολύτιμες συμβουλές και παρατηρήσεις τους, καθώς και την κ. Πολύμνια Μπαντουβά που επιμελήθηκε τη συγγραφή του παρόντος πονήματος.

Με τιμή και Σεβασμό,

Δρ. Χρήστος Ι. Ιστίκογλου
Ψυχίατρος – Διευθυντής ΕΣΥ
Γ.Ν. «Κωνσταντοπούλειο» Ν. Ιωνίας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	8
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ	41
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	43
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	51
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	57
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	59

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Γενικά περί ινδικής κάνναβης

Η χρήση κάνναβης μπορεί να προκαλέσει οξεία, αρνητικά, ψυχολογικά φαινόμενα που μιμούνται ψυχιατρικές διαταραχές, πχ. τη σχιζοφρένεια και τη διπολική διαταραχή (μανιοκατάθλιψη). Αν και υπάρχουν επαρκή στοιχεία από πολυάριθμες, έγκριτες, κλινικές μελέτες που υποστηρίζουν αυτό το δεδομένο, ο μηχανισμός με τον οποίο συμβαίνουν είναι αρκετά πολύπλοκος και όχι πολύ κατανοητός. Φαίνεται, όμως, ότι ορισμένοι άνθρωποι εκδηλώνουν μεγαλύτερη ευαισθησία από άλλους.

Οι επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν, πάντως, ότι όσο αυξάνεται η συχνότητα της κατάχρησης τόσο αυξάνει ο κίνδυνος για την εκδήλωση ψυχωσικών διαταραχών, όπως η σχιζοφρένεια. Επιπλέον, από τις μελέτες προκύπτει ότι η κάνναβη είναι η ναρκωτική ουσία με τη μεγαλύτερη κατάχρηση μεταξύ των ανθρώπων που υποφέρουν με διπολική διαταραχή του συναισθήματος (Leweke F et al, 2008) [67].

Η κάνναβη προκαλεί ευφορία και χαλάρωση, μεταβολές στην αντίληψη, στρέβλωση στην αίσθηση του χρόνου και εντατικοποίηση των απλών αισθητηριακών εμπειριών, όπως η γεύση του φαγητού και η συναισθηματική απάντηση σε άλλα εξωτερικά ερεθίσματα πχ. σε ένα φιλμ, ή στη μουσική. Ακόμη, διαταράσσεται η βραχυπρόθεσμη μνήμη και διασπάται η προσοχή, ενώ μειώνονται χαρακτηριστικά τα αντανακλαστικά, οι κινητικές δεξιότητες και η ικανότητα επιτέλεσης μιας εξειδικευμένης εργασίας.

Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες από την περιστασιακή χρήση της είναι το άγχος και οι αντιδράσεις πανικού. Οι έμπειροι χρήστες αναπτύσσουν ανοχή και εμφανίζουν τις παρενέργειες και τις προσδοκώμενες επιδράσεις σε μεγαλύτερες δόσεις από τον αρχάριο. Παρόλα αυτά, η τοξίκωση με κάνναβη μπορεί να οδηγήσει ορισμένους, κατά τα άλλα υγιείς, χρήστες σε οξεία ψύχωση, ή να επιφέρει βραχυπρόθεσμη έξαρση προϋπάρχουσας ψυχωσικής διαταραχής, με πιο σύνηθες σύμπτωμα και στις δύο περιπτώσεις τις ακουστικές ψευδαισθήσεις (ο πάσχων ακούει φωνές). Η χρήση κάνναβης προκαλεί επίσης συμπτώματα όπως η αποπροσωποποίηση (η αίσθηση ότι κάποιος παρατηρεί τον εαυτό του «απ'έξω» αισθανόμενος το σώμα ή τις σκέψεις του σαν κάτι ξένο και η αίσθηση ότι η πραγματικότητα είναι “σαν όνειρο” ή “σαν ταινία”, ή ότι το σώμα του λειτουργεί και κινείται μηχανικά), η διάχυτη ανησυχία θανάτου, η κρίση πανικού και ο παρανοϊκός ιδεασμός με ιδέες καταδίωξης, οι αναδρομές στο παρελθόν (flashbacks) που συνοδεύουν τις διαταραχές της αντίληψης, κ.α.

Σε ό,τι αφορά στις διαταραχές του συναισθήματος, οι χρήστες της κάνναβης

διαγιγνώσκονται με κατάθλιψη πιο συχνά από ό,τι οι μη χρήστες. Ωστόσο, δεν φαίνεται ότι η κάνναβη προκαλεί άμεσα κατάθλιψη, με εξαίρεση την καταθλιπτική αντίδραση, οξέως κατά την τοξίκωση. Όταν η κατάχρηση κάνναβης προηγείται της εκδήλωσης μιας διπολικής διαταραχής τότε φαίνεται ότι έχει σημαντική επίδραση στην επίπτωση του πρώτου επεισοδίου, αλλά και στην πορεία της διαταραχής, καθώς δύναται να αυξήσει πολύ τον κίνδυνο για τα επόμενα μανιακά επεισόδια.

Μολονότι το κύριο ψυχότροπο συστατικό της κάνναβης Δ9-τετραϋδροκανναβινόλη, ή Δ9-THC, επιφέρει ψυχικά αποτελέσματα μέσα σε λίγα λεπτά, η Δ9-THC είναι λιποδιαλυτή και αυτό της επιτρέπει να συσσωρεύεται στους λιπώδεις ιστούς φθάνοντας μέγιστες συγκεντρώσεις σε 4 έως 5 ημέρες. Στη συνέχεια απελευθερώνεται βραδέως στη συστηματική κυκλοφορία, μέσω της οποίας συνεχίζει την επίδρασή της στον εγκέφαλο και σε ακόμη πιο υψηλές συγκεντρώσεις. Εκεί επηρεάζει τη σηματοδότηση στα κυκλώματα «ευχαρίστησης» και «κίνησης» του προμετωπιαίου φλοιού και του ραβδωτού σώματος στα βασικά γάγγλια, με μάλλον περίπλοκες αλληλεπιδράσεις με νευροδιαβιβαστές όπως η ντοπαμίνη, το γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA) και το γλουταμινικό οξύ (Degenhardt L et al, 2003) [20].

Τόσο το κάπνισμα όσο και η κατάποση του THC αυξάνουν την καρδιακή συχνότητα κατά 20-50% μέσα σε λίγα λεπτά, για διάστημα έως και 3 ωρών. Η πίεση του αίματος αυξάνεται ενώ ο χρήσης παραμένει καθισμένος και μειώνεται όταν στέκεται όρθιος [20].

Τα ψυχωσικά συμπτώματα από την κάνναβη έχουν πιθανότατα σχέση με την ανώμαλη «περίοπτη απόδοση», ένα φαινόμενο που προκαλεί η THC, κατά το οποίο ο εγκέφαλος δυσκολεύεται να επεξεργαστεί και να ερμηνεύσει τη διαφορά μεταξύ των προσλαμβανόμενων ερεθισμάτων που είναι σημαντικά και εκείνων που δεν είναι [20].

Ένα άλλο, ενδιαφέρον, φαινομενολογικό χαρακτηριστικό από τη μακροχρόνια και συστηματική κατάχρηση κάνναβης είναι το σύνδρομο «έλλειψης κινήτρων». Εδώ οι χρήστες χάνουν προοδευτικά την επιθυμία να εργάζονται, ή να ανταγωνίζονται. Σημειωτέον, ωστόσο, ότι είναι αρκετά δυσδιάκριτο το όριο μεταξύ της προσωπικότητας που χαρακτηριολογικά επιλέγει έναν περισσότερο μποέμ τρόπο ζωής σε βάθος χρόνου και της επίδρασης του ναρκωτικού σε έναν άνθρωπο που κατά τα άλλα θα υιοθετούσε τα κίνητρα που προβάλλει η ίδια η κοινωνία (Ashton C, 2001) [5].

Υπάρχει μια μεγάλη παρεξήγηση σχετικά με τις πιθανές ιατρικές χρήσεις της κάνναβης. Οι επιστήμονες οφείλουμε να διευκρινίζουμε ότι εκεί ζυγίζεται το κόστος και το όφελος, όπως συμβαίνει κάθε φορά που αξιολογούμε ένα φάρμακο και πάντως η

χορήγηση γίνεται ακόμη πειραματικά, σε ορισμένες χώρες, αφορά σε παράγωγα της κάνναβης, και πραγματοποιείται υπό ελεγχόμενες συνθήκες (με ιατρική παρακολούθηση).

Η άλλη παρεξήγηση για την κάνναβη αφορά, κατά τη γνώμη μου, στη σύγκρισή της με τη νικοτίνη. Δεν πρέπει να μας απασχολεί η σύγκριση των δύο. Και οι δύο ουσίες προκαλούν εξάρτηση και οι δύο είναι δηλητήρια και έχουν σημαντικές παρενέργειες – που απασχολούν πολλές ιατρικές ειδικότητες – και, δυνητικά, θανατηφόρο αποτέλεσμα. Ως προς το κοινωνικοπολιτικό ζητούμενο – που δεν πρέπει να συγχέεται με τη βιολογική διάσταση -, οι περισσότεροι ερευνητές συνηγορούν υπέρ της απαγόρευσης και των δύο και σε καμία περίπτωση υπέρ της νομιμοποίησης για όλους τους παραπάνω λόγους.

ΓΙΑΤΙ ΟΧΙ

- Άγχος και πανικός
- Μειωμένη προσοχή, μνήμη και ψυχοκινητική απόδοση σε κατάσταση μέθης
- Αυξημένος κίνδυνος ατυχήματος, όταν κάποιος οδηγεί μηχανοκίνητο όχημα υπό την επήρεια κάνναβης, ειδικά αν έχει καταναλώσει και αλκοόλ
- Αυξημένος κίνδυνος ψυχωσικών συμπτωμάτων μεταξύ εκείνων που είναι ευάλωτοι, ειδικά επί προσωπικού ή οικογενειακού ιστορικού ψύχωσης
- Καταθλιπτική αντίδραση και πυροδότηση συναισθηματικών διαταραχών

Η συνεχιζόμενη χρήση κάνναβης προδικάζει τη βία μετά από οξεία συμπτωματολογία ψυχωσικής τάξης φαινομένου

Η βία είναι σημαντικός παράγοντας ανησυχίας και είναι διαδεδομένη σε αρκετές ψυχιατρικές διαταραχές. Η χρήση ουσιών έχει συσχετιστεί με την επιδείνωση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων, καθώς και με τη βία. Σε σύγκριση με άλλες ουσίες, όπως είναι το αλκοόλ και η κοκαΐνη, η υφιστάμενη βιβλιογραφία που αφορά τη σχέση κάνναβης-αλκοόλ είναι περισσότερο περιορισμένη, με τις περισσότερες μελέτες να διεξάγονται επί του γενικού πληθυσμού, ενώ τα αποτελέσματα είναι συνήθως αμφιλεγόμενα. Όταν εξετάζονται οι επιπτώσεις της επίμονης χρήσης κάνναβης σε μελλοντικές βίαιες συμπεριφορές, έχει αποδεχθεί ότι η σχέση είναι στενότερη. Ωστόσο, αν και η χρήση της κάνναβης είναι διαδεδομένη μεταξύ των ψυχιατρικών ασθενών, ο όγκος της βιβλιογραφίας επί του θέματος που αφορά μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε αυτόν τον πληθυσμό είναι σημαντικά χαμηλότερος [26].

Η βίαιη συμπεριφορά αποτελεί σημαντικό παράγοντα επιβάρυνσης της δημόσιας υγείας [9]. Η βιβλιογραφία έχει υποδείξει ότι η βία και η εγκληματικότητα είναι υψηλότερες στους πληθυσμούς που υποφέρουν από σοβαρές ψυχιατρικές ασθένειες (ΣΨΑ), σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό [123]. Ακόμα υψηλότερα ποσοστά βίαιης συμπεριφοράς έχουν διαπιστωθεί σε όσους πάσχουν από διαταραχές χρήσης ουσιών (ΔΧΟ) [6]. Επιπλέον, η χρήση ουσιών έχει συσχετιστεί ανεξάρτητα με τη βία, τόσο στον γενικό πληθυσμό όσο και μεταξύ των ψυχικώς νοσούντων [72, 84, 123]. Πρόκειται για σημαντικό πρόβλημα που συνδέεται με πολλαπλά, δυσμενή αποτελέσματα. Το πρόβλημα αυτό ευθύνεται για μεγάλο μέρος των αυξανόμενων κινδύνων που ευθύνονται για ψυχιατρικές διαταραχές [1, 124, 126] και έχει συσχετιστεί με παροξυμένα ψυχιατρικά συμπτώματα (π.χ. ψυχωτικά συμπτώματα) [111]. Αν και οι μελέτες διαφέρουν σημαντικά, ο γενικός συσχετισμός μεταξύ της χρήσης ουσιών και της εγκληματικής και της βίαιης συμπεριφοράς έχουν εδραιωθεί εδώ και καιρό [6, 15, 41]. Σε σύγκριση με άλλες ουσίες, η σχέση μεταξύ της χρήσης αλκοόλ και της βίαιης συμπεριφοράς έχει μελετηθεί σε μεγαλύτερη έκταση, τόσο συγχρονικά όσο και διαχρονικά [14, 66, 101, 121]. Έχουν επίσης προκύψει ισχυρές αποδείξεις που υποστηρίζουν τον συσχετισμό μεταξύ της χρήσης διεγερτικών (δηλαδή κοκαΐνης και μεθαμφεταμίνης) και βίαιης συμπεριφοράς [6, 24].

Ωστόσο, αν και η κάνναβη είναι μια από τις ουσίες που έχουν χρησιμοποιηθεί συνηθέστερα σε περιστατικά συλλήψεων, βίαιης συμπεριφοράς, νοσηλείας σε κέντρα πρώτων βοηθειών και νοσοκομεία, καθώς και σε περιστατικά ακούσιων τραυματισμών [3], η υφιστάμενη βιβλιογραφία αναφορικά με τον συσχετισμό της με τη βίαια συμπεριφορά είναι πιο περιορισμένη, κυρίως μεταξύ ψυχιατρικών ασθενών, με τις περισσότερες μελέτες να βασίζονται στον γενικό πληθυσμό. Σε αντίθεση με τις μελέτες που αφορούν άλλες ουσίες, η μελέτη της σχέσης χρήσης κάνναβης-βίαιης συμπεριφοράς έχει αποδώσει αντικρουόμενα αποτελέσματα [85]. Τόσο συγχρονικές όσο και διαχρονικές μελέτες [7, 37, 39, 40, 75, 85, 138] κατέδειξαν συχνά θετική σχέση μεταξύ της χρήσης κάνναβης και των επιθετικών συμπεριφορών. Για παράδειγμα, τα αποτελέσματα της διαχρονικής Μελέτης Dunedin, η οποία εξέτασε τον σχετικό κίνδυνο εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς μεταξύ διαφορετικών ψυχιατρικών διαταραχών, κατέδειξαν ότι, μετά τον έλεγχο για συγχυτικούς παράγοντες, όπως είναι άλλες ψυχιατρικές διαταραχές ή η κατάχρηση άλλων ουσιών (συμπεριλαμβανομένης της εξάρτησης από το αλκοόλ), τα άτομα που παρουσίαζαν εξάρτηση από τη μαριχουάνα είχαν 3,8πλάσιες πιθανότητες να αναφέρουν βίαιη συμπεριφορά, σε σύγκριση τους μάρτυρες [3]. Και άλλες μελέτες που

αφορούν τους ψυχικά νοσούντες έχουν καταδείξει την εκδήλωση βίαιων συμπεριφορών [13, 22, 48]. Αν και οι μελέτες κατέδειξαν θετική σχέση μεταξύ χρήσης κάνναβης-βίαιης συμπεριφοράς, ορισμένες κατέδειξαν περισσότερο ποικίλα αποτελέσματα, όπου η χρήση κάνναβης δεν σχετιζόταν με βίαιη συμπεριφορά ή αποτελούσε ακόμα και παράγοντα καταστολής [45, 85]. Για παράδειγμα, μεταξύ του ψυχιατρικού πληθυσμού, αναφέρθηκε έλλειψη συσχετισμού σε ένα πληθυσμό σχιζοφρενών ασθενών, μετά τη συμπερίληψη άλλων δυνητικών παραγόντων επικινδυνότητας [65]).

Ορισμένες μελέτες επί του γενικού πληθυσμού έχουν επίσης αναφέρει αποτελέσματα σχετικά με την κατευθυντικότητα του συσχετισμού χρήσης κάνναβης-βίαιης συμπεριφοράς, ως προς το εάν η εμπλοκή σε βίαιη συμπεριφορά μπορεί να οδηγήσει στη χρήση κάνναβης ή το αντίθετο ή εάν αυτοί οι συσχετισμοί συνδέονται με περισσότερο περίπλοκο τρόπο [96]. Εντούτοις, τα προκαταρκτικά αποτελέσματα έχουν αναφέρει σχέση δόσοεξαρτώμενης ανταπόκρισης μεταξύ του καπνίσματος κάνναβης και των βίαιων συμπεριφορών/παραβατικότητας [8, 84, 93, 105, 112]. Ωστόσο, έχουν διενεργηθεί λίγες διαχρονικές μελέτες, οι οποίες είναι καταλληλότερες για την εξέταση των σχέσεων αιτιότητας, σε σύγκριση με τις συγχρονικές μελέτες [94]. Επιπλέον, ορισμένες έχουν εξετάσει περισσότερο την ενδεχόμενη αμοιβαία σχέση μεταξύ του καπνίσματος κάνναβης και των βίαιων συμπεριφορών, περιορίζοντας περαιτέρω των συμπερασμάτων που μπορούν να συναχθούν σχετικά με την αιτιότητα [21, 25, 68, 112, 139]. Ωστόσο, αυτές οι αναλύσεις απέδωσαν μάλλον ανίσχυρες αποδείξεις. Είναι ενδιαφέρον ότι πρόσφατες μελέτες κατέδειξαν ότι, όταν εξετάζονται οι επιπτώσεις της επίμονης χρήσης κάνναβης σε παρεπόμενες βίαιες συμπεριφορές, η σχέση είναι στενότερη [68, 105, 112]. Και όμως, μόνο περιορισμένος αριθμός ερευνών εστίασε σε αυτόν τον δυνητικά σημαντικό παράγοντα, εξ' όσων γνωρίζουμε καμία, μεταξύ του ψυχιατρικού πληθυσμού.

Συνολικά, δεν έχει επιτευχθεί σαφής γενική παραδοχή αναφορικά με τη συνάφεια και την κατευθυντικότητα μεταξύ της χρήσης κάνναβης και της βίαιης συμπεριφοράς. Ο κυριότερος λόγος για την απόκλιση μεταξύ αυτών των αποτελεσμάτων ενδέχεται να είναι η εφαρμογή ασύμβατων μεθοδολογιών μεταξύ των μελετών [94], καθώς διαφέρουν σημαντικά ως προς τις μετρήσεις, τις μελετώμενες περιόδους ανάπτυξης και το χρονικό διάστημα μεταξύ των κυμάτων [71]. Επιπλέον, οι υφιστάμενες μελέτες που διενεργήθηκαν ήταν κατά κύριο λόγο συγχρονικές και ενδέχεται τα αποτελέσματά τους να διακυβεύτηκαν από την δυνητική ύπαρξη συγχυτικών παραγόντων, τόσο αμετάβλητων με τον χρόνο (π.χ. στοιχείων προσωπικότητας) όσο και δυναμικά μεταβαλλόμενων με τον

χρόνο (π.χ. χρήση ουσίας) [73]. Στην πραγματικότητα, η συμπερίληψη συμμεταβλητών (συγχυτικών παραγόντων) που είναι γνωστό ότι επηρεάζουν τόσο τη χρήση της κάνναβης όσο και τη βίαιη συμπεριφορά σε στατιστικές αναλύσεις, όπως η χρήση του αλκοόλ ή η αντικοινωνικότητα ως στοιχείο χαρακτήρα, δεν αναφέρεται πάντοτε [93]. Οι μελέτες που δεν έχουν ελεγχθεί ως προς τις επιπτώσεις τέτοιου είδους μεταβλητών ενδέχεται να έχουν υπερεκτιμήσει το εύρος της σχέσης μεταξύ της κάνναβης και της βίαιης συμπεριφοράς. Όντως, έχει παρατηρηθεί σημαντική αποδυνάμωση του συσχετισμού σε μελέτες που συμπεριέλαβαν αυτούς τους συγχυτικούς παράγοντες. Επιπλέον, οι μελέτες διαφέρουν ως προς τον μελετώμενο πληθυσμό. Προκαλεί έκπληξη ότι έχει δοθεί λιγότερη προσοχή στη διερεύνηση της σχέσης και την κατευθυντικότητα του συσχετισμού, καθώς και στη σχέση με την επίμονη χρήση κάνναβης μεταξύ των ψυχιατρικών ασθενών. Ωστόσο, η χρήση κάνναβης είναι γνωστό ότι εμφανίζεται συχνότερα στα άτομα με ΣΨΑ [43].

Λόγω αυτών των κενών και της περιορισμένης βιβλιογραφίας μεταξύ του ψυχιατρικού πληθυσμού, αυτή η μελέτη στοχεύει στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της χρήσης κάνναβης και της βίαιης συμπεριφοράς σε ένα μεγάλο δείγμα ψυχιατρικών ασθενών που έχουν λάβει πρόσφατα εξιτήριο, με εστίαση στην επίμονη χρήση κάνναβης. Προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι διάφοροι μεθοδολογικοί περιορισμοί της προγενέστερης βιβλιογραφίας, προτιμήθηκε η ανάλυση των δεδομένων που παρέχει η Μελέτη Αξιολόγησης Κινδύνων MacArthur σε προοπτικό σχεδιασμό. Χρησιμοποιήθηκε η υπόθεση ότι θα διαπιστωθεί η ύπαρξη αμφίδρομης σχέσης μεταξύ της χρήσης κάνναβης και της βίαιης συμπεριφοράς και ότι η επίμονη χρήση κάνναβης από τα άτομα με ψυχιατρικά προβλήματα στα διάφορα χρονικά σημεία θα αποτελέσει σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης μεταγενέστερων φυσικών επιθέσεων, μετά τον έλεγχο για τους σημαντικούς συγχυτικούς παράγοντες που εμφανίζονται στη βιβλιογραφία, τόσο αναφορικά με τη χρήση κάνναβης όσο και με τη βίαιη συμπεριφορά.

Σχιζοφρένεια και βία: συστηματική ανασκόπηση και μετά-ανάλυση.

Σύμφωνα με το άρθρο του Sheena Fazel [34] όπου η γνώμη των ειδικών διαβεβαιώνει ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς σε άτομα με σχιζοφρένεια και άλλες ψυχώσεις, υπάρχει σημαντική ανομοιογένεια μεταξύ των μελετών που αναφέρουν τον κίνδυνο εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς, καθώς και αβεβαιότητα σχετικά με τις αιτίες αυτής της ανομοιογένειας. Πραγματοποιήθηκε μια συστηματική ανασκόπηση των μελετών που αναφέρουν συσχετισμούς μεταξύ της βίαιης

συμπεριφοράς και της σχιζοφρένειας ή άλλων ψυχώσεων. Επιπλέον, έγινε συστηματική ανασκόπηση των ερευνών που ανέφεραν τον κίνδυνο ανθρωποκτονίας σε άτομα με σχιζοφρένεια και άλλες ψυχώσεις.

Έγινε έρευνα στις βάσεις δεδομένων και τους καταλόγους παραπομπών βιβλιογραφίας από το 1970 έως τον Φεβρουάριο του 2009, για μελέτες που ανέφεραν κινδύνους διαπροσωπικής βίας ή/και βίαιων εγκληματικών πράξεων σε άτομα με σχιζοφρένεια και άλλες ψυχώσεις, σε σύγκριση με δείγματα του γενικού πληθυσμού. Αυτά τα δεδομένα μετα-αναλύθηκαν και έγινε συλλογή των λόγων αναλογιών (ΛΑ) με τη χρήση μοντέλων τυχαίων επιδράσεων. Από την κάθε μελέτη εξάχθηκαν δέκα δημογραφικές και κλινικές μεταβλητές, προκειμένου να ελεγχθεί οποιαδήποτε παρατηρούμενη ανομοιογένεια στις εκτιμήσεις κινδύνου. Εντοπίστηκαν 20 μεμονωμένες μελέτες, οι οποίες ανέφεραν αποτελέσματα από 18.423 άτομα με σχιζοφρένεια και άλλες ψυχώσεις. Στους άνδρες, οι ΛΑ για τη σύγκριση της βίαιης συμπεριφοράς μεταξύ των πασχόντων από σχιζοφρένεια και άλλες ψυχώσεις και των μην πασχόντων από ψυχιατρικές νόσους ποίκιλαν από 1 έως 7, με σημαντική ανομοιογένεια ($I^2=86\%$). Στις γυναίκες, των εύρος των ΛΑ εκτεινόταν από 4 έως 29, με σημαντική ανομοιογένεια ($I^2=85\%$). Η επίπτωση της συννοσηρής κατάχρησης ουσιών επισημάνθηκε από ΛΑ τυχαίων επιπτώσεων 2,1 (διάστημα εμπιστοσύνης 95% [ΔΕ] 1,7-2,7) χωρίς συννοσηρότητα και ΛΑ 8,9 (95% ΔΕ 5,4-14,7) με συννοσηρότητα ($p<0,001$ στη μεταπαλινδρόμηση). Οι αξιολογήσεις κινδύνου βίαιης συμπεριφοράς στα άτομα με κατάχρηση ουσιών (αλλά χωρίς ψυχώσεις) ήταν παρόμοιες με εκείνες που έγιναν στα άτομα με ψυχώσεις με συννοσηρότητα κατάχρησης ουσιών και είχαν υψηλότερα αποτελέσματα από όλες τις μελέτες με ψυχώσεις, ανεξάρτητα από τη συννοσηρότητα. Η επιλογή της μεθόδου μέτρησης των αποτελεσμάτων, είτε το δείγμα είχε διαγνωστεί με σχιζοφρένεια είτε με μη σχιζοφρενικές ψυχώσεις, του τόπου διεξαγωγής της μελέτης ή της περιόδου διάρκειας της μελέτης δεν σχετίζεται σημαντικά με τις εκτιμήσεις κινδύνου στην ανάλυση υποομάδων ή μεταπαλινδρόμησης. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν οι διαχρονικοί σχεδιασμοί σχετίζονται με χαμηλότερα ποσοστά στις εκτιμήσεις κινδύνου. Ο κίνδυνος ανθρωποκτονίας ήταν αυξημένος στα άτομα με ψύχωση (με και χωρίς συννοσηρότητα κατάχρησης ουσιών) σε σύγκριση με τους μάρτυρες γενικού πληθυσμού (ΛΑ τυχαίων επιδράσεων=19,5, 95% ΔΕ 14,7- 25,8).

Η σχιζοφρένεια και οι άλλες ψυχώσεις σχετίζονται με τη βία και τις βίαιες επιθέσεις, ειδικότερα την ανθρωποκτονία. Ωστόσο, το μεγαλύτερο μέρος του επιπρόσθετου κινδύνου φαίνεται να επάγεται από τη συννοσηρότητα κατάχρησης ουσιών. Ο κίνδυνος

σε αυτούς τους ασθενείς με συννοσηρότητα είναι παρόμοιος με τον κίνδυνο που αφορά την κατάχρηση ουσιών χωρίς ψυχώσεις. Για τις στρατηγικές δημόσιας υγείας που στοχεύουν στον περιορισμό των βίαιων αντιδράσεων, θα μπορούσε να εξεταστεί η πρωτεύουσα και δευτερεύουσα πρόληψη της κατάχρησης ουσιών.

Η σχιζοφρένεια είναι μια χρόνια, σοβαρή ψυχική διαταραχή. Ένα στα 100 άτομα θα παρουσιάσει τουλάχιστον ένα επεισόδιο σχιζοφρένειας στη διάρκεια της ζωής του. Στα συμπτώματα συγκαταλέγονται τα παραληρήματα (για παράδειγμα, οι ασθενείς πιστεύουν ότι κάποιος συνωμοτεί εναντίον τους) και ψευδαισθήσεις (οι ασθενείς ακούν ή βλέπουν πράγματα που δεν υπάρχουν). Στους άνδρες, η σχιζοφρένεια συνήθως εκδηλώνεται στο τέλος της εφηβείας ή στην αρχή της ενηλικίωσης, ενώ στις γυναίκες η σχιζοφρένεια τείνει να εμφανίζεται λίγο αργότερα. Στα αίτια της σχιζοφρένειας συγκαταλέγεται η γενετική προδιάθεση, οι μαιευτικές επιπλοκές, η χρήση παράνομων ουσιών (κατάχρηση ουσιών), καθώς και οι τραυματικές εμπειρίες. Η νόσος μπορεί να αντιμετωπιστεί με έναν συνδυασμό αντιψυχωτικών φαρμάκων και υποστηρικτικής θεραπείας. Στα πολύ σοβαρά περιστατικά, ενδέχεται να χρειαστεί νοσηλεία σε νοσοκομείο, για αποτραπεί ο αυτοτραυματισμός. Πολλά άτομα με σχιζοφρένεια βελτιώνονται σημαντικά μετά τη θεραπεία και κατορθώνουν να ζήσουν ικανοποιητικά, ενώ άλλοι ασθενείς χρειάζονται ισόβια υποστήριξη και επιτήρηση.

Ορισμένοι πιστεύουν ότι η σχιζοφρένεια και οι άλλες ψυχώσεις σχετίζονται με τις βίαιες συμπεριφορές, μια αντίληψη που συχνά ενισχύεται από τα δελτία ειδήσεων, τα οποία συμβάλλουν στον στιγματισμό των πασχόντων από ψυχικές νόσους. Ωστόσο, οι ομάδες υποστήριξης των ψυχικώς πασχόντων και πολλοί κλινικοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας υποστηρίζουν ότι η αντίληψη πως οι ψυχικώς πάσχοντες είναι βίαιοι αποτελεί μύθο. Πολλές μεγάλες μελέτες, βασιζόμενες στον πληθυσμό, έχουν εξετάσει αυτή την αμφιλεγόμενη σχέση. Ωστόσο, αν και ορισμένες μελέτες δεν διαπίστωσαν αυξημένο κίνδυνο βίαιων εκδηλώσεων μεταξύ των ασθενών με σχιζοφρένεια, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, άλλες εντόπισαν σημαντική αύξηση των βίαιων επιθέσεων στους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Εδώ, οι ερευνητές επιχείρησαν να αντιμετωπίσουν αυτή τη μεταβολή (την «ανομοιογένεια») στα αποτελέσματα που εξήγαγαν στις διάφορες μελέτες, διεξάγοντας μια συστηματική ανασκόπηση (μια μελέτη που χρησιμοποιεί προκαθορισμένα κριτήρια έρευνας για τον εντοπισμό του συνόλου των ερευνών αναφορικά με κάποιο συγκεκριμένο θέμα) και μια μετα-ανάλυση (εφαρμογή μιας στατιστικής μεθόδου για τον συνδυασμό των αποτελεσμάτων πολλαπλών μελετών) της βιβλιογραφίας, αναφορικά με τους συσχετισμούς μεταξύ της βίαιης συμπεριφοράς και της

σχιζοφρένειας και των άλλων ψυχώσεων. Επίσης, διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ της κατάχρησης ουσιών και της βίαιης συμπεριφοράς.

Με τη συστηματική έρευνα σε βάσεις δεδομένων και λίστες παραπομπών βιβλιογραφίας, οι ερευνητές εντόπισαν 20 μελέτες που συνέκριναν τον κίνδυνο βίαιης συμπεριφοράς στα άτομα με σχιζοφρένεια και άλλες ψυχώσεις και τον κίνδυνο βίαιης συμπεριφοράς στον γενικό πληθυσμό [35]. Στη συνέχεια, χρησιμοποίησαν ένα «μοντέλο τυχαίων επιδράσεων» (μια τεχνική στατιστικής που επιτρέπει την ανομοιογένεια μεταξύ μελετών) για τη διερεύνηση του συσχετισμού μεταξύ της σχιζοφρένειας και της βίαιης συμπεριφοράς. Για τους άνδρες με σχιζοφρένεια ή άλλες ψυχώσεις, ο συγκεντρωτικός λόγος αναλογιών (ΛΑ) από τις σχετικές μελέτες (που κατέδειξαν μέτρια ανομοιογένεια) ήταν 4,7, ο οποίος μειώθηκε σε 3,8 αφού έγινε προσαρμογή με βάση τους κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες. Αυτό σημαίνει ότι ένας άνδρας με σχιζοφρένεια έχει τετραπλάσιες έως πενταπλάσιες πιθανότητες να διαπράξει κάποια βίαιη πράξη, σε σύγκριση με έναν άνδρα που ανήκει στον γενικό πληθυσμό. Για τις γυναίκες, ο αντίστοιχος συγκεντρωτικός ΛΑ ήταν 8,2, αλλά παρατηρείται πολύ υψηλότερη διακύμανση μεταξύ των ΛΑ στις μεμονωμένες μελέτες από ό,τι στις μελέτες στις οποίες περιλαμβάνονταν άνδρες. Στη συνέχεια, οι ερευνητές χρησιμοποίησαν την τεχνική της «μεταπαλινδρόμησης» για τη διερεύνηση της ανομοιογένειας μεταξύ των μελετών. Αυτή η ανάλυση κατέδειξε ότι κανένα από τα χαρακτηριστικά μελέτης που εξετάστηκαν, εκτός από την συνεμφανιζόμενη κατάχρηση ουσιών, δεν θα μπορούσε να έχει προκαλέσει τη μεταβολή μεταξύ των μελετών. Είναι σημαντικό ότι οι συγγραφείς διαπίστωσαν ότι οι εκτιμήσεις κινδύνου εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς σε άτομα που έκαναν κατάχρηση ουσιών αλλά δεν έπασχαν από ψύχωση ήταν παρόμοιες με εκείνες των ατόμων με κατάχρηση ουσιών και ψύχωση και υψηλότερες από εκείνες των ατόμων που έπασχαν μόνο από ψύχωση. Τέλος, αν και τα άτομα με σχιζοφρένεια είχαν σχεδόν 20πλάσιες πιθανότητες να είχαν διαπράξει φόνο από τα άτομα που ανήκαν στον γενικό πληθυσμό, μόνο το ένα στα 300 άτομα με σχιζοφρένεια είχαν φονεύσει κάποιον, αριθμός που συνιστά ποσοστό κινδύνου παρόμοιο με εκείνο που αντιμετωπίζεται σε άτομα που κάνουν κατάχρηση ουσιών [35].

Αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι η σχιζοφρένεια και οι άλλες ψυχώσεις σχετίζονται με τη βία, αλλά ο συσχετισμός είναι ισχυρότερος στα άτομα που κάνουν κατάχρηση ουσιών και το μεγαλύτερο ποσοστό του πρόσθετου κινδύνου εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς που σχετίζεται με τη σχιζοφρένεια και τις άλλες ψυχώσεις επάγεται από την κατάχρηση ουσιών. Ωστόσο, ο αυξημένος κίνδυνος στους ασθενείς με

συννοσηρότητα ήταν παρόμοιος με τον κίνδυνο που αφορά την κατάχρηση ουσιών χωρίς ψυχώσεις. Μια δυνητική επιπλοκή αυτού του ευρήματος είναι ότι οι στρατηγικές περιορισμού της βίαιης συμπεριφοράς που εστιάζουν στην πρόληψη της κατάχρησης ουσιών, τόσο μεταξύ του γενικού πληθυσμού όσο και μεταξύ των ατόμων με ψυχώσεις, ενδέχεται να είναι περισσότερο επιτυχημένες από τις στρατηγικές που στοχεύουν αποκλειστικά στα άτομα με ψυχικές νόσους. Ωστόσο, η ποιότητα των μεμονωμένων μελετών που περιλαμβάνονται σε αυτή τη μετα-ανάλυση περιορίζει την ισχύ των συμπερασμάτων της και η διενέργεια περαιτέρω ερευνών αναφορικά με τη σχέση μεταξύ της σχιζοφρένειας, της κατάχρησης ουσιών και της βίαιης συμπεριφοράς θα βοηθούσε να διασαφηνιστεί εάν και με ποιον τρόπο θα πρέπει να αλλάξουν οι στρατηγικές περιορισμού της βίαιης συμπεριφοράς.

Στη διάρκεια της δεκαετίας του 1980, οι ειδικοί είχαν την άποψη ότι δεν υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς στα άτομα με σχιζοφρένεια και άλλες ψυχώσεις [82]. Ωστόσο, μετά τη δημοσίευση μελετών βασισμένων σε πολυάριθμο πληθυσμό τις τελευταίες δύο δεκαετίες, θεωρείται πλέον ότι υπάρχει περιορισμένος συσχετισμός μεταξύ της βίαιης συμπεριφοράς και της σχιζοφρένειας και των άλλων ψυχώσεων [59]. Αυτήν την άποψη δεν συμμερίζονται πολλοί κλινικοί επαγγελματίες της ψυχικής υγείας [132], καθώς και ομάδες δημόσιας υποστήριξης. Για παράδειγμα, μια πρόσφατη κοινή εκστρατεία ενημέρωσης του κοινού που διεξήχθη από τρεις φιλανθρωπικούς φορείς προστασίας της ψυχικής υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο διατείνεται ότι η άποψη πως οι άνθρωποι με ψυχιατρικά προβλήματα είναι βίαιοι αποτελεί μύθο [130] και η Εθνική Συμμαχία για τις Ψυχικές Νόσους (National Alliance on Mental Illness) στις ΗΠΑ ότι οι πράξεις βίας από τους ψυχικά νοσούντες αποτελούν «ασυνήθιστα φαινόμενα» [92]. Στα δελτία δεδομένων, η Συμμαχία για τη Σχιζοφρένεια και τις Σχετικές Διαταραχές της Αμερικής (Schizophrenia and Related Disorders Alliance of America) δηλώνει ότι τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια δεν παρουσιάζουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εκδηλώσουν βίαιη συμπεριφορά από ό,τι οι γείτονές τους [110], ενώ ο μη κερδοσκοπικός οργανισμός SANE στην Αυστραλία δηλώνει ότι τα άτομα με ψυχικές νόσους που λαμβάνουν θεραπεία δεν είναι περισσότερο βίαια από τον υπόλοιπο πληθυσμό [108]. Το θέμα εξακολουθεί να αντιμετωπίζεται σε τοπική βάση, επειδή θεωρείται ότι έχει συμβάλει στη θέσπιση πολιτικών και νόμων αναφορικά με τους ψυχιατρικούς ασθενείς [31] και στην αύξηση του αριθμού των νοσηλευόμενων σε κλειστά νοσοκομεία σε πολλές χώρες της Δύσης (παράλληλα με τη νομοθεσία περί σεξουαλικών αδικημάτων) [102]. Επίσης, έχει συμβάλει στον στιγματισμό που σχετίζεται με τις

ψυχιατρικές νόσους [55], ο οποίος θεωρείται ότι αποτελεί το σημαντικότερο εμπόδιο για την ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας [109].

Αν και έχει δημοσιευτεί μεγάλος αριθμός μελετών που εξετάζουν τη σχέση μεταξύ των ψυχώσεων και των βίαιων πράξεων, παρατηρούνται μεγάλες διακυμάνσεις αναφορικά με τις αναλογίες κινδύνου που αναφέρονται, με εκτιμήσεις που κυμαίνονται από 7πλασιασμό των βίαιων επιθέσεων από άτομα με σχιζοφρένεια, σε σύγκριση με τους μάρτυρες γενικού πληθυσμού [87, 129], έως τη μη διαπίστωση οποιασδήποτε σχέσης, σε μια προοπτική διερεύνηση μεγάλου κύρους [118]. Προηγούμενες ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας δεν περιλάμβαναν ποσοτικά στοιχεία ή δεν διερεύνησαν συστηματικά τη μη δημοσιευμένη βιβλιογραφία [55, 102, 109, 129]. Επιπλέον, συμπεριέλαβαν επιλεγμένα δείγματα, για παράδειγμα διερεύνησαν δείγματα αποκλειστικά ανθρωποκτόνων (οι οποίοι παρουσιάζουν μεγαλύτερες πιθανότητες να πάσχουν από ψυχώσεις έναντι των άλλων ατόμων με βίαιη συμπεριφορά) [32] και δεν διερεύνησαν τις δυνητικές πηγές ανομοιογένειας.

Εντοπίσθηκε μια συστηματική ανασκόπηση των ερευνών που εξέτασαν τον κίνδυνο που διατρέχουν τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια και άλλες ψυχώσεις να παρουσιάσουν βίαιη συμπεριφορά, συμπεριλαμβανομένης της ανθρωποκτονίας. Διερευνήθηκαν οι αιτίες της διακύμανσης μεταξύ των πρωτευουσών μελετών με τη χρήση μεταπαλινδρόμησης. Επίσης ελέγχθηκε εάν οι εκτιμήσεις κινδύνου διέφεραν μεταξύ φύλων, διάγνωσης (σχιζοφρένεια έναντι άλλων ψυχώσεων), τρόπου μέτρησης αποτελεσμάτων (καταδίκες για εγκλήματα έναντι προσωπικής αναφοράς ή πληροφοριών που λήφθηκαν από πληροφοριοδότες), χώρας (ΗΠΑ ή σκανδιναβικές χώρες έναντι του υπολοίπου κόσμου), σχεδιασμού μελετών (έρευνα ασθενών-μαρτύρων έναντι διαχρονικής) και περιόδου μελέτης. Επιπλέον, διενεργήθηκε μια συστηματική ανασκόπηση των μελετών που εξετάζουν τον κίνδυνο ύπαρξης σχιζοφρένειας στους ανθρωποκτόνους.

Εντοπίστηκαν είκοσι μεμονωμένες μελέτες (για λεπτομέρειες σχετικά με αυτές τις μελέτες, ανατρέξτε στον κάτωθι Πίνακα) [34].

Σύγκριση παραβατικής συμπεριφοράς μεταξύ ασθενών που νοσηλεύθηκαν σε Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου με διάγνωση «ψυχωσική συνδρομή» και εκείνων που νοσηλεύτηκαν με την ίδια διάγνωση και παράλληλη χρήση ινδικής κάνναβης, κατά το έτος 2016.

Sample or Study Characteristics	n Studies	n Cases	OR (95% CI)	Heterogeneity I^2 (95% CI)
Type of psychosis				
Schizophrenia ^a	13	8,578	5.5 (4.1–7.5)	96 (95–97)
Nonschizophrenia psychoses	7	99,668	4.9 (3.6–6.6)	97 (96–98)
Outcome				
As arrest or conviction ^b	14	17,312	5.3 (3.9–7.2)	93 (90–95)
As self-report	7	894	4.9 (3.2–7.3)	70 (39–85)
Study				
Based in Scandinavia	7	10,962	5.0 (3.2–7.8)	96 (94–97)
Based outside of Scandinavia	13	7,205	4.8 (3.8–6.1)	62 (34–78)
Based in US	5	874	5.5 (3.0–9.8)	80 (53–92)
Based outside of US	15	17,293	4.9 (3.7–6.4)	91 (88–94)
Conducted before 1990	5	3,084	6.6 (3.6–11.8)	90 (82–94)
Conducted in 1990 or after	15	15,083	4.9 (4.2–5.7)	89 (84–92)
Design				
Case-control	11	7,356	4.7 (3.8–5.8)	51 (9–72)
Nested case-control	6	2,354	6.9 (3.9–12.2)	90 (81–94)
Longitudinal (cohort)	3	8,457	3.4 (1.9–6.3)	96 (93–98)
n Cases				
<100 ^c	12	2,577	5.3 (3.1–9.0)	83 (73–90)
= 101–1,000	6	4,528	5.3 (4.0–6.9)	65 (21–84)
>1,000	5	11,062	3.7 (2.7–5.2)	93 (87–96)

^aNumber of cases differs in this analysis because data were included from Fazel [24].

^bNumber of studies and cases differs because data from Arseneault [59] contribute to both cells.

^cNumber of studies is >20 because three studies contributed to more than one cell as the number of cases of the male and female samples differs for Brennan [49], Fazel [52], and Wallace [55].

doi:10.1371/journal.pmed.1000120.t001

Εκτιμήσεις κινδύνου για τις ενδεχόμενες πηγές ανομοιογένειας στις μελέτες βίαιης συμπεριφοράς σε άτομα με σχιζοφρένεια και άλλες ψυχώσεις.

Ο συνολικός αριθμός των περιστατικών σχιζοφρένειας και άλλων ψυχώσεων στις μελέτες που συμπεριλήφθηκαν ήταν 18.423. Από αυτά τα περιστατικά, τα 1.832 (9,9%) παρουσίασαν βίαιη συμπεριφορά. Αυτά τα περιστατικά συγκρίθηκαν με 1.714.904 άτομα που ανήκαν στον γενικό πληθυσμό, από τα οποία 27.185 (1,6%) παρουσίασαν βίαιη συμπεριφορά. Οι δημοσιεύσεις προέρχονταν από 11 χώρες: πέντε από τις ΗΠΑ (874 περιστατικά, 4,7% του συνολικού αριθμού περιπτώσεων) [18, 27, 83, 116, 122], δύο από την Αγγλία και την Ουαλία ($n=66$, 0,4%) [16, 50], δύο από τη Δανία ($n=1.873$, 10,2%), τρία από τη Σουηδία ($n=9.024$, 49,0%) [30, 35, 70], δύο από τη Φινλανδία ($n=90$, 0,5%) που αναφέρθηκαν σε τρεις δημοσιεύσεις [29, 103, 129], ένα από την Αυστραλία ($n=2.861$, 15,5%) [135], από τη Γερμανία ($n=1.662$, 9,0%) [117], από την Αυστρία ($n=1.325$, 7,2%) [46], από την Ελβετία ($n=508$, 2,8%) που αναφέρθηκαν σε τρεις δημοσιεύσεις [78-80], από τη Νέα Ζηλανδία ($n=39$, 0,2%) [3] και από το Ισραήλ ($n=101$, 0,5%) που αναφέρθηκαν σε δύο δημοσιεύσεις [119-120]. Η βίαιη συμπεριφορά εξακριβώθηκε από πηγές που αναφέρονται στο μητρώο σε 13 μελέτες, από προσωπικές

αναφορές και από πληροφοριοδότες σε πέντε άλλες και από τις δύο μεθόδους σε δύο έρευνες [3, 83].

Αυτή η συστηματική ανασκόπηση του κινδύνου βίαιης συμπεριφοράς στη σχιζοφρένεια και τις άλλες ψυχώσεις μελέτησε 20 μελέτες, στις οποίες συμπεριλήφθηκαν 18.423 άτομα με αυτές τις διαταραχές. Εντοπίστηκαν τέσσερα κύρια ευρήματα. Το πρώτο ήταν ότι ο κίνδυνος εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς ήταν αυξημένος στα άτομα με σχιζοφρένεια και άλλες ψυχώσεις. Οι εκτιμήσεις κινδύνου, που αναφέρονται σαν ΛΑ, κατέδειξαν όλες, πλην μίας, αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς στα άτομα με σχιζοφρένεια και άλλες ψυχώσεις, σε σύγκριση με τους μάρτυρες του γενικού πληθυσμού, αν και οι εκτιμήσεις κινδύνου κυμαίνονταν μεταξύ ενός και επτά στους άνδρες και μεταξύ τεσσάρων και 29 στις γυναίκες. Ένα δεύτερο εύρημα ήταν ότι η συννοσηρότητα με τις διαταραχές κατάχρησης ουσιών αύξησε σημαντικά αυτόν τον κίνδυνο, ενώ παρατηρήθηκαν αυξημένες ΛΑ, μεταξύ τριών και 25. Αν και παρατηρήθηκε σημαντική διακύμανση στην εκτίμηση αυτής της τιμής μεταξύ μελετών, η συγκεντρωτική εκτίμηση ήταν περίπου τετραπλάσια, σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς συννοσηρότητα. Τρίτον, δεν εντοπίστηκαν σημαντικές διαφορές στις εκτιμήσεις κινδύνου για ορισμένα χαρακτηριστικά του σχεδιασμού της μελέτης για τα οποία υπήρχε αβεβαιότητα. Σε αυτά συγκαταλέγονται: το εάν η διάγνωση ήταν σχιζοφρένεια έναντι άλλων ψυχώσεων, το εάν η μέθοδος υπολογισμού των αποτελεσμάτων ήταν οι καταγεγραμμένες στο μητρώο συλλήψεις και καταδίκες έναντι των προσωπικών αναφορών, καθώς και το εάν η μελέτη διενεργήθηκε στις ΗΠΑ ή στις σκανδιναβικές χώρες, σε σύγκριση με τις άλλες χώρες. Τέλος, ο αυξημένος κίνδυνος εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς στα άτομα με σχιζοφρένεια και ψυχώσεις και συννοσηρότητα με κατάχρηση ουσιών δεν διέφερε από τον κίνδυνο εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς στα άτομα που είχαν διαγνωστεί με διαταραχές κατάχρησης ουσιών.

Διαπιστώθηκαν υψηλότερες εκτιμήσεις κινδύνου στις μελέτες που έγιναν σε αποκλειστικά γυναικείο πληθυσμό και πληθυσμό μεικτών φύλων, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, αν και αυτές οι εκτιμήσεις δεν ήταν σημαντικά υψηλότερες από τις εκτιμήσεις που αφορούσαν μόνο άνδρες με τη χρήση των μοντέλων τυχαίων επιδράσεων. Οι υψηλότερες εκτιμήσεις κινδύνου στις γυναίκες ενδέχεται να είναι αποτέλεσμα του χαμηλότερου επιπολασμού της χρήσης ναρκωτικών και αλκοόλ στον γενικό γυναικείο πληθυσμό, σε σύγκριση με τον γενικό ανδρικό πληθυσμό. Συνεπώς, η βίαιη συμπεριφορά που σχετίζεται με άλλες αιτίες, συμπεριλαμβανομένης της σχιζοφρένειας, θα υπεραντιπροσωπεύεται στις γυναίκες [33]. Αν και άλλες εργασίες

έχουν καταδείξει περιορισμό του χάσματος των φύλων αναφορικά με τα ποσοστά εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς στους ασθενείς που πήραν εξιτήριο από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία [19], η παρούσα συστηματική ανασκόπηση κατέδειξε ότι ο κίνδυνος εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς ανά φύλο αντιστρέφεται, σε σύγκριση με τα ποσοστά επιπολασμού εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς στον γενικό πληθυσμό. Επιπλέον, εντοπίσαμε μόνο πέντε μελέτες που συνέκριναν τον κίνδυνο ανθρωποκτονίας στα άτομα με σχιζοφρένεια, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Αν και η ανομοιογένεια ήταν μεγάλη, οι εκτιμήσεις κινδύνου ήταν σημαντικά υψηλότερες από εκείνες που αφορούσαν το σύνολο των αποτελεσμάτων για βίαιες εκδηλώσεις. Αν και το ποσοστό κινδύνου να διαπράξει οποιοδήποτε άτομα με σχιζοφρένεια ανθρωποκτονία ήταν πολύ μικρό, μόλις 0,3% και παρόμοιο με το ποσοστό του κινδύνου σε άτομα κατάχρηση ουσιών (που ήταν επίσης 0,3%), δεν καταδεικνύει ιδιαίτερα ισχυρό συσχετισμό της ψύχωσης με την ανθρωποκτονία. Ενδέχεται επίσης να αντικατοπτρίζει την υψηλότερη ποιότητα αυτών των μελετών, συμπεριλαμβανομένης της καλύτερης εξακρίβωσης των περιστατικών. Εκτός από την ανθρωποκτονία, τα ποσοστά κινδύνου δεν φαίνεται να αυξάνονται ανάλογα με την αύξηση της σοβαρότητας των βίαιων παραβάσεων στα άτομα με ψυχώσεις [33, 35].

Υπήρξαν αρκετά δυνητικώς σημαντικά αρνητικά ευρήματα. Ειδικότερα, οι έρευνες που διενεργήθηκαν στις σκανδιναβικές χώρες ή στις ΗΠΑ δεν απέδωσαν διαφορετικά ποσοστά εκτίμησης κινδύνου από ό,τι οι έρευνες που διενεργήθηκαν στον υπόλοιπο κόσμο. Αυτό το εύρημα θα μπορούσε να συνιστά επιχείρημα κατά τις υπόθεσης ότι ο συσχετισμός μεταξύ των ψυχιατρικών νόσων και των βίαιων εγκλημάτων τροποποιείται με βάση τις διακυμάνσεις στα ποσοστά εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς στη βάση του πληθυσμού [2] ή τη διαθεσιμότητα των όπλων. Τέλος, δεν παρατηρήθηκε καμία διαφορά στα ποσοστά εκτίμησης κινδύνου που διαπιστώθηκαν από τις μελέτες που διενεργήθηκαν πριν και μετά το 1990. Αν και θα έχει γίνει αποϊδρυματοποίηση σε διάφορες ημερομηνίες στις μελέτες που συμπεριλήφθηκαν, αυτό το εύρημα ίσως να υποστηρίζει τα συμπεράσματα δύο σχετικών ερευνών που διενεργήθηκαν στη Βικτώρια της Αυστραλίας και οι οποίες κατέδειξαν ότι οι καταδίκες για βίαια εγκλήματα δεν έχουν αυξηθεί στη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, σε σύγκριση με τα αντίστοιχα εγκλήματα στον γενικό πληθυσμό [87, 135]. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για τη διερεύνηση αυτού του θέματος.

Στην παρούσα ανασκόπηση ισχύουν ορισμένοι περιορισμοί. Πρώτον, συνιστάται οι συνολικές εκτιμήσεις που παρέχονται σε αυτή την ανασκόπηση να αξιολογούνται με

προσοχή, καθώς υπήρξε σημαντική ανομοιογένεια. Η απουσία οποιασδήποτε επεξήγησης για αυτή την ανομοιογένεια, εκτός από τη συννοσηρότητα της κατάχρησης ουσιών και, ενδεχομένως, τον σχεδιασμό της μελέτης, υποδηλώνει ότι οι τυχόν μεθοδολογικές διαφορές που δεν κατορθώσαμε να διερευνήσουμε ενδέχεται να ήταν σημαντικές. Μια εναλλακτική προσέγγιση θα ήταν η μετα-ανάλυση των μεμονωμένων συμμετεχόντων, καθώς θα προσέδιδε κάποια συνέπεια στα δυνητικώς επάγοντα χαρακτηριστικά. Ένα σημαντικό εύρημα ήταν ότι, σε όλες τις μελέτες εκτός από τρεις, η βίαιη συμπεριφορά αξιολογήθηκε ανεξάρτητα από τον χρόνο διάγνωσης της σχιζοφρένειας (δηλαδή, βίαιη συμπεριφορά πριν και μετά τη διάγνωση), πράγμα που θα οδηγούσε σε υπερεκτίμηση των επιπτώσεων της νόσου. Υπήρξαν τρεις μελέτες που χρησιμοποίησαν διαχρονικό σχεδιασμό (όπου η βίαιη συμπεριφορά συμπεριλήφθηκε μόνο μετά τη διακρίβωση της διάγνωσης) [27, 35, 83], οι οποίες απέδωσαν χαμηλά ποσοστά εκτίμησης κινδύνου. Δεύτερον, οι συνολικές, συγκεντρωτικές εκτιμήσεις θα έχουν υπερεκτιμήσει τον συσχετισμό, λόγω της ανεπαρκούς προσαρμογής για συγχυτικούς παράγοντες και της χρήσης μετα-ανάλυσης τυχαίων επιδράσεων. Μια συνέπεια του τελευταίου ήταν ότι τα ποσοστά αξιολόγησης κινδύνου ήταν λιγότερο συντηρητικά από τη χρήση ενός μοντέλου τυχαίων επιδράσεων, καθώς οι μικρότερες μελέτες υπολογίστηκαν περισσότερο ισότιμα στη μετα-ανάλυση τυχαίων επιδράσεων [100]. Για παράδειγμα, στους άνδρες, η συγκεντρωτική τιμή ΛΑ ήταν 2,9 στο μοντέλο τυχαίων επιδράσεων, σε σύγκριση με μια εκτίμηση τυχαίων επιδράσεων 4,0. Ο λόγος αναλογιών τυχαίων επιδράσεων περιορίστηκε περαιτέρω στο 2,0 όταν συμπεριλήφθηκε ρύθμιση για τους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες, πιθανόν σε τέσσερις από τις 13 μελέτες σε άνδρες. Ωστόσο, η χρήση εκτιμήσεων τυχαίων επιδράσεων στην ανάλυση υποομάδων απέδωσε περισσότερο συντηρητικά αποτελέσματα, λόγω των μεγαλύτερων ΔΕ. Ένας ακόμα περιορισμός ήταν ότι δεν υπήρχαν μελέτες εκτός των ΗΠΑ, της Βόρειας Ευρώπης, του Ισραήλ, της Αυστραλίας και της Νέας Ζηλανδίας, οπότε ενδεχομένως η δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων να ήταν περιορισμένη. Ωστόσο, δεν εντοπίσαμε καμία διαφορά ανά περιοχή διεξαγωγής της μελέτης (για παράδειγμα ΗΠΑ ή σκανδιναβικές χώρες, σε σύγκριση με άλλες χώρες), γεγονός που καταδεικνύει ότι τα ευρήματα ισχύουν για τις χώρες της Δύσης. Ωστόσο, η απουσία οποιωνδήποτε μελετών σε χώρες χαμηλού εισοδήματος είναι αξιοσημείωτη.

Από αυτή την ανασκόπηση προέκυψαν ορισμένα προβλήματα για μελλοντική έρευνα. Η υπολειμματική και ανεπαρκής συμπερίληψη των συγχυτικών παραγόντων μάλλον επηρέασε τις εκτιμήσεις των πρωτεύουσών μελετών, λόγω της ανεπαρκούς

μέτρησης της έκθεσης και των συγχυτικών παραγόντων. Για παράδειγμα, ορισμένες από τις μελέτες που προσαρμόστηκαν με βάση την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση με βάση το επάγγελμα του πατέρα [103], ενώ μια άλλη χρησιμοποίησε μάρτυρες από τη γειτονιά [135]. Στις μελλοντικές μελέτες πρέπει να συμπεριληφθούν ακριβέστεροι και περισσότερο αξιόπιστοι υπολογισμοί των συγχυτικών παραγόντων. Μια πολλά υποσχόμενη προσέγγιση είναι η σύγκριση των ατόμων με σχιζοφρένεια με τα μη νοσούντα αδέρφια τους, και υπάρχει μια πρόσφατη μελέτη όπου διαπιστώθηκε ότι η προσαρμοσμένη ΛΑ βίαιων εγκλημάτων για άτομα με σχιζοφρένεια, σε σύγκριση με τα μη νοσούντα αδέρφια τους ήταν 1,8 (95% ΔΕ 1,3- 1,8). Σε σύγκριση με μάρτυρες από τον γενικό πληθυσμό με αντίστοιχο έτος γέννησης και φύλο, η προσαρμοσμένη ΛΑ ήταν 2,0 (1,8-2,2) [35]. Επιπλέον, περαιτέρω μελέτη απαιτείται για τη διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο η κατάχρηση ουσιών επάγει βίαιη παραβατικότητα. Η παρούσα ανασκόπηση θέτει το ερώτημα εάν οι μελλοντικές εργασίες χρειάζεται να βασιστούν σε απαιτητικές σε πόρους μεθόδους συλλογής δεδομένων σχετικά με τα αποτελέσματα, όπως υπολογισμούς των προσωπικών αναφορών ή λήψη συνεντεύξεων από τους πληροφοριοδότες, αν και τα ποσοστά επιπολασμού θα είναι υψηλότερα όταν χρησιμοποιούνται τέτοιες προσεγγίσεις. Επιπλέον, μια έρευνα των υπηρεσιών υγείας θα μπορούσε περαιτέρω να εξετάσει τον ρόλο των υπηρεσιών διάφορων διαμορφώσεων στον περιορισμό των εκδηλώσεων βίαιης συμπεριφοράς σε αυτούς τους ασθενείς. Ειδικότερα, θα πρέπει να διερευνηθεί ο ρόλος της συνεχιζόμενης φροντίδας. Η έρευνα δεν κατέδειξε κανέναν περιορισμό στον επιπολασμό της βίαιης συμπεριφοράς όταν χρησιμοποιήθηκε εντατική διαχείριση περιστατικών, σε σύγκριση με την συνήθη φροντίδα [65], αλλά θα πρέπει να μελετηθούν και εναλλακτικά μοντέλα παροχής υπηρεσιών. Τέλος, ίσως η σημαντικότερη επιπλοκή στην έρευνα είναι η ανάγκη για καλύτερης ποιότητας και μεγαλύτερες τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές για την αντιμετώπιση της συννοσηρότητας κατάχρησης ουσιών στη σχιζοφρένεια [140].

Από αυτή την ανασκόπηση προέκυψαν ορισμένες επιπλοκές. Πρώτον, τα ευρήματα επισημαίνουν τη σημασία της αξιολόγησης κινδύνου και της διαχείρισης των ασθενών με συννοσηρότητα κατάχρησης ουσιών. Στους ασθενείς χωρίς συννοσηρότητα κατάχρησης ουσιών, ο κίνδυνος διάπραξης βίαιου εγκλήματος ήταν ελαφρώς αυξημένος, με τις ΛΑ να κυμαίνονται μεταξύ 1 και 5. Ωστόσο, η καλύτερη ρύθμιση για δυνητικά σχετικούς συγχυτικούς παράγοντες και προβλήματα κακής ταξινόμησης (δηλαδή, πολλοί από αυτούς τους ασθενείς ενδεχομένως να μην έχουν διαγνωστεί και να μην έχουν δηλώσει ότι κάνουν κατάχρηση ουσιών) ενδεχομένως να μείωνε το παρατηρούμενο

ποσοστό κινδύνου. Αυτή η επίδραση καταδεικνύεται σε μια πρόσφατη σουηδική μελέτη, όπου η προσαρμοσμένη ΛΑ αυξήθηκε ελάχιστα (στο 1,2) στα άτομα με σχιζοφρένεια και χωρίς συννοσηρότητα κατάχρησης ουσιών, σε σύγκριση με τους μάρτυρες από τον γενικό πληθυσμό [35]. Η σχέση μεταξύ της συννοσηρότητας κατάχρησης ουσιών και της εκδήλωσης βίας στη σχιζοφρένεια ενδέχεται να επάγεται από στοιχεία προσωπικότητας ή/και κοινωνικά προβλήματα και η πιθανότητα να αποτελεί απλώς προσθετική επίδραση είναι μικρή [88]. Σε υποστήριξη αυτού, μια μελέτη κατέδειξε ότι τα ποσοστά κατάχρησης ουσιών έχουν αυξηθεί σημαντικά στα άτομα με σχιζοφρένεια ηλικίας μεγαλύτερης των 25 ετών, αλλά τα ποσοστά εκδήλωσης βίας έχουν αυξηθεί μόνον ελαφρώς. Οι συγγραφείς κατέληξαν ότι μια υποομάδα ατόμων με σχιζοφρένεια που διατρέχουν κίνδυνο εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς επιδίδονται αυξανόμενα σε κατάχρηση ουσιών [135]. Η σχέση με την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής ενδέχεται επίσης να επάγει τον συσχετισμό με τα αποτελέσματα εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς, ειδικότερα εάν προηγείται της κατάχρησης ουσιών στη διαδρομή αιτιολόγησης της βίαιης συμπεριφοράς. Τα δεδομένα αναφορικά με την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής κατέδειξαν συσχετισμό με εκδηλώσεις βίαιης συμπεριφοράς στις φυσιοτροπικές μελέτες [4], αλλά μια πρόσφατη ανάλυση των δεδομένων δοκιμής των Κλινικών Αντιψυχωτικών Δοκιμών στην Αποτελεσματικότητα των Παρεμβάσεων (Clinical Antipsychotic Trials in Intervention Effectiveness - CATIE) για ποσοστά εκδήλωσης βίαιων συμπεριφορών δεν εντόπισε συνολικό συσχετισμό με βίαιες συμπεριφορές [125]. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για τη διευκρίνιση της σχέσης μεταξύ της κατάχρησης ουσιών, της τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής και της βίαιης συμπεριφοράς. Μια δεύτερη επιπλοκή αφορά τις προσπάθειες επανόρθωσης του στιγματισμού των ασθενών με σχιζοφρένεια και άλλες ψυχώσεις που θα μπορούσαν να επανεξεταστούν με γνώμονα τα ευρήματα αναφορικά με τον κίνδυνο εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς στις διαταραχές κατάχρησης ουσιών [109]. Τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης υποδηλώνουν ότι τα άτομα με διαταραχές χρήσης ουσιών ενδέχεται να είναι περισσότερο επικίνδυνα από τα άτομα με σχιζοφρένεια και άλλες ψυχώσεις και ότι η συννοσηρότητα των ψυχώσεων με κατάχρηση ουσιών ενδέχεται να μην ενέχει πρόσθετους κινδύνους, εκτός από εκείνους που συνδέονται με την κατάχρηση ουσιών. Καθώς οι διαταραχές χρήσης ουσιών είναι τρεις έως τέσσερις φορές πιο συνηθισμένες από τις ψυχώσεις [58, 106], οι στρατηγικές δημόσιας υγείας που στοχεύουν στον περιορισμό της βίας στην κοινωνία θα μπορούσαν να εστιάζουν στην πρόληψη και την αντιμετώπιση της κατάχρησης ουσιών σε επίπεδο ατόμων, κοινότητας και κοινωνίας [9, 42, 62].

Συνοψίζοντας, έχει συλλεχθεί ένα σημαντικό σώμα αποδείξεων που καταδεικνύουν συσχετισμό μεταξύ των ψυχώσεων και της βίαιης συμπεριφοράς. Αυτός ο συσχετισμός ενισχύεται από τη συννοσηρότητα κατάχρησης ουσιών και ενδέχεται να είναι ισχυρότερος στις γυναίκες. Ωστόσο, ο αυξημένος κίνδυνος που σχετίζεται με αυτή τη συννοσηρότητα έχει παρόμοια έκταση με τον κίνδυνο που παρατηρείται στα άτομα που κάνουν μόνο κατάχρηση ουσιών. Αυτό το εύρημα υποδηλώνει ότι οι στρατηγικές περιορισμού της βίας θα πρέπει να εστιάζουν στην πρωτεύουσα και δευτερεύουσα πρόληψη της κατάχρησης ουσιών και όχι να στοχεύουν αποκλειστικά στα άτομα που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές ασθένειες.

Σχιζοφρένεια: αιτίες, εγκληματικότητα και επιπτώσεις στην εγκληματολογία και την ποινική δικαιοσύνη [136]

Σχιζοφρένεια και εγκληματική συμπεριφορά

Σύμφωνα με τους Elbogen & Johnson (2009) [27], μετά από δεκαετίες απόρριψης οποιουδήποτε συσχετισμού μεταξύ ψυχικών ασθενειών και εγκληματικής συμπεριφοράς, η ψυχιατρική κοινότητα έχει αντιστρέψει τη στάση της. Πριν από την περίοδο της αποϊδρυματοποίησης, οι ερευνητές διαπίστωναν πολύ περιορισμένη ή καθόλου σχέση μεταξύ της ψυχικής ασθένειας και της εγκληματικής συμπεριφοράς, επειδή οι ασθενείς συνήθως νοσηλεύονταν σε ιδρύματα, μερικές φορές ισοβίως (Ditton, 1999) [23]. Όπως επισήμανε ο Johnson (2011) [56], το κίνημα της αποϊδρυματοποίησης επανέφερε πολλά τέτοια άτομα στην κοινότητα, καθιστώντας τα περισσότερο ορατά και αυξάνοντας τους αριθμούς των συλλήψεων. Ακόμα διαπιστώνεται μια διστακτικότητα ως προς την επιβεβαίωση της σχέσης μεταξύ της εγκληματικής συμπεριφοράς και της σχιζοφρένειας, προκειμένου να μην στιγματιστεί περαιτέρω μια ήδη στιγματισμένη ομάδα, αλλά υπάρχουν αποδείξεις που δεν μπορούν να απορριφθούν ή να αγνοηθούν (Elbogen & Johnson, 2009) [27].

Μια ανασκόπηση 47 μελετών της σχέσης σχιζοφρένειας/εγκληματικής συμπεριφοράς βρήκε 42 με θετικά ευρήματα, 3 με μη σημαντικά ευρήματα και 2 με αρνητικά ευρήματα (Ellis & Walsh, 2000) [28]. Ερευνητές στη Δανία, που μελέτησαν περισσότερα από 300.000 άτομα και τα παρακολούθησαν έως την ηλικία των σαράντα τριών ετών, βρήκαν ότι τα άτομα με ιστορικό ψυχιατρικής νοσηλείας (90% σχιζοφρενείς) είχαν τριπλάσιες έως εντεκαπλάσιες πιθανότητες να καταδικαστούν για εγκληματικές

παραβάσεις από ό,τι τα άτομα χωρίς ψυχιατρικό ιστορικό (Hodkins et al., 1996) [51]. Μια σουηδική μελέτη ανέφερε ότι τα άτομα με ψύχωση έχουν τετραπλάσιες πιθανότητες να έχουν ποινικό μητρώο από τα μέλη του γενικού πληθυσμού (Tuningger et al., 2001) [131]. Τέλος, μια μετα-ανάλυση 20 μελετών, που συμπεριέλαβε 18.000 άτομα, διαπίστωσε ότι οι λόγοι αναλογιών για τον κίνδυνο εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς μεταξύ των ατόμων με σχιζοφρένεια, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, εμπίπτουν στο εύρος μεταξύ 1 και 7 για τους άνδρες και 4 και 29 για τις γυναίκες (Fazel et al., 2009) [34]. Όταν έγινε υπολογισμός για άτομα με σχιζοφρένεια, με συννοσηρότητα με διαταραχές κατάχρησης ουσιών, οι λόγοι αναλογιών αυξήθηκαν στο εύρος μεταξύ 3 και 25. Σε πέντε μελέτες, κατά τη μετα-ανάλυση που σύγκρινε τα άτομα με σχιζοφρένεια με τον γενικό πληθυσμό, ο συγκεντρωτικός λόγος αναλογιών για ανθρωποκτονία ήταν 19,5. Τα συνδυασμένα ευρήματα πολυάριθμων μελετών οδηγούν στο συμπέρασμα ότι ο κίνδυνος διάπραξης βίαιου εγκλήματος για τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι σημαντικά μεγαλύτερος από ό,τι για τα μέλη του γενικού πληθυσμού. Ωστόσο, είναι σημαντικό να υπογραμμιστεί ότι η βίαιη συμπεριφορά που οφείλεται σε ψυχώσεις εξακολουθεί να αντιστοιχεί σε ένα πολύ μικρό μέρος του συνολικού προβλήματος βίας που αντιμετωπίζει η κοινωνία (Taylor, 2008) [127].

Οι ερευνητές διαφωνούν ως προς την έκταση στην οποία ευθύνεται η σχιζοφρένεια, αυτή καθαυτή, για τη βίαιη συμπεριφορά. Οι Elbogen & Johnson (2009) [27] διαπιστώνουν ότι «αποτελεί απλοϊκή θεώρηση και ανακρίβεια η άποψη ότι η αιτία της βίαιης συμπεριφοράς μεταξύ των νοσούντων ατόμων είναι η ίδια η ψυχική νόσος». Οι ερευνητές αυτής της άποψης αποδίδουν την βίαιη συμπεριφορά των ψυχικώς νοσούντων ατόμων σε παράγοντες συννοσηρότητας, όπως η κατάχρηση ουσιών, η διαταραχή αντικοινωνικής προσωπικότητας και η διαβίωση ως άστεγοι, καθώς και η μη συμμόρφωση με τις φαρμακευτικές αγωγές. Άλλοι υποστηρίζουν ότι υφίσταται μια μικρή, αλλά σημαντική, σχέση μεταξύ της βίαιης συμπεριφοράς και της ψυχικής ασθένειας, ανεξάρτητα από αυτούς τους παράγοντες (Van Dorn, Volavka και Johnson, 2011) [133]. Όπως και αν έχει, η ισόβια κατάχρηση/εξάρτηση από ουσίες μεταξύ των ατόμων με σχιζοφρένεια εκτιμάται ότι αντιστοιχεί στο 50% έναντι 15% του γενικού πληθυσμού (Mueser et al., 2013) [86]. Όπως συμβαίνει και με το κάπνισμα, η κατάχρηση του αλκοόλ και των ναρκωτικών μπορεί να αποτελεί προσπάθεια αυτο-ίασης. Οι προσπάθειες αυτο-ίασης ενδέχεται να προκαλέσουν εξάρτηση, η οποία, στη συνέχεια, θέτει τα άτομα με σχιζοφρένεια σε ακόμη μεγαλύτερο κίνδυνο να εκδηλώσουν βίαιη συμπεριφορά.

Ωστόσο, η πλειονότητα των ατόμων με σχιζοφρένεια δεν είναι βίαια και διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να πέσουν θύματα βίαιης συμπεριφοράς, παρά να είναι τα ίδια δράστες (Taylor, 2008) [127]. Εκείνοι που διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο να πέσουν θύματα είναι και εκείνοι που διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο να εκδηλώσουν βίαιη συμπεριφορά. Μια μετα-ανάλυση 9 μελετών ατόμων με σχιζοφρένεια ή κάποια άλλη ψύχωση διαπίστωσαν ότι η πιθανότητα θυματοποίησης ήταν 2,3 έως 140,4 φορές μεγαλύτερη σε αυτά τα άτομα σε σύγκριση με τους μη ψυχικά νοσούντες του γενικού πληθυσμού. Οι μεγάλες διαφορές στους λόγους αναλογιών μεταξύ των διαφόρων μελετών αποδόθηκαν στη διασπορά της σοβαρότητας των ψυχωτικών συμπτωμάτων, της εγκληματικής δραστηριότητας και της κατάχρησης ουσιών μεταξύ των συμμετεχόντων, καθώς και στο εάν ήταν άστεγοι ή όχι.

Η διαπίστωση ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι πιθανότερο να πέσουν θύματα παρά να είναι δράστες οδήγησε σε προσπάθειες διαφοροποίησης μεταξύ εκείνων που είναι και εκείνων που δεν είναι αντικοινωνικοί, με τη χρήση διαφόρων παραμέτρων. Οι Schug & Raine (2009) [113] διεξήγαγαν μια μετα-ανάλυση 43 μελετών που συνέκριναν την νευροφυσιολογική απόδοση (αναφέρθηκαν συνολικά 98 διαφορετικά εργαλεία νευρολογικής αξιολόγησης στις 43 μελέτες) μεταξύ των αντικοινωνικών και των μη αντικοινωνικών ατόμων με σχιζοφρένεια και των μη σχιζοφρενών αντικοινωνικών ατόμων. Στα αντικοινωνικά άτομα με σχιζοφρένεια διαπιστώθηκαν πολυάριθμες ανεπάρκειες σε πολλούς τομείς γνωσιακών λειτουργιών, σε σύγκριση με τα μη σχιζοφρενή αντικοινωνικά άτομα. Ωστόσο, σε σύγκριση με τα μη αντικοινωνικά άτομα με σχιζοφρένεια, τα αντικοινωνικά άτομα με σχιζοφρένεια παρουσίασαν ανεπάρκειες μόνο ως προς τις γενικές νοητικές λειτουργίες και τις δυσλειτουργίες της μνήμης. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι τα ευρήματά τους υπονοούν ότι η λειτουργία του κορχομετωπιαίου φλοιού είναι ένας κοινός συντελεστής στη σχιζοφρένεια και στην αντικοινωνική συμπεριφορά και ότι η λειτουργία του ραχιοπλαγίου προμετωπιαίου φλοιού διαφοροποιεί τα αντικοινωνικά άτομα με σχιζοφρένεια από τα μη σχιζοφρενικά αντικοινωνικά άτομα.

Προσθέτοντας περαιτέρω στις γνώσεις μας σχετικά με την ανομοιογενή φύση της βίαιης συμπεριφοράς των ατόμων με σχιζοφρένεια, η Sheilagh Hodgins (2008) [53] ανέπτυξε μια τυπολογία της πορείας της ζωής τους. Χρησιμοποιώντας δεδομένα από ολόκληρο τον κόσμο, η Hodgins προσδιόρισε τρεις διακριτούς τύπους παραβατών που ορίζονται από την ηλικία εμφάνισης της αντικοινωνικής συμπεριφοράς που θυμίζει την τυπολογία των παραβατών της Moffitt (Moffitt et al., 2001) [81] που κάνει διάκριση μεταξύ

των επίμονων δια βίου (life course persistent - LCP), περιοριζόμενων στην εφηβεία (adolescent limited - AL) και καθυστερημένης εκδήλωσης (late-onset - LO) παραβατών. Παρόμοια με τους παραβάτες LCP, οι παραβάτες Τύπου I της Hodgins αρχίζουν την παραβατική συμπεριφορά στην παιδική ηλικία, πριν από την εκδήλωση της προσδιοριστικής νόσου και η παραβατική συμπεριφορά παραμένει σταθερή σε όλη τη πορεία της ζωής τους. Οι παραβάτες Τύπου II αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα των σχιζοφρενών παραβατών. Όπως ισχύει και για τους παραβάτες AL της Moffitt, οι παραβάτες Τύπου II δεν εκδηλώνουν αντικοινωνική συμπεριφορά έως την εφηβεία, η οποία τυπικά συμπίπτει με την εκδήλωση της νόσου. Σε αντίθεση με τους παραβάτες AL που απέχουν σε μεγαλύτερη ηλικία, ωστόσο, οι παραβάτες Τύπου II συνεχίζουν την παραβατική συμπεριφορά σε όλη την πορεία της ζωής τους. Μια μικρή ομάδα παραβατών Τύπου III είναι εκείνοι που δεν εκδηλώνουν καθόλου βίαιη συμπεριφορά για δύο ή τρεις δεκαετίες μετά την εκδήλωση της νόσου αλλά, στη συνέχεια, επιδίδονται σε κάποια σοβαρή πράξη βίας, στην οποία ενδέχεται να θανατώσουν κάποιον νοσηλευτή. Η τυπολογία της Hodgins καλύπτει μόνο τα άτομα με σχιζοφρένεια που επιδίδονται σε βίαιη συμπεριφορά και όχι εκείνα που δεν επιδίδονται.

Επιπτώσεις για την Ποινική Δικαιοσύνη και Εγκληματολογία

Η προηγούμενη συζήτηση έχει βασισθεί στην έννοια ότι θα πρέπει κανείς να έχει τουλάχιστον μια στοιχειώδη κατανόηση που πρέπει να εργαστεί. Σύμφωνα με τον Johnson (2011) [56] έχει έρθει ο καιρός οι εγκληματολόγοι και οι ποινικολόγοι να «βγουν από την ακαδημαϊκή απομόνωση» και να εμπλακούν στην υπεράσπιση, καθώς επίσης ότι θα πρέπει να παρέχεται στους φοιτητές η βασική κατανόηση των αιτιακών διαδικασιών που εμπλέκονται στο φάσμα της σχιζοφρένειας και όχι μόνο να αναπτύσσονται οι εγκληματολογικές πρακτικές που το αφορούν. Η υπεράσπιση γίνεται σοβαρότερη όταν οι υπερασπιστές γνωρίζουν για ποιο πράγμα μιλούν. Το βάρος της υπεράσπισης έχει τεθεί στους δικούς μας ώμους, με την *de facto* ποινικοποίηση πολλών μορφών ψυχικών νόσων, που ακολούθησε το κίνημα της αποϊδρυματοποίησης. Η αστυνομία, οι αστυνομικοί επιτηρητές/υπεύθυνοι αποφυλάκισης και οι σωφρονιστικοί υπάλληλοι πρέπει να κατανοήσουν τις ψυχικές νόσους που συνδέονται με αυξημένη επιρρέπεια στο έγκλημα ως ασθένειες για τις οποίες το άτομο δεν ευθύνεται περισσότερο από ό,τι ευθύνεται ένας ασθενής με καρκίνο (ίσως και ακόμα λιγότερο, αν αναφερθεί κανείς σε ορισμένες συγκεκριμένες μορφές καρκίνου). Αυτή η κατανόηση θα πρέπει να οδηγήσει στην κατάργηση του στιγματισμού της ψυχικής νόσου μεταξύ των

εγκληματολόγων, των ποινικολόγων και των επαγγελματιών του κλάδου που αυτοί εκπαιδεύουν, καθώς και στην υιοθέτηση μιας περισσότερο καλοπροαίρετης συμπεριφοράς απέναντι σε όσους πάσχουν.

Αν και υπάρχουν περιορισμένες αποδείξεις ότι τα μέλη του γενικού κοινού έχουν λιγότερες πιθανότητες να αποδώσουν ευθύνες, να θυμώσουν ή να αποφεύγουν κοινωνικά τους ψυχικώς νοσούντες (Corrigan Watson, 2004) [17], υπάρχουν επίσης στοιχεία ότι η εστίαση στην βιολογική αιτιολόγηση μπορεί στην πραγματικότητα να επιτείνει τον στιγματισμό (Mehta & Farina, 1997; Read & Law, 1999) [76, 104]. Οι μελέτες αυτού του είδους τείνουν να παρουσιάζουν ασθενή ευρήματα, από προπτυχιακούς φοιτητές πανεπιστημίων, οι οποίοι μεταφέρουν την άποψη του γενικού κοινού (και ορισμένων μελών της ακαδημαϊκής κοινότητας) ότι η βιολογική κατάσταση του ανθρώπου καθορίζει τη μοίρα του και σίγουρα είναι ισχυρότερη από τις φερόμενες ως ψυχοκοινωνικές αιτίες. Σύμφωνα με τους Mehta & Farina (1997) [76] «Η άποψη της νόσου μπορεί να ωθεί προς τη συνειδητοποίηση ότι πρέπει κανείς να τρέφει γενναιόδωρα συναισθήματα προς τους πάσχοντες, αλλά αυτή η άποψη ενδέχεται επίσης να ωθεί να αντιμετωπίζονται όσοι πάσχουν από ψυχικές διαταραχές ως ξεχωριστή ομάδα από την υπόλοιπη ανθρωπότητα». Αυτή είναι μια λανθασμένη κοινωνική σύμβαση, η οποία βασίζεται στη χαμηλή ή καθόλου γνώση των αιτίων εκδήλωσης της σχιζοφρένειας και η κοινή γνώμη να ασχολείται περισσότερο με την ενημέρωση των ποινικολόγων και των εγκληματολόγων, παρά με τη διαμόρφωση της συμπεριφοράς του κοινού. Η άποψή μας είναι ότι η απόκτηση πλήρους κατανόησης του θέματος από τα άτομα που είναι επιφορτισμένα με την επιμόρφωση των επαγγελματιών του συστήματος ποινικής δικαιοσύνης (εγκληματολόγοι και ποινικολόγοι) μπορεί να κατευνάσει σημαντικά αυτές τις πρακτικές στιγματισμού και να οδηγήσει στην επινόηση καλύτερων μεθόδων και πρακτικών για την αντιμετώπιση των ατόμων με σχιζοφρένεια.

Η επιτήρηση ατόμων με σχιζοφρένεια είναι δύσκολο έργο ακόμα και για τους έμπειρους αστυνομικούς επιτηρητές/υπεύθυνους αποφυλάκισης που δεν έχουν εκπαιδευτεί σε θέματα ψυχικής υγείας (Skeem & Loudon, 2006) [115]. Οι περισσότεροι ψυχικά ασθενείς παραβάτες που έχουν αποφυλακιστεί με περιοριστικούς όρους έχουν διαταγές υποχρεωτικής αγωγής και, αν και η αγωγή είναι κυρίως θέμα του ιατρού, οι σωφρονιστικός υπάλληλος πρέπει να εμπλακεί ως διαχειριστής των πόρων της κοινότητας και υπεύθυνος παρακολούθησης της λήψης της αγωγής. Οι περισσότεροι ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι εύκολοι στη διαχείριση και συνεργάσιμοι ενόσω παίρνουν τα φάρμακά τους. Η δυσκολία είναι να διασφαλιστεί ότι τα παίρνουν, γιατί η μη

συμμόρφωση με την φαρμακευτική αγωγή αποτελεί τον κανόνα και όχι την εξαίρεση (Patterson & Leeuwenkamp, 2008) [95]. Η απροθυμία λήψης των αντιψυχωτικών φαρμάκων είναι κατανοητή, δεδομένων των σημαντικών παρενεργειών που έχουν. Γι' αυτό, οι αστυνομικοί που αποκτούν γνώσεις σχετικά με αυτές τις επιδράσεις μπορούν να ανταποκρίνονται στους πελάτες με μεγαλύτερη συμπόνια και να είναι περισσότερο χρήσιμοι σε περιπτώσεις μη συμμόρφωσης. Αυτή η απροθυμία λήψης των φαρμάκων μπορεί να παρακάμπτεται με τη διαπραγμάτευση και την επίτευξη συμφωνίας με τους παραβάτες να λαμβάνουν το φάρμακο ρισπεριδόνη και άλλα αντιψυχωσικά μακράς δράσης. Αυτά τα φάρμακα χορηγούνται με ένεση κάθε δύο ή τρεις εβδομάδες, οπότε αντιμετωπίζεται το πρόβλημα να το «ξεχνά» ο ασθενής, και η φαρμακευτική ουσία εκλύεται προοδευτικά σε αυτό το χρονικό διάστημα (Buckley, 2004) [10].

Ωστόσο, τα αντιψυχωτικά φάρμακα δεν θεραπεύουν τη σχιζοφρένεια, όπως και η ινσουλίνη δεν θεραπεύει τον διαβήτη. Τα αντιψυχωτικά φάρμακα κάνουν για τους ασθενείς της σχιζοφρένειας ότι κάνει και η ινσουλίνη για τους διαβητικούς. Σταθεροποιούν τις βιολογικές λειτουργίες περιορίζοντας ή εξαλείφοντας τις παραισθήσεις και μειώνοντας το άγχος. Ωστόσο, η φαρμακευτική αντιμετώπιση δεν τους βοηθά να βρουν εργασία ή να βελτιώσουν τις κοινωνικές τους δεξιότητες. Απλώς σταθεροποιεί τον εγκέφαλο ώστε οι πάσχοντες να μπορούν να επωφελούνται από τις υποστηρικτικές ψυχοκοινωνικές θεραπείες που τους βοηθούν να αντιμετωπίσουν αυτά τα προβλήματα, συμπεριλαμβανομένης της συμμόρφωσης με τη φαρμακευτική αγωγή. Οι τέσσερις μέθοδοι ψυχοθεραπείας που θεωρούνται περισσότερο χρήσιμες από αυτή την άποψη, με βάση τις μετα-αναλύσεις των αποτελεσμάτων θεραπειών σε ασθενείς με σχιζοφρένεια (εύρος μεγεθών επίδρασης 0,20 έως 0,60) είναι η γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία (CBT), η οικογενειακή θεραπεία (FIT), η θεραπεία κοινωνικών δεξιοτήτων (SST) και η θεραπεία γνωστικής αποκατάστασης (CRT) (Patterson & Leeuwenkamp, 2008) [95]. Η εξέταση αυτών των μεθόδων βρίσκεται εκτός του πεδίου εφαρμογής του παρόντος άρθρου, αλλά η καθεμία έχει τα ισχυρά και τα αδύναμα σημεία της και καθεμία έχει καλύτερα αποτελέσματα σε ορισμένες περιπτώσεις. Ωστόσο, οι Mueser και συν. (2013) [86] έκαναν μια πλήρη ανασκόπηση των υφιστάμενων προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αντιμετώπισης.

Ο συνδυασμός της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής και της προσωπικής και οικογενειακής συμβουλευτικής έχει αποδώσει καλά αποτελέσματα με τους σχιζοφρενείς ασθενείς που έχουν αξιολογηθεί σωστά ως ικανοί να επωφεληθούν από τέτοιου είδους αγωγή (Lamberti, 2007) [64]. Δυστυχώς, έχει διαπιστωθεί ότι οι φορείς

επιτήρησης/ελέγχου αποφυλάκισης που δίνουν έμφαση στην αστυνομευτική προσέγγιση της επιτήρησης έχουν χαμηλότερες πιθανότητες να προωθήσουν την εποικοδομητική συνεργασία των αστυνομικών τους με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας της κοινότητας, πράγμα που υπογραμμίζει και πάλι την ανάγκη επιμόρφωσης σε όλες τις βαθμίδες της ποινικής δικαιοσύνης (Lamberti et al., 2011) [63].

Συμπεράσματα

Η σχιζοφρένεια συνδυάζεται με αυξημένο κίνδυνο διάπραξης εγκληματικών ενεργειών, αλλά οι πάσχοντες διατρέχουν επίσης πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο να πέσουν οι ίδιοι θύματα, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για όσους παρουσιάζουν εντονότερα συμπτώματα, τους άστεγους και όσους εμφανίζουν συννοσηρότητα με κατάχρηση ναρκωτικών ή/και αλκοόλ. Εάν εμείς, ως κοινωνία, κατορθώσουμε να αντιμετωπίσουμε τη σχιζοφρένεια ως μια ασθένεια των κυκλωμάτων του εγκεφάλου που προκαλεί ασυνήθιστη συμπεριφορά και όχι ως «ψυχική» νόσο ή ως εκκεντρική κατάχρηση της ελεύθερης βούλησης, θα επέλθει μείωση του στιγματισμού των ασθενών και στους κόλπους του αστυνομικού προσωπικού.

Τα γονίδια διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αιτιολόγηση της σχιζοφρένειας, αλλά δεν είναι αυτά το μόνο πρόβλημα. Με την εμφάνιση του μοντέλου ανάπτυξης των νευρωνικών κυκλωμάτων 2 σημείων, οι ερευνητές προσέγγισαν τον συνδυασμό πολλών παραμέτρων της νόσου, από την εγγύτερη αιτία θετικών συμπτωμάτων έως την απώτατη. Τώρα μπορούμε να «δούμε» τη σχιζοφρένεια στην ίδια τη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου, χάρη στις εξελίξεις στις τεχνικές απεικόνισης του εγκεφάλου και μπορούμε να αντιμετωπίσουμε αποτελεσματικά όλα τα περιστατικά, εκτός από τα σοβαρότερα, με έναν συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοκοινωνικής θεραπείας. Αυτή είναι τεράστια πρόοδος από τις αντιλήψεις περί «σχιζοφρενικογόνου μητέρας» που ίσχυαν έως το πρόσφατο παρελθόν, όπου η μόνη λύση που είχαμε να προτείνουμε για τους ψυχικά ασθενείς ήταν ο ισόβιος εγκλεισμός σε ίδρυμα. Αυτό ήταν το όφελος που αποκομίσαμε από την επιστημονική κατανόηση της σχιζοφρένειας και είναι ένα όφελος που οι εγκληματολόγοι και οι ποινικολόγοι δεν επιτρέπεται να αγνοούν. Όπως υποδεικνύουν οι Fisher, Silver & Wolff (2006) [38], ο κοινός στόχος των συστημάτων ψυχικής υγείας και ποινικής δικαιοσύνης είναι να περιοριστεί η υποτροπή και η θυματοποίηση μεταξύ αυτής της ιδιαίτερα ευάλωτης ομάδας και να γίνει αυτό με ανθρωπιστικό τρόπο, αλλά το πρώτο βήμα είναι να κατανοηθεί το πρόβλημα.

Σοβαρή εφηβική παραβατικότητα και μεταγενέστερη σχιζοφρένεια: μια εθνικής κλίμακας μελέτη παρακολούθησης, με βάση το μητρώο Φιλανδών παραβατών ηλικίας 15-19 ετών, σε προδικαστική φάση, που παραπεμφθήκαν σε ιατροδικαστή για ψυχιατρική αξιολόγηση [69].

Οι επιθετικές και ταραχοποιές συμπεριφορές συχνά προηγούνται της εκδήλωσης σχιζοφρένειας. Με αυτή τη μελέτη παρακολούθησης, με βάση το μητρώο, με σχεδιασμό ασθενών-μαρτύρων, θελήσαμε να διερευνήσουμε εάν η σοβαρή εφηβική παραβατικότητα σχετίζεται με τη μελλοντική διάγνωση σχιζοφρένειας ή σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής (εδώ, ορίζονται ευρέως ως σχιζοφρένεια) μεταξύ ενός συναπτού δείγματος εθνικής κλίμακας Φιλανδών παραβατών ηλικίας 15 έως 19 ετών, που παραπέμφθηκαν σε ιατροδικαστή για ψυχιατρική αξιολόγηση, κατά τη διάρκεια των ετών 1989-2010.

Το δείγμα αποτελούνταν από 313 εφήβους παραβάτες, χωρίς τρέχουσα διάγνωση ή ιστορικό ψυχωτικής διαταραχής. Για κάθε έφηβο παραβάτη επιλέχθηκαν τυχαία τέσσερις μάρτυρες, αντίστοιχης ηλικίας, φύλου και τόπου γέννησης, από το Μητρώο Γενικού Πληθυσμού. Πέντε μάρτυρες (0,4%) είχαν λάβει αγωγή για σχιζοφρένεια πριν από τις αντίστοιχες ημερομηνίες-δείκτες και, συνεπώς, εξαιρέθηκαν από την περαιτέρω ανάλυση, οπότε κατέκρηξαν σε έναν πληθυσμό μαρτύρων 1.247 ατόμων. Οι συμμετέχοντες παρακολουθήθηκαν έως τον θάνατό τους, τη μετανάστευσή τους ή έως το τέλος του 2015, όποιο επήλθε πρώτο. Οι διαγνώσεις αποκτήθηκαν από το Μητρώο Υγειονομικής Περίθαλψης.

Σαράντα (12,8%) από τους εφήβους παραβάτες και 11 (0,9%) από τους μάρτυρες είχαν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια μεταγενέστερα στη διάρκεια της ζωής τους (ΚΣ 16,6, 95% ΔΕ 8,53-32,39, $P < 0,001$). Σχεδόν οι μισοί από τους εφήβους σε προδικαστική φάση που εκδήλωσαν αργότερα σχιζοφρένεια είχαν διαγνωστεί εντός 5 ετών από την ιατροδικαστική ψυχιατρική αξιολόγηση, αλλά η λανθάνουσα φάση ήταν περισσότερο παρατεταμένη για το άλλο μισό του δείγματος, για το οποίο έφθασε τα 20,5 έτη.

Η μελέτη υποστηρίζει την προγενέστερη έρευνα που υπέδειξε πιθανό συσχετισμό μεταξύ της σοβαρής εφηβικής παραβατικότητας και της μεταγενέστερης σχιζοφρένειας. Θα πρέπει να γίνονται ακριβείς ψυχιατρικές αξιολογήσεις από τις σωφρονιστικές υπηρεσίες, αλλά αυτές θα πρέπει να επαναλαμβάνονται και αργότερα στη διάρκεια της ζωής, προκειμένου να εντοπίζονται τα ψυχωτικά συμπτώματα στα άτομα με ιστορικό σοβαρής εφηβικής παραβατικότητας, ακόμα και αν δεν υπάρχουν ενδείξεις ψύχωσης πριν ή κατά τον χρόνο που διαπράττεται η παράβαση. Οι μελλοντικές έρευνες θα πρέπει

να διερευνηθούν ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τον κίνδυνο που διατρέχει ο έφηβος παραβάτης να αναπτύξει μεταγενέστερα σχιζοφρένεια.

Η κλινική σημασία του φαινομένου της στέρησης της μαριχουάνας μεταξύ ενηλίκων που επιζητούν θεραπεία για την εξάρτηση από τη μαριχουάνα δεν έχει διαπιστωθεί. Η μελέτη των Budney et al. (1999) [12], είναι η πρώτη που τεκμηριώνει την επίπτωση και την σοβαρότητα των υποκειμενικών συμπτωμάτων στέρησης της μαριχουάνας σε ένα κλινικό δείγμα ενηλίκων με εξάρτηση από τη μαριχουάνα. Πενήντα τέσσερις ασθενείς που επιζητούσαν θεραπεία σε εξωτερικά ιατρεία για εξάρτηση από τη μαριχουάνα συμπλήρωσαν μία λίστα ελέγχου Συμπτωμάτων Στέρησης της Μαριχουάνας, με βάση την πιο πρόσφατη περίοδο αποχής τους από τη μαριχουάνα. Η πλειονότητα (57%) κατέδειξε ότι βίωσε ≥ 6 συμπτώματα τουλάχιστον μέτριας σοβαρότητας και το 47% βίωσαν ≥ 4 συμπτώματα που αξιολογήθηκαν ως μέτριας σοβαρότητας. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων στέρησης ήταν μεγαλύτερη σε όσους παρουσίαζαν ψυχιατρική συμπτωματολογία και έκαναν συχνότερα χρήση μαριχουάνας. Αυτή η μελέτη παρέχει πρόσθετη υποστήριξη για ένα σύνολο συμπτωμάτων στέρησης που παρουσιάζονται μετά τη διακοπή της τακτικής χρήσης μαριχουάνας. Τα συναισθηματικά και συμπεριφορικά συμπτώματα που αναφέρθηκαν ήταν συνεπή με εκείνα που παρατηρήθηκαν σε προγενέστερες εργαστηριακές μελέτες και μελέτες συνεντεύξεων. Καθώς τα συμπτώματα στέρησης αποτελούν συχνά στόχο κλινικής παρέμβασης με άλλες ουσίες κατάχρησης, ενδέχεται αυτή να είναι η κατάλληλη πρακτική και για τη μαριχουάνα.

Σε μια μελέτη των Haney et al. (1999) [47], εξετάστηκαν τα συμπτώματα αποχής μετά το κάπνισμα μαριχουάνας στους ανθρώπους. Αναφέρθηκαν συμπτώματα στέρησης μετά τη χορήγηση δέλτα-9-τετραϋδροκανναβινόλης (THC) από του στόματος, ωστόσο δεν υπάρχουν εκτενείς γνώσεις σχετικά με την ανάπτυξη εξάρτησης από την καπνιζόμενη μαριχουάνα στους ανθρώπους. Και οι δύο δραστικές δόσεις μαριχουάνας οδήγησαν σε αύξηση των αξιολογήσεων «Καλό» και «Καλή επίδραση φαρμάκου» και σε αύξηση της πρόσληψης τροφής, ενώ μειώθηκε η λεκτική αλληλεπίδραση σε σύγκριση με την αρχική αξιολόγηση εικονικού φαρμάκου (ημέρες 1-4). Η αποχή από τη δραστική μαριχουάνα οδήγησε σε αύξηση αξιολογήσεων όπως «Άγχος», «Ευερεθιστότητα» και «στομαχικός πόνος» και σε σημαντική μείωση της πρόσληψης τροφής, σε σύγκριση με την αρχική αξιολόγηση. Αυτή η εμπειρική εμφάνιση συμπτωμάτων στέρησης από την καπνιζόμενη μαριχουάνα ενδέχεται να καταδεικνύει ότι η καθημερινή χρήση μαριχουάνας ενδέχεται να διατηρηθεί, τουλάχιστον εν μέρει, για την ανακούφιση των συμπτωμάτων αποχής.

Από τα μέσα της δεκαετίας του 1960 συσσωρεύονται αποδείξεις από πολλές διαφορετικές χώρες, σύμφωνα με τις οποίες υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ψυχιατρικών διαταραχών και του εγκλήματος και, ειδικότερα, μεταξύ των ψυχιατρικών διαταραχών και της βίας. Επίσης, συμφωνούν με τα ευρήματα που συνιστούν ότι οι ασθενείς που εξέρχονται από ψυχιατρικές κλινικές έχουν υψηλότερες πιθανότητες να διαπράξουν εγκλήματα από τα άλλα άτομα που ζουν στην ίδια κοινότητα και με τα αποτελέσματα ερευνών στη Βόρεια Αμερική, οι οποίες κατέδειξαν υψηλά ποσοστά ψυχιατρικών διαταραχών μεταξύ των φυλακισμένων παραβατών. Η γενίκευση αυτών των ευρημάτων περιορίζεται στα έθνη με παρόμοιο σύστημα δικαιοσύνης, ψυχιατρικής περίθαλψης και κοινωνικής ασφάλισης.

Παρά το γεγονός ότι η μαριχουάνα είναι το παράνομο ναρκωτικό που χρησιμοποιείται συνηθέστερα στις Ηνωμένες Πολιτείες, δεν έχει διαπιστωθεί ακόμα εάν η αποχή από τη χρόνια χρήση επιφέρει αλλαγές στην επιθετική συμπεριφορά στους ανθρώπους. Η μελέτη των Kouri et al. (1999) [60] διερεύνησε το μοτίβο και τη διάρκεια των αλλαγών στην επιθετική συμπεριφορά στους μακροχρόνιους χρήστες μαριχουάνας κατά τη διάρκεια μιας περιόδου αποχής 28 ημερών, επιβεβαιωνόμενη με καθημερινές εξετάσεις ούρων. Χρόνιοι χρήστες μαριχουάνας, οι οποίοι είχαν καπνίσει μαριχουάνα σε τουλάχιστον 5.000 περιπτώσεις (το αντίστοιχο του καθημερινού καπνίσματος επί περίπου 14 χρόνια) και οι οποίοι κάπνιζαν τακτικά όταν συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη, μελετήθηκαν την ημέρα 0 (όταν ακόμα κάπνιζαν), την ημέρα 1 (κατά τη φάση οξείας στέρησης) και τις ημέρες 3, 7 και 28 μιας περιόδου αποτοξίνωσης διάρκειας 28 ημερών.

Σε ελεγχόμενη μελέτη των Budney et al. (2001) [11] εξετάσθηκαν οι επιπτώσεις της αποχής από τη μαριχουάνα, σε καπνιστές μαριχουάνας που παραμένουν στο οικιακό τους περιβάλλον. Αν και τα άτομα που επιζητούν θεραπεία για την εξάρτηση από τη μαριχουάνα συχνά αναφέρουν συμπτώματα στέρησης, η εγκυρότητα και η κλινική σημασία του συνδρόμου στέρησης της μαριχουάνας δεν έχει εξακριβωθεί. Αυτή η ελεγχόμενη μελέτη σε εξωτερικούς ασθενείς εξέτασε την αξιοπιστία και την ειδικότητα των επιπτώσεων της αποχής που εμφανίζονται όταν οι χρήστες που κάνουν καθημερινή χρήση μαριχουάνας διακόψουν αιφνίδια το κάπνισμα μαριχουάνας. Δώδεκα καπνιστές μαριχουάνας που έκαναν χρήση καθημερινά αξιολογήθηκαν επί 16 συνεχείς ημέρες, κατά τη διάρκεια των οποίων κάπνιζαν μαριχουάνα ως συνήθως (ημέρες 1-5), απείχαν από τη χρήση μαριχουάνας (ημέρες 6-8), επανήλθαν στο κάπνισμα μαριχουάνας (ημέρες 9-13) και απείχαν και πάλι από το κάπνισμα μαριχουάνας (ημέρες 14-16). Η συνολική μετρούμενη δυσφορία λόγω της στέρησης αυξήθηκε σημαντικά κατά τη διάρκεια της

φάσης της αποχής και επανήλθε στις τιμές της αρχικής αξιολόγησης, όταν συνεχίστηκε το κάπνισμα μαριχουάνας. Η ένταση των συμπτωμάτων έντονης ανάγκης για μαριχουάνα, μειωμένης όρεξης, δυσκολίας στον ύπνο και απώλειας βάρους άλλαξε κατά τη διάρκεια των φάσεων του καπνίσματος και της αποχής. Η επιθετικότητα, ο θυμός, η ευερεθιστότητα, η ανησυχία και τα παράξενα όνειρα αυξήθηκαν σημαντικά κατά τη διάρκεια της μίας φάσης αποχής, αλλά όχι κατά τη διάρκεια της άλλης. Οι ανεξάρτητοι παρατηρητές επιβεβαίωσαν τις αναφορές των συμμετεχόντων σχετικά με αυτού του είδους τα συμπτώματα.

Η αποχή από τη μαριχουάνα δεν αναγνωρίζεται στο DSM-IV, καθώς συμπεραίνει ότι η κλινική σημασία του συνδρόμου δεν έχει ακόμα εξακριβωθεί. Μια πρόσφατη μελέτη κατέδειξε ότι η πλειονότητα των ατόμων που επιζητούν θεραπεία για την εξάρτηση από τη μαριχουάνα αναφέρουν ότι πάσχουν από στερητικό σύνδρομο με αρκετά σοβαρά συμπτώματα. Δεδομένου του γεγονότος ότι η μελέτη αυτή βασίστηκε σε αναδρομικές αναφορές των στερητικών συμπτωμάτων και της έλλειψης μετρήσεων αρχικής αξιολόγησης σε αυτήν, ενδείκνυται η διενέργεια μελετών σε εξωτερικούς ασθενείς με καλύτερο έλεγχο, προκειμένου να διαπιστωθεί η εγκυρότητα και η σημασία ενός στερητικού συνδρόμου από τη μαριχουάνα.

Η παρούσα μελέτη εξέτασε συστηματικά την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των συμπτωμάτων αποχής ασθενών Εξωτερικών Ιατρείων που εμφανίστηκαν μετά την διακοπή της βαριάς χρήσης μαριχουάνας.

Τα συναισθηματικά συμπτώματα που παρατηρήθηκαν κατά τη διάρκεια της βραχυχρόνιας αποχής από τη μαριχουάνα επικαλύπτονται σημαντικά με εκείνα που παρατηρούνται σε άλλα σύνδρομα αποχής από ναρκωτικές ουσίες. Μελέτες σε πειραματόζωα κατέδειξαν ότι οι μειώσεις της μεσομεταιχμιακής μεταφοράς ντοπαμίνης και οι αυξήσεις των συγκεντρώσεων του εξωκυτταρικού παράγοντα απελευθέρωσης που παρατηρούνται στο μεταιχμιακό σύστημα μετά την αποχή από τα κανναβινοειδή είναι σημαντικά όμοιες με εκείνες που παρατηρήθηκαν κατά την αποχή μετά από κατάχρηση άλλων ναρκωτικών ουσιών. Οι συμπεριφορικές επιπτώσεις αυτών των νευροβιολογικών αλλαγών που παρατηρήθηκαν κατά τη διάρκεια της στέρησης συνάδουν με τον τύπο των αρνητικών συναισθηματικών συμπτωμάτων που αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες της μελέτης μας και από τους ασθενείς που απείχαν από άλλες ουσίες. Αυτά τα ευρήματα οδήγησαν στην εκτίμηση ότι τα αρνητικά συναισθήματα ενδέχεται να είναι η κοινή χαρακτηριστική ένδειξη της στέρησης από τις περισσότερες ναρκωτικές ουσίες.

Το είδος και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων στέρησης της μαριχουάνας φαίνεται ότι προσιδιάζουν περισσότερο σε εκείνα που παρατηρούνται κατά την στέρηση της νικοτίνης.

Βία και εθιστικές ουσίες

Από την άποψη πρόκλησης επιθετικής συμπεριφοράς σε ανθρώπους που κάνουν κατάχρηση ναρκωτικών, οι Hoaken & Stewart (2003) [49] κατέδειξαν ότι η σχέση ναρκωτικού-βίας υπάρχει για διάφορους λόγους, ορισμένους άμεσους (ναρκωτικά που επάγουν φαρμακολογικά τη βία) και ορισμένους έμμεσους (βία που προκύπτει για την απόκτηση των ναρκωτικών). Επιπλέον, η φύση αυτής της σχέσης είναι συχνά περίπλοκη, με τα φαινόμενα τοξίκωσης, νευροτοξικότητας και στέρησης συχνά να συγχέονται ή/και να συγχύζονται. Η υφιστάμενη βιβλιογραφία ανασκοπείται σχετικά με την έκταση στην οποία διάφορα ναρκωτικά κατάχρησης ενδέχεται να σχετίζονται άμεσα με την αυξημένη διαπροσωπική βία. Το αλκοόλ είναι σαφώς το ναρκωτικό για το οποίο υπάρχουν οι περισσότερες αποδείξεις ότι υποστηρίζει μια άμεση σχέση τοξίκωσης-βίας. Η βιβλιογραφία που αφορά τις βενζοδιαζεπίνες, τα οπιοειδή, τα ψυχοδιεγερτικά και τη φαινκυκλιδίνη (PCP) είναι ιδιοσυγκρασιακή, αλλά υποδηλώνει ότι οι παράγοντες προσωπικότητας ενδέχεται να είναι το ίδιο (ή περισσότερο) σημαντικοί από τους φαρμακολογικούς παράγοντες. Η κάνναβη μειώνει την πιθανότητα εκδήλωσης βίας κατά τη φάση της τοξίκωσης, αλλά ολόενα αυξανόμενος όγκος αποδείξεων συσχετίζει τη στέρηση με την επιθετικότητα. Η βιβλιογραφία σχετικά με τη σχέση μεταξύ στεροειδών και επιθετικότητας είναι σε μεγάλο βαθμό συγκεχυμένη, ενώ η βιβλιογραφία σχετικά με τη σχέση της 3,4-μεθυλενοδιοξυμεθαμφοταμίνης (MDMA) και της επιθετικότητας είναι ανεπαρκής για την άντληση εύλογων συμπερασμάτων.

Όπως έχει διαπιστωθεί και προγενέστερα (Pihl & Hoaken, 1997) [98], υπάρχουν τουλάχιστον τέσσερις διαφορετικοί, αλλά όχι απαραίτητως αλληλοαναιρούμενοι, λόγοι για την ύπαρξη της σχέσης μεταξύ ναρκωτικών και επιθετικότητας. Συγκεκριμένα, βίαια εγκλήματα μπορούν να διαπραχθούν για την απόκτηση πρόσβασης σε ναρκωτικά ή σε πόρους για την αγορά ναρκωτικών. Η βία είναι συχνά ένα απαραίτητο μέσο επίλυσης διαφορών σε μια παράνομη και, συνεπώς, εγγενώς άναρχη επιχειρηματική δραστηριότητα, χωρίς κανόνες. Επιπλέον, η βίαιη συμπεριφορά και η χρήση ναρκωτικών μπορεί να είναι αποτελέσματα των ίδιων παραγόντων (π.χ. επιδίωξη υψηλών συναισθημάτων) και να συνυπάρχουν συμπτωματικά. Ο τελευταίος θεωρητικός παράγοντας συμβολής στη σχέση ναρκωτικών – επιθετικότητας, και το κυριότερο σημείο

εστίασης του παρόντος άρθρου είναι ότι ορισμένα ναρκωτικά ενδέχεται να αυξήσουν το ενδεχόμενο βίας, λόγω των άμεσων επιπτώσεων που έχουν στο άτομο. Θα προσδιορίσουμε αυτές τις άμεσες επιπτώσεις σε τρεις κατηγορίες: τις άμεσες φαρμακολογικές επιπτώσεις (τοξίκωση), τις νευροτοξικές επιπτώσεις (βλάβες που προκαλούνται από παρατεταμένη χρήση) ή τις επιπτώσεις στέρησης (αποχή αμέσως μετά από παρατεταμένη χρήση).

Στην περίπτωση της τοξίκωσης, οι προγενέστεροι συγγραφείς (Pihl & Hoaken, 2002; Pihl & Peterson, 1995) [97, 99] έχουν συλλάβει τις έννοιες τεσσάρων, ή ενδεχομένως πολλών, σωματικών επιπτώσεων των ναρκωτικών στο άτομο, οι οποίες θα πρέπει να αυξάνουν την πιθανότητα βίας. Αν και δεν θεωρούνται ούτε αυτοαναιρούμενοι ούτε συνολικά εξαντλητικοί, αυτοί οι τέσσερις τύποι επιπτώσεων παρέχουν ένα πλαίσιο εντός του οποίου θα συζητήσουμε τα διάφορα μέσα μέσω των οποίων οι άμεσες φαρμακολογικές επιπτώσεις των διαφόρων ναρκωτικών ενδέχεται να αυξήσουν την επιθετικότητα.

Η πρώτη από αυτές τις θεωρητικές, επεξηγηματικές φαρμακολογικές επιπτώσεις είναι η αλλοίωση του ψυχοκινητικού συστήματος με τέτοιον τρόπο ώστε να ενισχύεται η διέγερση και η ανταμοιβή. Οι ψυχοκινητικοί διεγέρτες ενδυναμώνουν κινητικές συμπεριφορές, συμπεριλαμβανομένης της προσέγγισης, της επιδίωξης συναισθημάτων ή/και επιθετικών συμπεριφορών, οι οποίες κανονικά δεν θα εκδηλώνονταν. Συνεπώς, οι ιδιότητες των ψυχοκινητικών διεγερτών φαίνεται πως ενδυναμώνουν τη βία στους ανθρώπους, μέσω ενισχυμένων συμπεριφορών που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως ριψοκίνδυνες. Η δεύτερη φαρμακολογική επίπτωση είναι μια αλλοίωση του συστήματος του άγχους ή/και της απειλής. Τυπικά, τα άτομα μαθαίνουν στην παιδική ηλικία ότι η αυξημένη επιθετικότητα συνδέεται με αυξημένο ενδεχόμενο τιμωρίας. Λόγω αυτού, τα σήματα που υποδηλώνουν την ανάγκη να γίνουμε επιθετικοί συνήθως προκαλούν άγχος, το οποίο με τη σειρά του περιορίζει την πιθανότητα εκδήλωσης επιθετικότητας. Ωστόσο, ορισμένα ναρκωτικά περιορίζουν αυτούς τους εσωτερικούς ανασταλτικούς μηχανισμούς, οδηγώντας σε αυξημένη πιθανότητα επιθετικής ανταπόκρισης. Ο τρίτος μηχανισμός είναι μια αλλοίωση του συστήματος του πόνου. Αυτός ο μηχανισμός είναι ιδιοσυγκρασιακός καθώς, όπως έχει διαπιστωθεί, τόσο τα ναρκωτικά που αυξάνουν όσο και τα ναρκωτικά που μειώνουν την ευαισθησία στον πόνο ενδέχεται να αυξήσουν την πιθανότητα επιθετικότητας. Αναφορικά με τα ναρκωτικά που μειώνουν την ευαισθησία στον πόνο, είναι πιθανό αυτό το χαρακτηριστικό να μειώνει τις κανονικά τιμωρητικές επιπτώσεις του πόνου που ενδεχομένως να βιώνει το άτομο σε μια

προκλητική αλληλεπίδραση. Αναφορικά με τα ναρκωτικά που αυξάνουν την ευαισθησία στον πόνο, αυτό το χαρακτηριστικό ενδέχεται να λειτουργεί με τέτοιον τρόπο που να αυξάνεται η υπεροχή των προκλητικών ερεθισμάτων. Η αμυντική επιθετικότητα είναι μια έμφυτη απόκριση. Συνεπώς, τα ναρκωτικά που αυξάνουν την ευαισθησία στον πόνο αυξάνουν τις πιθανότητες αμυντικής επιθετικότητας. Ο τελευταίος μηχανισμός αποτελεί αλλοίωση των δεδομένων γνωστικών δυνατοτήτων υψηλότερου επιπέδου, τις οποίες θα μπορούσε κανείς να αντιλαμβάνεται ως το γνωσιακό κέντρο ελέγχου, το οποίο συνήθως ρυθμίζει τη γενική κινητοποιητική κατάσταση. Ορισμένα ναρκωτικά ενδέχεται να παρεμποδίζουν τις γνωστικές δυνατότητες που αποτελούν το θεμέλιο του σχεδιασμού, τη διαμόρφωση των συμπεριφορικών στρατηγικών και την έναρξη και τη συντήρηση της στοχοθετημένης συμπεριφοράς, ως απόκριση σε εξωτερικά και εσωτερικά ρυθμιστικά σήματα.

Είναι σαφές ότι οποιοδήποτε ναρκωτικό μπορεί να επηρεάζει τη λειτουργία ενός ή περισσότερων από αυτά τα υποθετικά συστήματα. Ακολουθεί μια συζήτηση σχετικά με τα κυριότερα ναρκωτικά κατάχρησης και τα στοιχεία που αποδεικνύουν ότι το καθένα σχετίζεται με αύξηση της επιθετικής συμπεριφοράς στον άνθρωπο. Στις περιπτώσεις όπου τα στοιχεία για την ύπαρξη σχέσης μεταξύ του εν λόγω ναρκωτικού και της επιθετικότητας είναι ισχυρά, οι θεωρητικοί επεξηγηματικοί μηχανισμοί θα αναπτύσσονται στο πλαίσιο των τεσσάρων μηχανισμών που περιγράφηκαν παραπάνω. Όταν υπάρχουν διαθέσιμες σχετικές μελέτες, θα αναπτύξουμε επίσης τη σχέση ναρκωτικού – επιθετικότητας από την άποψη των επιπτώσεων της χρόνιας χρήσης (δηλαδή των νευροτοξικών επιπτώσεων) ή/και του συνδρόμου στέρησης. Αρχίζουμε αυτή την ανασκόπηση σχετικά με το αλκοόλ, για τρεις λόγους: (1) είναι το ναρκωτικό που χρησιμοποιείται συχνότερα και του οποίου γίνεται συχνότερα κατάχρηση, (2) είναι από κάποια άποψη μοναδικό, στο βαθμό που επηρεάζει όλα τα προαναφερθέντα συστήματα και (3) είναι με διαφορά το ναρκωτικό που έχει τις υψηλότερες πιθανότητες να σχετίζεται με αυξημένο ενδεχόμενο διαπροσωπικής βίας.

Ενώ η κάνναβη καταδικάζεται ιστορικά ως κοινωνική «μάστιγα» και γιατί προκαλεί δολοφονικό μένος (Julien, 1992) [57], οι πιο σύγχρονες έρευνες καταδεικνύουν ότι τα άτομα που βρίσκονται υπό την επήρεια κάνναβης έχουν στην πραγματικότητα μικρότερες πιθανότητες να ενεργήσουν επιθετικά. Ωστόσο, ολοένα πιο εκτεταμένη βιβλιογραφία υποστηρίζει την ύπαρξη ενός αυθεντικού συνδρόμου στέρησης της κάνναβης, ένα από τα συμπτώματα του οποίου ενδέχεται να είναι η αυξημένη πιθανότητα διαπροσωπικής επιθετικότητας.

Υπάρχει σχέση μεταξύ των ναρκωτικών και της επιθετικότητας; Είναι σαφές ότι η απάντηση είναι ένα εμφατικό ναι. Ωστόσο, είναι το ίδιο σαφές ότι η φύση της σχέσης είναι αλληλεπιδραστική και πολυπαραγοντική και, επιπλέον, διαφορετική για τα ναρκωτικά διαφορετικών κατηγοριών. Επιπλέον, ορισμένα ναρκωτικά, σε διαφορετικές δόσεις, έχουν παράδοξες επιπτώσεις. Ενώ υπάρχουν ναρκωτικά που προκαλούν αναμφίβολα αυξημένη επιθετικότητα (αλκοόλ), υπάρχουν και άλλα των οποίων η φήμη ότι επάγουν βία φαίνεται να είναι ανυπόστατη (PCP). Το μόνο που μπορεί να ειπωθεί αδιαμφισβήτητα σχετικά με τη σχέση ναρκωτικών – επιθετικότητας: Δεν γνωρίζουμε αρκετά σχετικά με αυτήν.

Σύμφωνα με τους νομοθέτες, ένας από τους λόγους που τα ναρκωτικά τίθενται εκτός νόμου και το κόστος αστυνόμευσης και νομοθεσίας είναι δικαιολογημένο είναι προκειμένου να αντιμετωπιστεί η απειλή της βίας. Υπάρχουν δύο παράδοξα στοιχεία σε αυτή τη δήλωση. Πρώτον, το ναρκωτικό που είναι γνωστό ότι έχει τις υψηλότερες πιθανότητες να προκαλέσει επιθετική συμπεριφορά όχι μόνο διατίθεται παντού και νόμιμα, αλλά συχνά πωλείται από το ίδιο το κράτος με σκοπό το κέρδος. Δεύτερον, η μεγαλύτερη έκταση βίας που οφείλεται στα ναρκωτικά ενδέχεται να οφείλεται στα μέσα ρύθμισης μιας παράνομης και ιδιαίτερα κερδοφόρας βιομηχανίας.

Αυτό δεν σημαίνει ότι όλα τα ναρκωτικά που βρίσκονται αυτή τη στιγμή υπό περιορισμό πρέπει να διατεθούν ελεύθερα, αλλά ότι πρέπει να αυξηθεί η χρηματοδότηση τόσο για την έρευνα όσο και για τη θεραπεία. Αν είχαμε τη δυνατότητα να κατανοήσουμε καλύτερα ποια ναρκωτικά κάνουν τα άτομα περισσότερο επιθετικά, σε ποιες δοσολογίες και σε ποιο περιβάλλον, και αν είχαμε τη δυνατότητα να αντιμετωπίσουμε αποτελεσματικότερα τον εθισμό, παρακολουθώντας τη στέρηση και τα σχετικά συμπτώματα, τότε ίσως να βρισκόμαστε σε θέση να περιορίσουμε τις υπέρογκες δαπάνες που οφείλονται στη βία που σχετίζεται με τα ναρκωτικά. Όπως υποδηλώνεται από τα ιδιαίτερα ανησυχητικά στατιστικά στοιχεία σχετικά με την εγκληματικότητα, η αστυνόμευση δεν επαρκεί.

Ψυχοδυναμική ανάλυση εγκλημάτων σχιζοφρενών

Η ψυχοδυναμική διερεύνηση οδήγησε ακόμη στην αναθεώρηση ορισμένων παραδοσιακών απόψεων σχετικά με την εγκληματικότητα του σχιζοφρενούς, σύμφωνα με την κ. Τσαλίκου, στο βιβλίο της «Σχιζοφρένεια και Φόνος» [141]:

1. Η θεώρηση του σχιζοφρενικού φόνου ως πράξη «αναίτια», «παρορμητική», «αυτοματική» δεν ανταποκρίνεται στην ψυχολογική πραγματικότητα. Ο φόνος είναι το αποτέλεσμα της εξελικτικής πορείας μιας ψυχικής διαδικασίας, λιγότερο ή περισσότερο μακροχρόνιας, ανάλογα με την κάθε περίπτωση. Είναι μια πράξη συνεπής με μια κρυμμένη λογική που στοχεύει στην επίτευξη ενός ασυνείδητου σκοπού.
2. Σαφής διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στο σχιζοφρενικό και το μη σχιζοφρενικό φόνο δεν υπάρχει.

Η σχιζοφρενική διαταραχή ενδέχεται, κάτω από ορισμένες συνθήκες, να διευκολύνει το πέρασμα στην εγκληματική πράξη, ωστόσο όμως, σχέση αιτίου-αιτιατού ανάμεσα σ'αυτήν και την εγκληματική πράξη δεν υφίσταται.

Η αποστέρηση βασικών ανθρώπινων αναγκών αποτελεί τόσο για το σχιζοφρενικό όσο και για το φυσιολογικό άτομο γενεσιουργό συντελεστή επιθετικότητας, που σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει στο φόνο. Το ευάλωτο όμως εγώ του σχιζοφρενούς μετατρέπεται με ευχέρεια σε επώδυνα τραύματα ερεθίσματα του περιβάλλοντος, που τα φυσιολογικά άτομα θα βίωναν σαν ανώδυνα και καθημερινά περιστατικά.

Η ενσωμάτωση και η αποδοχή του κυρίαρχου κοινωνικού στερεοτύπου που ταυτίζει τη σχιζοφρένεια με την επικινδυνότητα υπήρξαν για τα άτομα αυτά, στιγματισμένα ήδη από το περιβάλλον τους σαν σχιζοφρενικά την εποχή του φόνου, ένας διευκολυντικός παράγοντας περάσματος στην εγκληματική πράξη.

Η εργασία αυτή έδειξε ακόμη ότι οι αρχέγονες παρορμήσεις που αναδύονται από τον ψυχισμό του ανθρωποκτόνου σχιζοφρενούς είναι αποκαλυπτικές στην υπερβολή τους παρορμήσεων καταχωνιασμένων στα βάθη κάθε ανθρώπινου ψυχισμού. Ο Freud έλεγε ότι το όνειρο είναι η «βασιλική οδός» που οδηγεί στη γνώση του ασυνείδητου. Παραφράζοντάς τον θα μπορούσε να λεχθεί ότι ο σχιζοφρενικός φόνος είναι η «βασιλική οδός» που οδηγεί στη γνώση όχι μόνο του μη σχιζοφρενικού φόνου, αλλά και του τρόπου λειτουργίας του ανθρώπινου γενικά ψυχισμού.

Η τάση συγχώνευσης με τον άλλο, η παλινδρόμηση στη μακαριότητα του μη διαφοροποιημένου όντος, η ανάγκη συντριβής του απειλητικού άλλου, το λογικό και το παράλογο, το εφησυχαστικό και το τρομακτικό, η επιθυμία ζωής αλλά και η επιθυμία θανάτου, έτσι όπως εκφράζονται με ένα συνταρακτικό τρόπο μέσα στο σχιζοφρενικό φόνο, ενσαρκώνουν απόκρυφα στοιχεία που ενυπάρχουν στον καθένα μας και αγνοούνται από όλους μας σχεδόν.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν τα ιστορικά ασθενών που εισήχθησαν στην Ψυχιατρική Κλινική του Γ.Ν. «Κωνσταντοπούλειο» Ν. Ιωνίας το 2016. Οι εισαγωγές στο σύνολο ήταν 298. Από αυτές οι 122 έλαβαν τη διάγνωση «Ψυχωσική Συνδρομή» (ποσοστό 40%). Από τους ασθενείς αυτούς οι 62 (ποσοστό 50%) είχαν ιστορικό παραβατικής συμπεριφοράς.

Παραβατική συμπεριφορά σημαίνει αποκλίνουσα συμπεριφορά από τους κανόνες, που τις περισσότερες φορές εμπεριέχει βία και αποτελεί αντικείμενο του Ποινικού Κώδικα.

Από τους 62 ασθενείς, οι 42 (ποσοστό 67%) έκαναν παράλληλη χρήση ινδικής κάνναβης, ενώ οι 20 (ποσοστό 33%) που έλαβαν τη διάγνωση ψυχωσικής συνδρομής δεν έκαναν παράλληλη χρήση ινδικής κάνναβης.

Οι ασθενείς με τη διάγνωση ψυχωσική συνδρομή και την παράλληλη χρήση ινδικής κάνναβης έλαβαν δύο (2) διαγνώσεις: 1) ΨΥΧΩΣΗ ΕΠΑΓΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΙΝΔΙΚΗΣ ΚΑΝΝΑΒΗΣ, και 2) ΨΥΧΩΣΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ.

Το 92,9% (39 άτομα) των ασθενών που διαγνώστηκαν με τις δύο διαγνώσεις, και το 90% (18 άτομα) των ασθενών που διαγνώστηκαν με τη διάγνωση Ψυχωσική Συνδρομή, είναι άντρες (βλ. Πίνακα 1).

Η πλειοψηφία των ασθενών που διαγνώστηκαν με ψύχωση επαγόμενη από τη χρήση ινδικής κάνναβης (33,3% και 33,3% αντίστοιχα) είχαν συλληφθεί για κλοπή και ξυλοδαρμό, ενώ οι περισσότεροι ασθενείς που διαγνώστηκαν με ψυχωσική συνδρομή (60,0%) είχαν συλληφθεί για ξυλοδαρμό (βλ. Πίνακα 1).

Πίνακας 1.

Απόλυτες και σχετικές συχνότητες των νοσηλευόμενων του δείγματος ως προς το φύλο και την παραβατικότητα

Δημογραφικά χαρακτηριστικά	Προκαλούμενη από χρήση κάνναβης ψυχωσική συνδρομή		Ψυχωσική συνδρομή	
	f	rf	f	rf
Φύλο				
Άντρας	39	92,9	18	90,0
Γυναίκα	3	7,1	2	10,0
Σύνολο	42		20	
Παραβατικότητα	f	rf	f	rf
Κλοπή	14	33,3	5	25,0
Ξυλοδαρμός	14	33,3	12	60,0
Κατοχή κάνναβης	3	7,1	0	0,0
Εμπορία κάνναβης	10	23,8	0	0,0
Φόνος	1	2,4	2	10,0
Επικίνδυνη οδήγηση	0	0,0	1	5,0
Σύνολο	42		20	

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 2, ο μέσος όρος της ηλικίας των ασθενών που διαγνώστηκαν με ψυχωσική συνδρομή προκαλούμενη από χρήση κάνναβης είναι τα 38 έτη ($SD = 11,06$), ενώ των ασθενών που διαγνώστηκαν με ψυχωσική συνδρομή τα 35 έτη ($SD = 10,73$).

Πίνακας 2.

Μέσος όρος, τυπική απόκλιση, ελάχιστη και μέγιστη τιμή της ηλικίας των ασθενών του δείγματος

Ηλικία	N	M.O.	SD	Min.	Max.
Προκαλούμενη από χρήση κάνναβης ψυχωσική συνδρομή	42	38,31	11,06	20,0	62,0
Ψυχωσική συνδρομή	20	35,35	10,73	21,0	64,0

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Προκειμένου να διερευνηθεί αν οι νοσηλευόμενοι που διαγνώστηκαν με ψυχωσική συνδρομή προκαλούμενη από χρήση κάνναβης διαφέρουν ως προς τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά (φύλο και ηλικία) από τους νοσηλευόμενους που διαγνώστηκαν με ψυχωσική συνδρομή, πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις με τη χρήση του στατιστικού κριτηρίου χ^2 και του κριτηρίου t για ανεξάρτητα δείγματα αντίστοιχα (βλ. Πίνακες 1 και 2).

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες του φύλου των νοσηλευομένων όπως προς τη διάγνωση που έχουν λάβει. 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.

Πίνακας 1.

Κατανομή (απόλυτες και διπλές σχετικές συχνότητες)
του φύλου των νοσηλευομένων ως προς τη διάγνωση που έλαβαν

Φύλο	Ομάδα					
	Προκαλούμενη από χρήση κάνναβης ψυχωσική συνδρομή		Ψυχωσική συνδρομή		Σύνολο	
	f	rf	f	rf	f	rf
Άντρας	39	92,4	18	90,0	57	91,9
Γυναίκα	3	7,1	2	10,0	5	8,1
Σύνολο	42	67,7	20	32,3	62	

Σημείωση: Οι σχετικές συνδυαστικές συχνότητες έχουν υπολογιστεί για τις στήλες (ομάδα).

Ο έλεγχος των μέσων όρων με το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων ως προς την ηλικία, $t(60) = 0,99$, $p > 0,05$ (βλ. Πίνακα 2).

Πίνακας 2.
Μέσοι όροι, t τιμές και στατιστική σημαντικότητα της ηλικίας των νοσηλευομένων ως προς τη διάγνωση που έλαβαν

	Μέσος όρος (M) νοσηλευομένων που διαγνώστηκαν με προκαλούμενη από χρήση κάνναβης ψυχωσική συνδρομή	Μέσος όρος (M) νοσηλευομένων που διαγνώστηκαν με ψυχωσική συνδρομή	t-test		
			t	df	p
Ηλικία	38,31	35,35	0,99	60	0,324

Προκειμένου να διερευνηθεί αν οι νοσηλευόμενοι των δυο ομάδων διαφέρουν ως προς τους λόγους για τους οποίους έχουν συλληφθεί πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις με τη χρήση του στατιστικού κριτηρίου χ^2 . Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες που αφορούν στους λόγους σύλληψης των νοσηλευόμενων ως προς τη διάγνωση που έχουν λάβει. Δεν 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.

Πίνακας 3.
Κατανομή (απόλυτες και διπλές σχετικές συχνότητες) της παραβατικότητας των νοσηλευόμενων ως προς τη διάγνωση που έλαβαν

Παραβατικότητα	Ομάδα					
	Προκαλούμενη από χρήση κάνναβης ψυχωσική συνδρομή		Ψυχωσική συνδρομή		Σύνολο	
	f	rf	f	rf	f	rf
Κλοπή	14	33,3	5	25,0	19	30,6
Ξυλοδαρμός	14	33,3	12	60,0	26	41,9
Κατοχή κάνναβης	3	7,1	0	0,0	3	4,8
Εμπορία κάνναβης	10	23,8	0	0,0	10	16,1
Φόνος	1	2,4	2	10,0	3	4,8
Επικίνδυνη οδήγηση	0	0,0	1	5,0	1	1,6
Σύνολο	42	67,7	20	32,3	62	

Σημείωση: Οι σχετικές συνδυαστικές συχνότητες έχουν υπολογιστεί για τις στήλες (ομάδα).

Στη συνέχεια εξαιρέθηκαν από τις αναλύσεις οι μεταβλητές αναφορικά με την παραβατικότητα που έλαβαν λιγότερες από δυο απαντήσεις.

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες αναφορικά με τη σύλληψη των νοσηλευομένων για ξυλοδαρμό ως προς τη διάγνωση που έχουν λάβει. Όπως έδειξε το κριτήριο χ^2 υπάρχουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο ομάδων ως προς τη σύλληψή τους για ξυλοδαρμό ($\chi^2 (1) = 3,96, p = 0,047$). Συγκεκριμένα, το 33,3% (14 άτομα) των ατόμων που διαγνώστηκαν με προκαλούμενη από χρήση κάνναβης ψυχωσική συνδρομή έχουν συλληφθεί για ξυλοδαρμό, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους συμμετέχοντες που διαγνώστηκαν με ψυχωσική συνδρομή ήταν 60,0% (12 άτομα).

Πίνακας 4.

Κατανομή (απόλυτες και διπτές σχετικές συχνότητες) της σύλληψης για ξυλοδαρμό των νοσηλευομένων ως προς τη διάγνωση που έχουν λάβει

Σύλληψη για ξυλοδαρμό	Ομάδα					
	Προκαλούμενη από χρήση κάνναβης ψυχωσική συνδρομή		Ψυχωσική συνδρομή		Σύνολο	
	f	rf	f	rf	f	rf
Ναι	14	33,3	12	60,0	26	41,9
Όχι	28	66,7	8	40,0	36	58,1
Σύνολο	42	67,7	20	32,3	62	

Σημείωση: Οι σχετικές συνδυαστικές συχνότητες έχουν υπολογιστεί για τις στήλες (ομάδα).

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες αναφορικά με τη σύλληψη για κλοπή των νοσηλευομένων ως προς τη διάγνωση που έχουν λάβει. Όπως έδειξε το κριτήριο χ^2 δεν υπάρχουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο ομάδων ως προς τη σύλληψή τους για κλοπή ($\chi^2 (1) = 0,44, p = 0,506$).

Πίνακας 5.

Κατανομή (απόλυτες και διττές σχετικές συχνότητες) της σύλληψης για κλοπή των νοσηλευομένων ως προς τη διάγνωση που έχουν λάβει

Σύλληψη για κλοπή	Ομάδα					
	Προκαλούμενη από χρήση κάνναβης ψυχωσική συνδρομή		Ψυχωσική συνδρομή		Σύνολο	
	f	rf	f	rf	f	rf
Ναι	14	33,3	5	25,0	19	30,6
Όχι	28	66,7	15	75,0	43	69,4
Σύνολο	42	67,7	20	32,3	62	

Σημείωση: Οι σχετικές συνδυαστικές συχνότητες έχουν υπολογιστεί για τις στήλες (ομάδα).

Καθώς δεν ήταν εφικτή η διερεύνηση των διαφορών μεταξύ των δυο ομάδων ως προς το φύλο λόγω του μικρού αριθμού των νοσηλευόμενων γυναικών, οι ακόλουθες στατιστικές αναλύσεις διενεργήθηκαν μόνο μεταξύ των αντρών του δείγματος.

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες της παραβατικότητας των αντρών του δείγματος ως προς τη διάγνωση που έχουν λάβει. Δεν 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.

Πίνακας 6.

Κατανομή (απόλυτες και διττές σχετικές συχνότητες) της παραβατικότητας των αντρών του δείγματος ως προς τη διάγνωση που έλαβαν

Παραβατικότητα	Ομάδα					
	Προκαλούμενη από χρήση κάνναβης ψυχωσική συνδρομή		Ψυχωσική συνδρομή		Σύνολο	
	f	rf	f	rf	f	rf
Κλοπή	13	33,3	3	16,7	16	28,1
Ξυλοδαρμός	14	35,9	12	66,7	26	45,6
Κατοχή κάνναβης	2	5,1	0	0,0	2	3,5
Εμπορία κάνναβης	0	23,1	0	0,0	9	15,8
Φόνος	1	2,6	2	11,1	3	5,3
Επικίνδυνη οδήγηση	0	0,0	1	5,6	1	1,8
Σύνολο	39	68,4	18	31,6	57	

Σημείωση: Οι σχετικές συνδυαστικές συχνότητες έχουν υπολογιστεί για τις στήλες (ομάδα).

Στη συνέχεια εξαιρέθηκαν από τις αναλύσεις οι απαντήσεις αναφορικά με την παραβατικότητα που έλαβαν λιγότερες από δυο απαντήσεις.

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες αναφορικά με τη σύλληψη για ξυλοδαρμό των αντρών του δείγματος ως προς τη διάγνωση που έχουν λάβει. Όπως έδειξε το κριτήριο χ^2 υπάρχουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο ομάδων ως προς τη σύλληψή τους για ξυλοδαρμό ($\chi^2 (1) = 4,70, p = 0,030$). Συγκεκριμένα, το 35,9% (14 άτομα) των ατόμων που διαγνώστηκαν με προκαλούμενη από χρήση κάνναβης ψυχωσική συνδρομή έχουν συλληφθεί για ξυλοδαρμό, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους συμμετέχοντες που διαγνώστηκαν με ψυχωσική συνδρομή ήταν 66,7% (12 άτομα).

Πίνακας 7.

Κατανομή (απόλυτες και διπτές σχετικές συχνότητες) αναφορικά με τη σύλληψη για ξυλοδαρμό των αντρών του δείγματος ως προς τη διάγνωση που έχουν λάβει

Σύλληψη για ξυλοδαρμό	Ομάδα					
	Προκαλούμενη από χρήση κάνναβης ψυχωσική συνδρομή		Ψυχωσική συνδρομή		Σύνολο	
	f	rf	f	rf	f	rf
Ναι	14	35,9	12	66,7	26	45,6
Όχι	25	64,1	6	33,3	31	54,4
Σύνολο	39	68,4	18	31,6	57	

Σημείωση: Οι σχετικές συνδυαστικές συχνότητες έχουν υπολογιστεί για τις στήλες (ομάδα).

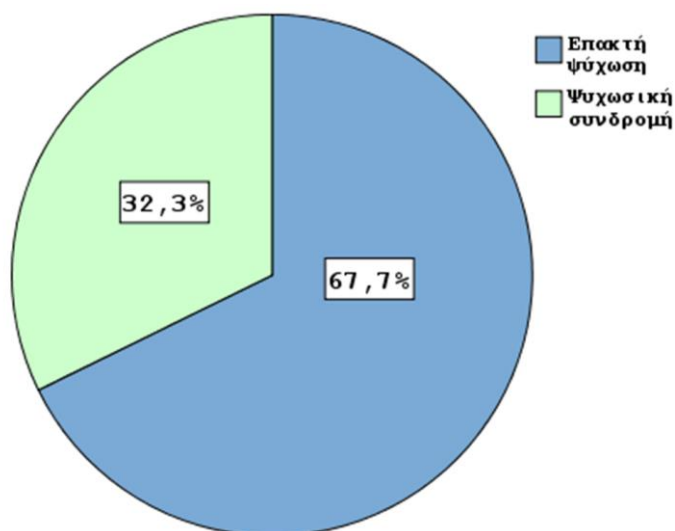
Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες αναφορικά με τη σύλληψη για κλοπή των αντρών του δείγματος ως προς τη διάγνωση που έχουν λάβει. Όπως έδειξε το κριτήριο χ^2 δεν υπάρχουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο ομάδων ως προς τη σύλληψή τους για κλοπή ($\chi^2 (1) = 1,69, p = 0,193$).

Πίνακας 8.

Κατανομή (απόλυτες και διττές σχετικές συχνότητες) της σύλληψης για κλοπή των αντρών του δείγματος ως προς τη διάγνωση που έχουν λάβει

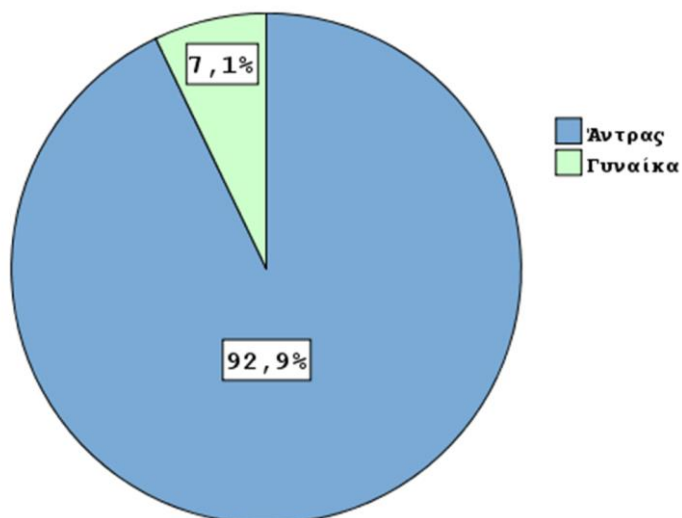
Σύλληψη για κλοπή	Ομάδα					
	Προκαλούμενη από χρήση κάνναβης ψυχωσική συνδρομή		Ψυχωσική συνδρομή		Σύνολο	
	f	rf	f	rf	f	rf
Ναι	13	33,3	3	16,7	16	28,1
Όχι	26	66,7	15	83,3	41	71,9
Σύνολο	39	68,4	18	31,6	57	

Σημείωση: Οι σχετικές συνδυαστικές συχνότητες έχουν υπολογιστεί για τις στήλες (ομάδα).

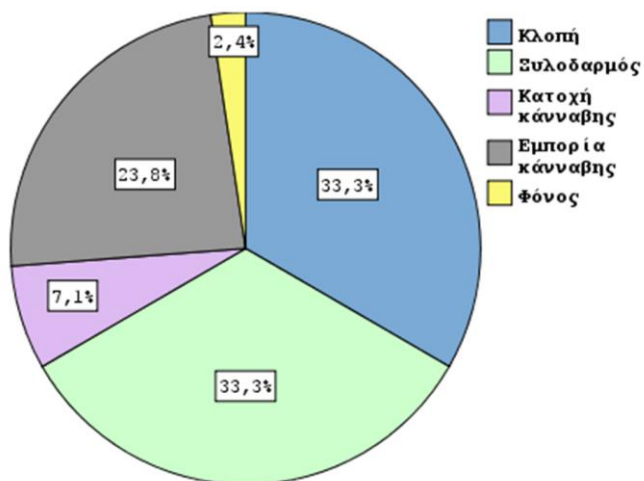


Σχήμα 1. Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής των συμμετεχόντων ως προς τη διάγνωση που έλαβαν

Σύγκριση παραβατικής συμπεριφοράς μεταξύ ασθενών που νοσηλεύθηκαν σε Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου με διάγνωση «ψυχωσική συνδρομή» και εκείνων που νοσηλεύτηκαν με την ίδια διάγνωση και παράλληλη χρήση ινδικής κάνναβης, κατά το έτος 2016.

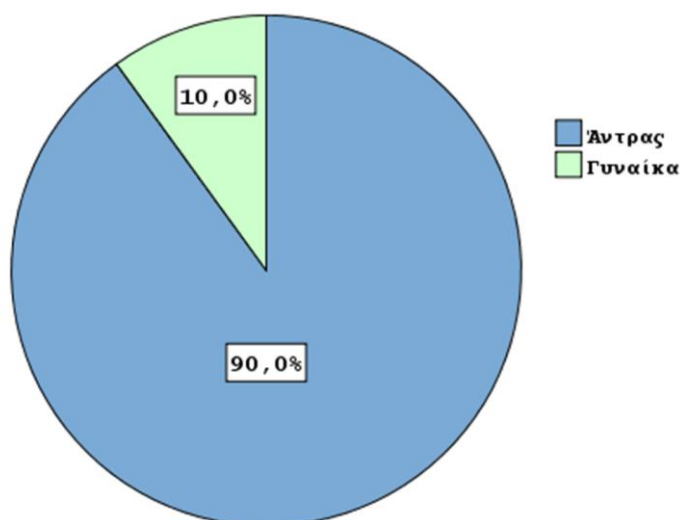


Σχήμα 2. Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής των νοσηλευόμενων με επακτή ψύχωση ως προς το φύλο

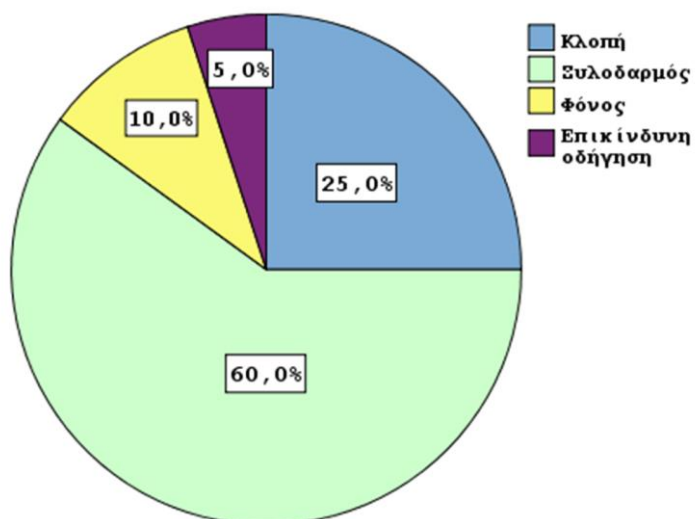


Σχήμα 3. Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής των νοσηλευόμενων με επακτή ψύχωση ως προς την παραβατικότητα

Σύγκριση παραβατικής συμπεριφοράς μεταξύ ασθενών που νοσηλεύθηκαν σε Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου με διάγνωση «ψυχωσική συνδρομή» και εκείνων που νοσηλεύτηκαν με την ίδια διάγνωση και παράλληλη χρήση ινδικής κάνναβης, κατά το έτος 2016.



Εχήμα 4. Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής των νοσηλευόμενων με ψυχωσική συνδρομή ως προς το φύλο



Εχήμα 5. Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής των νοσηλευόμενων με ψυχωσική συνδρομή ως προς το είδος της παραβατικότητας

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Μια προηγούμενη μελέτη σε ενηλίκους που επιζήτησαν θεραπεία για την εξάρτηση από τη μαριχουάνα κατέδειξε ένα παρόμοιο μοτίβο στερητικών συμπτωμάτων μεγαλύτερης έντασης από εκείνα που παρατηρήθηκαν στην παρούσα μελέτη (μέση τιμή WDS, 14,8 έναντι 8,2). Αυτή η διαφορά ενδέχεται να αποτελεί συνέπεια της χρήσης αντικρουόμενων μεθόδων αναφοράς των συμπτωμάτων. Εναλλακτικά, τα άτομα που επιζητούν θεραπεία ενδέχεται να είναι οι χρήστες μαριχουάνας που βιώνουν τα σοβαρότερα συμπτώματα στέρησης. Οι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη ανέφεραν μοτίβα χρήσης μαριχουάνας παρόμοια με των ατόμων που επιζήτησαν θεραπεία που αξιολογήθηκαν σε μια προηγούμενη μελέτη. Αυτή η εξήγηση για την αυξημένη σοβαρότητα των συμπτωμάτων στέρησης συνάδει με τα ευρήματα μελετών που κατέδειξαν ότι οι καπνιστές τσιγάρων καπνού που παρακολουθούν προγράμματα διακοπής του καπνίσματος αναφέρουν εντονότερα συμπτώματα στέρησης από τα άτομα που διακόπτουν το κάπνισμα από μόνα τους ή από τα άτομα που διακόπτουν το κάπνισμα για τη διάρκεια της μελέτης αλλά δεν σχεδιάζουν να διακόψουν το κάπνισμα οριστικά.

Στους περιορισμούς της παρούσας μελέτης συγκαταλέγονται οι ακόλουθοι. Πρώτον, στο δείγμα περιλήφθηκαν μόνο αρειμάνιοι καπνιστές μαριχουάνας που ανέφεραν συμπτώματα στέρησης κατά τη διάρκεια των χρονικών περιόδων πριν από την αποχή από τη μαριχουάνα. Συνεπώς, η μελέτη δεν ασχολείται με τον επιπολασμό της στέρησης και τα ευρήματα δεν μπορούν να γενικευτούν στους χρήστες που κάνουν λιγότερο συχνή χρήση μαριχουάνας ή σε εκείνους που κάνουν χρήση μαριχουάνας υπό ιατρική παρακολούθηση. Το κατά πόσο οι περισσότεροι καπνιστές μαριχουάνας που δεν κάνουν χρήση το ίδιο συχνά με εκείνους που μελετήθηκαν στην παρούσα μελέτη βιώνουν κλινικά σημαντικά συμπτώματα στέρησης πρέπει να διαπιστωθεί από μελλοντικές μελέτες.

Δεύτερον, η σύντομη περίοδος αποχής απέτρεψε την εξέταση της πορείας του συνδρόμου αποχής από τη μαριχουάνα. Με την εξαίρεση του σωματικού βάρους, δεν σημειώθηκαν ενδείξεις αλλαγής σε κανένα από τα παρατηρούμενα συμπτώματα αποχής

κατά τη διάρκεια των περιόδων αποχής, γεγονός που συνάδει με τις προγενέστερες, βραχυχρόνιες μελέτες σε νοσηλευόμενους ασθενείς. Μια πρόσφατη μελέτη σε εξωτερικούς ασθενείς κατέδειξε ότι ορισμένα συμπτώματα στέρησης της μαριχουάνας ενδέχεται να παραμείνουν αυξημένα επί τουλάχιστον 3 έως 4 εβδομάδες. Είναι απαραίτητο να γίνουν ελεγχόμενες μελέτες της χρονικής πορείας, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν τα συμπτώματα της αποχής που παρατηρούνται στις υφιστάμενες μελέτες αντικατοπτρίζουν πραγματικά στερητικά συμπτώματα περιορισμένης διάρκειας ή απλώς αποκλίνουσες επιπτώσεις που παρουσιάζονται κατά την αποχή και στη συνέχεια σταθεροποιούνται.

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η σύγκριση της παραβατικότητας των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην Ψυχιατρική Κλινική του Γ.Ν. «Κωνσταντοπούλειο» Νέας Ιωνίας το 2016 και διαγνώστηκαν με ψυχωσική συνδρομή με εκείνους που νοσηλεύτηκαν με ψύχωση επαγόμενη από ινδική κάνναβη (cannabis induced psychosis).

Σύμφωνα με τα στοιχεία που συλλέχθηκαν από το ιστορικό των νοσηλευόμενων, οι ασθενείς του δείγματος που διαγνώστηκαν με προκαλούμενη από χρήση κάνναβης ψυχωσική συνδρομή είχαν συλληφθεί για κλοπή (33,3%), ξυλοδαρμό (33,3%), εμπορία κάνναβης (23,8%), κατοχή κάνναβης (7,1%) και φόνο (2,4%). Οι ασθενείς του δείγματος που είχαν διαγνωστεί με ψυχωσική συνδρομή είχαν συλληφθεί για ξυλοδαρμό (60,0%), κλοπή (25,0%), φόνο (10,0%) και επικίνδυνη οδήγηση (5,0%). Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι είναι στατιστικώς σημαντικά υψηλότερο το ποσοστό των νοσηλευόμενων με ψυχωσική συνδρομή που είχαν συλληφθεί για ξυλοδαρμό (60,0%) σε σύγκριση με τους ασθενείς με ψύχωση επαγόμενη από ινδική κάνναβη (33,3%). Το εύρημα αυτό φαίνεται να επιβεβαιώνει τα αποτελέσματα ερευνών (Myerscough & Stuart, 1985; Taylor et al., 1976; Salzman et al., 1976) [91, 107, 128] για την κατευαστική επίδραση που έχει η χρήση κάνναβης στο χρήστη, αν και, όπως θα καταδειχθεί παρακάτω, το ζήτημα είναι περίπλοκο και τα αποτελέσματα των ερευνών αντιφατικά. Δεν βρέθηκε να υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στα ποσοστά συλλήψεων για τα άλλα είδη παραβατικότητας που είχαν αναφερθεί στο ιστορικό των νοσηλευόμενων.

Η εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς έχει επιπτώσεις στη δημόσια υγεία και εμφανίζεται στα πλαίσια αρκετών ψυχικών διαταραχών (Brundtland, 2002) [9]. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία τα ποσοστά εκδήλωσης βίαιης και εγκληματικής συμπεριφοράς είναι υψηλότερα σε ανθρώπους που έχουν διαγνωστεί με κάποια σοβαρή και παγιωμένη ψυχική νόσο σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (Swanson et al., 2002) [123]. Στην

παρούσα έρευνα τα ποσοστά των νοσηλευόμενων του δείγματος που είχαν λάβει διάγνωση ψυχωσικής συνδρομής και είχαν καταδικαστεί για κάποιο αδίκημα φαίνεται να συμφωνούν με την τάση συνεμφάνισης της ψυχιατρικής νοσηλείας με την εκδήλωση εγκληματικής συμπεριφοράς. Το 60% των ατόμων του δείγματος της παρούσας έρευνας που είχαν διαγνωστεί με ψυχωσική συνδρομή είχαν συλληφθεί για ξυλοδαρμό και το 25% για κλοπή. Επισημάνθηκε ότι οι ασθενείς που είχαν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια διέτρεχαν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν εγκληματική συμπεριφορά. Επίσης, από τα μέσα της δεκαετίας του 1960 συγκεντρώνονται αποτελέσματα ερευνών από διαφορετικές χώρες αναφορικά με τη συσχέτιση μεταξύ των ψυχιατρικών διαταραχών και της παραβατικότητας και, ειδικότερα, μεταξύ των ψυχιατρικών διαταραχών και της εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς. Στην έρευνα των Myerscough & Taylor (1985) [91] βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που ανέπτυξαν σχιζοφρένεια και τις κυριότερες συναισθηματικές διαταραχές είχαν περισσότερες πιθανότητες να καταδικαστούν για βίαια εγκλήματα σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες της έρευνας που δεν είχαν διαγνωστεί με κάποια ψυχική διαταραχή και τέλος ο Hodgins et al. (1996) [51] βρήκαν ότι οι γυναίκες και οι άντρες που είχαν νοσηλευτεί σε ψυχιατρικές κλινικές παρουσιάζουν μεγαλύτερες πιθανότητες να καταδικαστούν για κάποιο ποινικό αδίκημα, σε σύγκριση με τα άτομα που δεν είχαν ιστορικό ψυχιατρικής νοσηλείας.

Ακόμα υψηλότερα ποσοστά εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς έχουν αναφερθεί σε άτομα που έχουν διαγνωστεί με διαταραχή χρήσης ουσιών. Έχει βρεθεί, επίσης, συνάφεια ανάμεσα στη διαταραχή χρήσης ουσιών και την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και στους ανθρώπους που έχουν διαγνωστεί με κάποια ψυχική διαταραχή (Brundtland, 2002) [9]. Στην παρούσα έρευνα το 33,3% των ατόμων του δείγματος που είχαν διαγνωστεί με προκαλούμενη από χρήση ινδικής κάνναβης ψυχωσική συνδρομή είχε συλληφθεί για ξυλοδαρμό και το 33,3% για κλοπή.

Παρόλο που η χρήση κάνναβης αναφέρεται συχνά σε περιπτώσεις σύλληψης, εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς, ακούσιων τραυματισμών και εισαγωγής για νοσηλεία, είναι περιορισμένη η βιβλιογραφία που διερευνά τη σύνδεσή της με την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς, ιδίως σε περιπτώσεις ψυχιατρικών ασθενών, καθώς τα περισσότερα δεδομένα προέρχονται από έρευνες στο γενικό πληθυσμό. Σε αντίθεση με τις έρευνες για τη χρήση άλλων ουσιών, η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της χρήσης κάνναβης και της εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς έχει καταλήξει σε αντιφατικά αποτελέσματα (Dugré et al., 2017) [26].

Στην έρευνα των Carabellese et al. (2013) [13] βρέθηκε σημαντική εμφάνιση επιθετικής συμπεριφοράς σε ασθενείς με ψυχωσική διαταραχή και μάλιστα η συνεμφάνιση χρήσης ουσιών και ψυχοπαθολογίας φαίνεται να προβλέπει την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς. Η σχέση ανάμεσα στην κατανάλωση αλκοόλ και την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς έχει διερευνηθεί σε μεγαλύτερο βαθμό τόσο σε βάθος χρόνου όσο και σε μελέτες επιπολασμού. Έχουν διενεργηθεί επίσης αρκετές έρευνες που φαίνεται να επιβεβαιώνουν τη σύνδεση της χρήσης διεγερτικών φαρμάκων (π.χ. κοκαΐνη και μεθαμφεταμίνη) με την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς (Dugré et al., 2017) [26].

Από την επισκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτουν αρκετοί παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της χρήσης κάνναβης και της εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς. Έρευνες που έχουν διενεργηθεί στο γενικό πληθυσμό έχουν εξετάσει την κατεύθυνση της συσχέτισης αυτής, αν δηλαδή η εμπλοκή του ατόμου σε βίαιες συμπεριφορές προκαλεί τη χρήση κάνναβης ή το αντίθετο ή αν ακόμα η σχέση αυτή περιπλέκεται ακόμα περισσότερο από την επίδραση ενδιάμεσων μεταβλητών (Dugre et al., 2017) [26]. Στη βιβλιογραφία εντοπίζονται αρκετοί μηχανισμοί που φαίνεται να παρεμβάλλονται στην πιθανή αιτιώδη σχέση ανάμεσα στη χρήση κάνναβης και την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς. Πρώτον, παρόλο που τα βασικά συμπτώματα από τη χρήση κάνναβης είναι η ήπια ευφορία και η χαλάρωση, εν τούτοις το άτομο μπορεί να βιώσει έντονα ψυχοφαρμακολογικά συμπτώματα, τα οποία εκδηλώνονται ως κρίσεις πανικού, σύγχυση, ψευδαισθήσεις, καχυποψία και παράνοια και τα οποία με τη σειρά τους επηρεάζουν τις συναισθηματικές και γνωστικές διεργασίες με τρόπο που ενισχύουν την επιθετική απάντηση του ατόμου στην πρόκληση που δέχεται (Green, Kavanagh & Young, 2003) [44]. Δεύτερον, τα συμπτώματα στέρησης που προκύπτουν έπειτα από μια περίοδο διακοπής της συχνής χρήσης κάνναβης συχνά περιλαμβάνουν την ευερεθιστότητα, το θυμό και την επιθετικότητα (Hoaken & Stewart, 2003) [49]. Τρίτον, έχει παρατηρηθεί ότι η εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς μπορεί να προκύψει στα πλαίσια αγοραπωλησίας της κάνναβης (π.χ. διαφωνία για τα χρήματα) (Norström & Rossow, 2014) [93].

Αρχικά ευρήματα ερευνών υποδηλώνουν ότι η ποσότητα της κάνναβης που καταναλώνεται επηρεάζει την εκδήλωση βίαιης ή παραβατικής συμπεριφοράς (Schoeler et al., 2016) [111]. Έχει βρεθεί ότι συμμετέχοντες που είχαν καταναλώσει μεγάλη ποσότητα μαριχουάνας συμπεριφέρονταν σχετικά μη επιθετικά (Myerscough & Stuart, 1985) [91], ενώ σε έρευνα των Taylor et al. (1976) [128] η λήψη υψηλής δόσης THC δεν προκάλεσε αύξηση της επιθετικής συμπεριφοράς στους συμμετέχοντες, αλλά αντίθετα

είχε την τάση να προκαλεί ένα ήπιο φαινόμενο καταστολής, εύρημα που φαίνεται να επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Salzman et al. (1976) [107].

Ένας άλλος παράγοντας που φαίνεται να επηρεάζει τη σχέση ανάμεσα στη χρήση κάνναβης και την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς είναι η αμφισβητούμενη έννοια του συνδρόμου στέρησης της κάνναβης (Kouri & Pope, 2000; Budney, Hughes, Moore, & Novy, 2001; Huestis et al., 2001) [11, 54, 61]. Τα συμπτώματα στέρησης και η εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς φαίνεται να εμφανίζονται κατά τις πρώτες ημέρες αποχής από την κάνναβη (Kouri et al., 1999; Budney et al., 2001) [11, 60].

Τέλος, η έρευνα των Hoaken & Stewart (2003) [49] έχει επισημάνει και άλλους παράγοντες που μπορεί να μεσολαβούν στη σχέση αυτή, όπως είναι περιβαλλοντικοί παράγοντες (βία που προκύπτει για την απόκτηση των ναρκωτικών ή πρόκληση από τρίτους), ενώ έχουν διερευνηθεί και οι σωματικές επιπτώσεις από τη χρήση ουσιών που μπορεί να αυξήσουν την πιθανότητα εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς. Σε αυτές περιλαμβάνονται η αλλοίωση του ψυχοκινητικού συστήματος με τρόπο που να ενισχύεται το αίσθημα της διέγερσης και ανταμοιβής, η αλλοίωση του συστήματος του άγχους και/ή της απειλής, η αλλοίωση του συστήματος του πόνου και τέλος η αλλοίωση των δεδομένων γνωστικών δυνατοτήτων υψηλότερο επιπέδου που ρυθμίζουν τη γενική κινητοποιητική κατάσταση (Pihl & Peterson, 1995; Pihl & Hoaken, 2002) [97, 99]. Δυστυχώς, όμως, είναι λίγες οι μακροχρόνιες έρευνες που έχουν διενεργηθεί για το θέμα αυτό, οι οποίες είναι καταλληλότερες για τη διερεύνηση της ύπαρξης αιτιώδους σχέσης, σε σύγκριση με τις μελέτες επιπολασμού.

Εν κατακλείδι, στην παρούσα έρευνα το στατιστικώς σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό συλλήψεων για ξυλοδαρμό των νοσηλευόμενων με ψύχωση επαγόμενη από ινδική κάνναβη (33,0%) σε σύγκριση με τους νοσηλευόμενους με ψυχωσική συνδρομή (60,0%) υποδηλώνει ότι η χρήση κάνναβης προκαλεί ήπια καταστολή στο χρήστη και απουσία εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς.

Περιορισμοί παρούσας έρευνας – Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Όπως έχει ήδη επισημανθεί, η σχέση ανάμεσα στη χρήση κάνναβης και την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς φαίνεται να επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες που καθιστούν δύσκολη την απόδοση αιτιώδους σχέσης καθώς και την αποσαφήνιση της κατεύθυνσης της σχέσης αυτής.

Στην παρούσα έρευνα, τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από τα αρχεία της Ψυχιατρικής Κλινικής του Γ.Ν. «Κωνσταντοπούλειο» Νέας Ιωνίας το 2016 δεν

περιλαμβάνουν πληροφορίες για τους προαναφερθέντες παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τη σχέση ανάμεσα στη χρήση κάνναβης και την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς, όπως είναι η ποσότητα κάνναβης που έχει καταναλωθεί, το χρονικό διάστημα της χρήσης, η πιθανή εμφάνιση συμπτωμάτων στέρησης, οι εξωτερικοί παράγοντες που οδήγησαν στη σύλληψη και/ή στη νοσηλεία. Συνεπώς, παρόλο που βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στους νοσηλευόμενους με ψυχωσική συνδρομή (με ή χωρίς παράλληλη χρήση ινδικής κάνναβης) ως προς τα ποσοστά σύλληψης για ξυλοδαρμό, εν τούτοις δεν είναι ξεκάθαρο αν το εύρημα αυτό μπορεί να αποδοθεί αποκλειστικά στη χρήση της κάνναβης.

Κρίνεται, συνεπώς, σκόπιμο σε μελλοντικές προσπάθειες διερεύνησης της σχέσης αυτής να ληφθούν οι πληροφορίες αυτές είτε με τη χρήση ημιδομημένης συνέντευξης είτε με τη χρήση αυτοσχέδιου ερωτηματολογίου, προκειμένου να δημιουργηθεί, ενδεχομένως, ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο πρόβλεψης της εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς από νοσηλευόμενους με ψυχωσική συνδρομή (με ή χωρίς παράλληλη χρήση ινδικής κάνναβης).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα που αφορούν τη σύγκριση παραβατικότητας μεταξύ ασθενών με τη διάγνωση Ψυχωσική Συνδρομή και εκείνων με την ίδια διάγνωση και παράλληλη χρήση ινδικής κάνναβης που έλαβαν τη διάγνωση «Ψύχωση επαγόμενη από ινδική κάνναβη», οφειλόμενη δηλαδή σε ψυχωσικής τάξης συμπτωματολογία μετά από χρήση ινδικής κάνναβης, αφορά μόνο το συγκεκριμένο δείγμα ασθενών που νοσηλεύθηκαν στην Ψυχιατρική Κλινική του Γ.Ν. «Κωνσταντοπούλειο» Νέας Ιωνίας στον καθορισμένο χρόνο, δηλαδή το έτος 2016, και αφορούσε νοσηλεία με Εισαγγελική Εντολή του Νόμου 2071/92 περί αναγκαστικής νοσηλείας.

Στο συγκεκριμένο δείγμα βρέθηκε υπεροχή της παραβατικής συμπεριφοράς στους ασθενείς εκείνους που έλαβαν τη διάγνωση Ψυχωσική Συνδρομή σε σύγκριση με εκείνους που έλαβαν τη διάγνωση Ψύχωση επαγόμενη από ινδική κάνναβη και παράλληλη χρήση ινδικής κάνναβης.

Η συγκριτική πλειοψηφία των συγκεκριμένων ασθενών αφορούσε άνδρες (92,9%) και ελάχιστες γυναίκες (7,1%), και στις δύο κατηγορίες ασθενών. Επίσης η διάγνωση Ψύχωση επαγόμενη από ινδική κάνναβη υπερερούσε της διάγνωσης Ψυχωσική Συνδρομή σε ποσοστά 67,7% και 32,3% αντίστοιχα.

Στους ασθενείς με διάγνωση Ψύχωση επαγόμενη από ινδική κάνναβη, το είδος της παραβατικότητας αφορούσε: κλοπή 33,3%, ξυλοδαρμό 33,3%, κατοχή ινδικής κάνναβης 7,1%, εμπόριο κάνναβης 23,8%, και φόνο το 2,4%.

Σχετικά με το φύλο, στους νοσηλευθέντες με τη διάγνωση Ψυχωσική Συνδρομή υπήρχε υπεροχή των ανδρών με ποσοστό 90%, έναντι 10% των γυναικών.

Σχετικά με το είδος της παραβατικότητας εκείνων που είχαν τη διάγνωση Ψυχωσική Συνδρομή, ήταν το 60% ξυλοδαρμός, το 25% κλοπή, το 10% φόνος και το 5% επικίνδυνη οδήγηση.

Αυτό αποδεικνύει στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το δείγμα της μελέτης μας με σαφή υπεροχή εκείνων που έλαβαν τη διάγνωση Ψυχωσική Συνδρομή, ως προς τα ποσοστά παραβατικής συμπεριφοράς με την οποία είχαν απασχολήσει τη Δικαιοσύνη και είχαν καταδικαστεί.

Τέλος, όσον αφορά την ηλικία, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά.

Η εξήγηση που μπορεί να δοθεί στην παρούσα έρευνα είναι η κατευναστική δράση που ασκεί η κάνναβη σε κάποια άτομα, ενώ υπάρχουν και άλλες μεταβλητές που δεν ελήφθησαν υπόψη στην παρούσα έρευνα που ήταν αρκετά περιορισμένη, όπως η

ποσότητα και η ποιότητα της ινδικής κάνναβης που καταναλώθηκε, καθώς επίσης και οι συνθήκες της αγοραπωλησίας της κάνναβης που περιγράφησαν και στη Συζήτηση, σύμφωνα με την έρευνα των Norstrom & Rossow το 2014 [93].

Συγκεκριμένα δεν έχει υπάρξει αντίστοιχη έρευνα με σύγκριση της παραβατικότητας μεταξύ των δύο προαναφερθέντων ομάδων ασθενών. Αυτό καθιστά επιτακτική την ανάγκη συνέχισης της έρευνας για μεγαλύτερο αριθμό δείγματος για να υπάρξει αξιοπιστία και εγκυρότητα στην έρευνα, καθώς και η προσθήκη και άλλων ποιοτικών και ποσοτικών παραμέτρων με τη σύνθεση και χρήση ενός ερωτηματολογίου που να περιλαμβάνει και αυτούς τους παράγοντες του δείγματος.

Επίσης για την αντιμετώπιση του φαινομένου της χρήσης και κατάχρησης ινδικής κάνναβης ισχύει ότι ακριβώς και για τις άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες. Η ανάπτυξη πρωτογενούς πρόληψης σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες όπως στην προκειμένη περίπτωση είναι οι ψυχωσικοί ασθενείς, η οποία θα κινείται σε δύο άξονες: 1) την ανίχνευση ψυχοπαθολογικών παραγόντων στην κοινότητα, και 2) στον αποκλεισμό οδών διάδοσής τους, δηλαδή τον επιπολασμό της χρήσης ινδικής κάνναβης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

- [1] Appelbaum PS, Robbins PC, Monahan J. Violence and delusions: data from the MacArthur violence risk assessment study. *Am J Psychiatry* 2000; 157(4):566-72.
- [2] Appelbaum PS. Violence and mental disorders: data and public policy. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1319-1321.
- [3] Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, Taylor PJ, Silva PA. Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin study. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57(10):979-986.
- [4] Asher-Svanum H, Faries D, Zhu B, Ernst F, Swartz M, et al. Medication adherence and long-term functional outcomes in the treatment of schizophrenia in usual care. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:453-460.
- [5] Ashton C. Pharmacology and effects of cannabis: a brief review. *Br J Psychiatry* 2001; 178:101-106.
- [6] Boles SM, Miotto K. Substance abuse and violence: a review of the literature. *Aggress Violent Behav* 2003; 8(2):155-74.
- [7] Brook JS, Balka EB, Whiteman M. The risks for late adolescence of early adolescent marijuana use. *Am J Public Health* 1999; 89(10):1549-54.
- [8] Brook JS, Lee JY, Finch SJ, Brook DW. Developmental trajectories of marijuana use from adolescence to adulthood: relationship with using weapons including guns. *Aggress Behav* 2014; 40(3):229-37.
- [9] Brundtland GH. Violence prevention: A public health approach. *JAMA* 2002; 288(13):1580-1581.
- [10] Buckley P. Pharmacological options for treating schizophrenia with violent behavior. *Psychiatric Times*, Oct 2004 (suppl):1-8.
- [11] Budney AJ, Hughes JR, Moore BA, Novy PL. Marijuana abstinence effects in marijuana smokers maintained in their home environment. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:917-24.
- [12] Budney AJ, Novy PL, Hughes JR. Marijuana withdrawal among adults seeking treatment for marijuana dependence. *Addiction* 1999; 94(9):1311-22.

- [13] Carabellese F, Candelli C, Martinelli D, La Tegola D, Catanesi R. Cannabis use and violent behaviour: a psychiatric patients cohort study in Southern Italy. Riv Psichiatr 2013; 48(1):43- 50.
- [14] Chermack ST, Giancola PR. The relation between alcohol and aggression: an integrated biopsychosocial conceptualization. Clin Psychol Rev 1997; 17(6):621-49.
- [15] Chermack ST, Grogan-Kaylor A, Perron BE, Murray RL, De Chavez P, Walton MA. Violence among men and women in substance use disorder treatment: a multi-level event-based analysis. Drug Alcohol Depend 2010; 112(3):194-200.
- [16] Coid J, Yang M, Roberts A, Ullrich S, Moran P, et al. Violence and psychiatric morbidity in a national household population-a report from the British Household Survey. Am J Epidemiol 2006; 164:1199-1208.
- [17] Corrigan P, Watson A. At issue: Stop the stigma: Call mental illness a brain disease. Schizophrenic Bulletin 2004; 30:477-479.
- [18] Corrigan P, Watson A. Findings from the National Comorbidity Survey on the frequency of violent behavior in individuals with psychiatric disorders. Psychiatry Res 2005; 136:153-162.
- [19] Dean K, Walsh E, Moran P, Tyrer P, Creed F, et al. Violence in women with psychosis in the community: prospective study. Br J Psychiatry 2006; 188:264-270.
- [20] Degenhardt L, Hall W. Is cannabis use a contributory cause of psychosis? Can J Psychiatry 2006; 51(9):556-565.
- [21] Derzon JH, Lipsey MW. A synthesis of the relationship of marijuana use with delinquent and problem behaviors. Sch Psychol Int 1999; 20(1):57-68.
- [22] Dharmawardene V, Menkes DB. Violence and self-harm in severe mental illness: inpatient study of associations with ethnicity, cannabis and alcohol. Australas Psychiatry 2016; 25(1):28-31.
- [23] Ditton P. Mental health and treatment of inmates and probationers. Bureau of Justice Statistics Special Report NCJ 174463. Washington, DC: US Department of Justice, 1999.

- [24] Douglas KS. Addiction and violence risk. The Encyclopedia of Clinical Psychology. Chichester: John Wiley & Sons Inc., 2015.
- [25] Duarte R, Escario JJ, Molina JA. Marijuana consumption and violence: is there a bi-directional association? *Atl Econ J* 2003; 31(3):292-292.
- [26] Dugré JR, Dellazizzo L, Giguère C-E, Potvin S, Dumais A. Persistency of Cannabis Use Predicts Violence following Acute Psychiatric Discharge. *Front Psychiatry* 2017; 8:176.
- [27] Elbogen E, Johnson S. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66:152-161.
- [28] Ellis L, Walsh A. *Criminology: A global perspective*. Boston: Allyn & Bacon, 2000.
- [29] Elonheimo H, Niemelä S, Parkkola Kai, Multimäki P, Helenius H, et al. Police-registered offenses and psychiatric disorders among young males: The Finnish "From a boy to a man" birth cohort study. *Soc Psychiat Psychiatr Epidemiol* 2008; 42:477-484.
- [30] Eriksson A. *Schizophrenia and criminal offending - risk factors and the role of treatment (PhD dissertation)*. Stockholm: Karolinska Institutet, 2008.
- [31] Farnham F, James D. "Dangerousness" and dangerous law. *Lancet* 2001; 358:1926.
- [32] Fazel S, Grann M. Psychiatric morbidity among homicide offenders: a Swedish population study. *Am J Psychiatry* 2004; 161:2129-2139.
- [33] Fazel S, Grann M. The population impact of severe mental illness on violent crime. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1397-1403.
- [34] Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta- Analysis. *PLoS Med* 2009; 6(8):e1000120.
- [35] Fazel S, Långström N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA* 2009; 301:2016-2023.
- [36] Feeney GF, Connor JP, Young RM, Tucker J, McPherson A. Cannabis dependence and mental health perception amongst people diverted by police after arrest for cannabis-related offending behaviour in Australia. *Crim Behav Ment Health* 2005; 15(4):249-60.

- [37] Fergusson DM, Horwood L. Early onset cannabis use and psychosocial adjustment in young adults. *Addiction* 1997; 92(3):279-96.
- [38] Fisher W, Silver E, Wolff N. Beyond criminalization: Toward a criminologically informed framework for mental health policy and service research. *Administration Policy Mental Health & Mental Health Services Research* 2006; 33:544-557.
- [39] Friedman AS, Glassman K, Terras A. Violent behavior as related to use of marijuana and other drugs. *J Addict Dis* 2001; 20(1):49-72.
- [40] Friedman AS, Terras A, Glassman K. The differential disinhibition effect of marijuana use on violent behavior: a comparison of this effect on a conventional, non-delinquent group versus a delinquent or deviant group. *J Addict Dis* 2003; 22(3):63-78.
- [41] Friedman AS. Substance use/abuse as a predictor to illegal and violent behavior: a review of the relevant literature. *Aggress Violent Behav* 1999; 3(4):339-55.
- [42] Grann M, Fazel S. Substance misuse and violent crime: Swedish population study. *BMJ* 2004; 328:1233-1234.
- [43] Green B, Kavanagh D, Young R. Being stoned: a review of self-reported cannabis effects. *Drug and Alcohol Review* 2003; 22:453-60.
- [44] Green B, Young R, Kavanagh D. Cannabis use and misuse prevalence among people with psychosis. *Br J Psychiatry* 2005; 187(4):306-13.
- [45] Green KM, Doherty EE, Stuart EA, Ensminger ME. Does heavy adolescent marijuana use lead to criminal involvement in adulthood? Evidence from a multiwave longitudinal study of urban African Americans. *Drug Alcohol Depend* 2010; 112(1):117-25.
- [46] Haller R, Kempler G, Kocsis E, Madzler W, Prunlechner r, et al. Schizophrenie und Gewalttätigkeit Ergebnisse einer Gesamterhebung in einem österreichischen Bundesland [Schizophrenia and violence: results of a survey in an Austrian county]. *Der Nervenarzt* 2001; 72:859-866.
- [47] Haney M, Ward AS, Comer SD, Hart CL, Foltin RW, Fischman MW. Absistence symptoms following smoked marijuana in humans. *Psychopharmacol* 1999; 141(4):395-404.

- [48] Harris AW, Large MM, Redoblado-Hodge A, Nielssen O, Anderson J, Brennan J. Clinical and cognitive associations with aggression in the first episode of psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* 2010; 44(1):85-93.
- [49] Hoaken PNS & Stewart SH. Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addictive Behaviors* 2003; 28(9):1533-54.
- [50] Hodgins S, Alderton J, Cree A, Aboud A, Mak T. Aggressive behaviour, victimisation and crime among severely mentally ill patients requiring hospitalisation. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 343-350.
- [51] Hodgins S, Mednick SA, Brennan PA, Schulsinger F, Engberg M. Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53(6):489-96.
- [52] Hodgins S. Schizophrenia and violence: Are new mental health policies needed? *J Forensic Psychiatry* 1994; 5(3):473-7.
- [53] Hodgins S. Violent behavior among people with schizophrenia: A framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *Philosophical Transactions of the Royal Society: Biology* 2008; 363:2505-2518.
- [54] Huestis MA, Gorelick DA, Heishman SJ, Preston KL, Nelson RA, Moolchan ET, Frank RA. Blockade of effects of smoked marijuana by the CB1-selective cannabinoid receptor antagonist SR141716. *Archives of General Psychiatry* 2001; 58:322-28.
- [55] James A. Stigma of mental illness. *Lancet* 1998; 352:1048.
- [56] Johnson W. Rethinking the interface between mental illness, criminal justice, and academia. *Justice Quarterly* 2011; 28:15-22.
- [57] Julien RM. A primer of drug action. New York: Freeman, 1992.
- [58] Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-Month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:617-627.
- [59] Kooyman I, Dean K, Harvey S, Walsh E. Outcomes of public concern in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2007; 191:S29-S36.
- [60] Kouri EM, Pope HG, Lukas SE. Changes in aggressive behavior during withdrawal from long-term marijuana use. *Psychopharmacol* 1999; 143(3):302-8.

- [61] Kouri EM, Pope HG. Absistence symptoms during withdrawal from chronic marijuana use. *Experimental & Clinical Psychopharmacology* 2000; 8(4):483-92.
- [62] Krug E, Mercy J, Dahlberg L, Zwi A. The world report on violence and health. *Lancet* 2002; 360:1038-1088.
- [63] Lamberti J, Deem A, Weisman R, LaDuke C. The role of probation in forensic Assertive community treatment. *Psychiatric Services* 2011; 62:418-421.
- [64] Lamberti J. Understanding and preventing criminal recidivism among adults with psychotic disorders. *Psychiatric Services* 2007; 58:773-781.
- [65] Lejoyeux M, Nivoli F, Basquin A, Petit A, Chalvin F, Embouazza H. An investigation of factors increasing the risk of aggressive behavior among schizophrenic inpatients. *Front Psychiatry* 2013; 4:97.
- [66] Leonard K. Domestic violence and alcohol: what is known and what do we need to know to encourage environmental interventions? *J Subst Use* 2001; 6(4):235- 47.
- [67] Leweke F, Koethe D. Cannabis and psychiatric disorders: it is not only addiction. *Addict Biol* 2008; 13(2):264-275.
- [68] Lim JY, Lui CK. Longitudinal associations between substance use and violence in adolescence through adulthood. *J Soc Work Pract Addict* 2016; 16(1-2):72-92.
- [69] Lindberg N, Miettunen J, Heiskala A, Kaltiala-Heino R. Serious delinquency and later schizophrenia: A nationwide register-based follow-up study of Finnish pretrial 15- to 19-year-old offenders sent for a forensic psychiatric examination. *Eur Psychiatry* 2017; 44:173-178.
- [70] Lindqvist P, Allebeck P. Schizophrenia and crime. A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *Br J Psychiatry* 1990; 157:345-350.
- [71] Liu W, Petras H. *Aggressive Behavior and Cannabis Use*. Chicago: NORC at the University of Chicago, 2016.
- [72] Macdonald S, Erickson P, Wells S, Hathaway A, Pakula B. Predicting violence among cocaine, cannabis, and alcohol treatment clients. *Addict Behav* 2008; 33(1):201-5.
- [73] Macleod J, Oakes R, Copello A, Crome I, Egger M, Hickman M, et al. Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young

- people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *Lancet* 2004; 363(9421):1579-88.
- [74] Marie D, Fergusson DM, Boden JM. Links between ethnic identification, cannabis use and dependence, and life outcomes in a New Zealand birth cohort. *Aust N Z J Psychiatry* 2008; 42(9):780-8.
- [75] Matte AC. Effects of hashish on isolation induced aggression in wild mice. *Psychopharmacologia* 1975; 45(1):125-8.
- [76] Mehta S, Farina A. Is being "sick" really better? Effect of the disease view of mental disorder on stigma. *Journal of Social and Clinical Psychology* 1997; 16:405-419.
- [77] Miczek KA. D-sup-tetrahydrocannabinol: Antiaggressive effects in mice, rats, and squirrel monkeys. *Science* 1978; 199(4336):1459-61.
- [78] Modestin J, Ammann R. Mental disorders and criminal behaviour. *Br J Psychiatry* 1995; 166:667-675.
- [79] Modestin J, Ammann R. Mental disorders and criminality: male schizophrenia. *Schizophr Bull* 1996; 22:69-82.
- [80] Modestin J, Wuermle O. Criminality in men with major mental disorder with and without comorbid substance abuse. *Psychiatr Clin Neurosci* 2005; 59:25- 29.
- [81] Moffitt T, Caspi A, Rutter M, Silva P. Sex differences in antisocial behavior: Conduct disorder, delinquency, and violence in the Dunedin longitudinal study. Cambridge, UK: University of Cambridge Press, 2001.
- [82] Monahan J, Steadman H. Crime and mental disorder: an epidemiological approach. In: Tonry M, Morris N, editors. *Crime and justice: an annual review of research*. Chicago: Chicago University Press, 1983.
- [83] Monahan J. Reducing violence risk: diagnostically based clues from the MacArthur Violent Risk Assessment Study. In: Hodgins S, editor. *Effective prevention of crime and violence among the mentally ill*. Amsterdam: Kluwer, 2000, pp. 19-34.
- [84] Monshouwer K, Van Dorsselaer S, Verdurmen J, Bogt TT, De Graaf R, Vollebergh W. Cannabis use and mental health in secondary school children. *Br J Psychiatry* 2006; 188(2):148-53.

- [85] Moore TM, Stuart GL. A review of the literature on marijuana and interpersonal violence. *Aggress Violent Behav* 2005; 10(2):171-92.
- [86] Mueser K, Deavers F, Penn D, Casis J. Psychosocial treatments for Schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology* 2013; 9:1-25.
- [87] Mullen P, Burgess P, Wallace C, Palmer S, Ruschena D. Community care and criminal offending in schizophrenia. *Lancet* 2000; 355:614-617.
- [88] Mullen P. Schizophrenia and violence: from correlations to preventive strategies. *Adv Psychiatr Treat* 2006; 12:239-248.
- [89] Mulvey EP. Assessing the likelihood of future violence in individuals with mental illness: current knowledge and future issues. *JL Pol'y* 2005; 13:629.
- [90] Musty RE, Lindsey CJ, Carlini EA. 6-Hydroxydomapine and the aggressive behavior induced by marihuana in REM sleep-deprived rats. *Psychopharmacology* 1976; 48(2):175-9.
- [91] Myerscough R, Taylor SP. The effects of marijuana on human physical aggression. *J Personality & Soc Psychology* 1985; 49(6):1541-6.
- [92] National Alliance on Mental Illness. The Virginia Tech tragedy: distinguishing mental illness from violence
[http://www.nami.org/Content/ContentGroups/Press_Room1/20076/April6/The_Virginia_Tech_Tragedy_Distinguishing_Mental_Illness_from_Violence.htm.
Arlington (Virginia)], 2007.
- [93] Norström T, Rossow I. Cannabis use and violence: is there a link? *Scand J Public Health* 2014; 42(4):358-63.
- [94] Ostrowsky MK. Does marijuana use lead to aggression and violent behavior? *J Drug Educ* 2011; 41(4):369-89.
- [95] Patterson T, Leeuwenkamp O. Adjunctive psychosocial therapies for treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2008; 100:108-119.
- [96] Pedersen W, Skardhamar T. Cannabis and crime: findings from a longitudinal study. *Addiction* 2010; 105(1):109-18.
- [97] Pihl RO, Hoaken PNS. Biological bases to addiction and aggression in close relationships. In: C. Wekerle, A.M. Wall (Ed.), *The violence and addiction equation:*

- Theoretical and clinical issues in substance abuse and relationship violence (pp. 25-43), Philadelphia, PA: Brunner/Mazel, 2002.
- [98] Pihl RO, Hoaken PNS. Clinical correlates and predictors of violence in patients with substance use disorders. *Psychiatric Annals* 1997, 27(11):735-40.
- [99] Pihl RO, Peterson JB. Drugs and aggression: Correlations, crime and human manipulative studies and some proposed mechanisms. *J Psychiatry & Neuroscience* 1995; 20(2):141-9.
- [100] Poole C, Greenland S. Random-effects meta-analyses are not always conservative. *Am J Epidemiol* 1999; 150:469-475.
- [101] Popovici I, Homer JF, Fang H, French MT. Alcohol use and crime: findings from a longitudinal sample of US adolescents and young adults. *Alcohol Clin Exp Res* 2012; 36(3):532- 43.
- [102] Priebe S, Frottier P, Gaddini A, Kilian R, Lauber C, et al. Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006. *Psychiatr Serv* 2008; 59:570-573.
- [103] Räsänen P, Tiihonen J, Isohanni M, Rantakallio P, Lehtonene J, et al. Schizophrenia, alcohol abuse and violent behavior. *Schizophr Bull* 1998; 24:437-441.
- [104] Read J, Law A. The relationship of causal beliefs and contact with users of Mental health services to attitudes to the “mentally ill.” *International Journal of Social Psychiatry* 1999; 45:216-229.
- [105] Reingle JM, Staras SA, Jennings WG, Branchini J, Maldonado-Molina MM. The relationship between marijuana use and intimate partner violence in a nationally representative, longitudinal sample. *J Interpers Violence* 2012; 27(8):1562-78.
- [106] Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Medicine* 2005; 2:e141.
- [107] Salzman C, Van der Kolk BA, Shader RI. Marijuana and hostility in a small-group setting. *Amer J Psychiatry* 1976; 133(9):1029-33.
- [108] SANE Australia. Violence and mental illness, SANE factsheet 5 [http://www.sane.org/information/factsheets/violence_and_mental_illness.html]. Victoria, Australia: SANE], 2008.

- [109] Sartorius N. Stigma: what can psychiatrists do about it? *Lancet* 198; 352:1058-1059.
- [110] Schizophrenia and Related Disorders Alliance of America. Schizophrenia: the truth. Houston (Texas): Schizophrenia and Related Disorders Alliance of America [http://www.slideshare.net/SARDAA/schizophrenia-the-truth-presentation?type=powerpoint], 2008.
- [111] Schoeler T, Monk A, Sami MB, Klamerus E, Foglia E, Brown R, et al. Continued versus discontinued cannabis use in patients with psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2016; 3(3):215-25.
- [112] Schoeler T, Theobald D, Pingault JB, Farrington DP, Jennings WG, Piquero AR, et al. Continuity of cannabis use and violent offending over the life course. *Psychol Med* 2016; 46(8):1663-77.
- [113] Schug R, Raine A. Comparative meta-analysis of neuropsychological functioning in antisocial schizophrenic persons. *Clinical Psychology Review* 2009; 29:230-242.
- [114] Sieber B, Frischknecht H, Waser PG. Behavioral effects of hashish in mice: III. Social interactions between two residents and an intruder male. *Psychopharmacol* 1980; 70(3):273-8.
- [115] Skeem J, Louden J. Towards evidence-based practices for probationers and parolees mandated to mental health treatment. *Psychiatric Services* 2006; 57:333-342.
- [116] Sosowsky L. Crime and violence among mental patients reconsidered in view of the new legal relationship between the state and the mentally ill. *Am J Psychiatry* 1978; 135:33-42.
- [117] Soyka M, Graz C, Bottlender R, Dirschedl P, Schoech H. Clinical correlates of later violence and criminal offences in schizophrenia. *Schizophr Res* 2007; 94:89-98.
- [118] Steadman H, Mulvey E, Monahan J, Robbins P, Appelbaum P, et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:393-401.

- [119] Steuve A, Link B. Gender differences in the relationship between mental illness and violence: evidence from a community-based epidemiological study in Israel. *Soc Psychiat Psychiatr Epidemiol* 1998; 33:S61-S67.
- [120] Steuve A, Link B. Violence and psychiatric disorders: results from an epidemiological study of young adults in Israel. *Psychiatr Quarterly* 1997; 68:327-342.
- [121] Stuart GL, Ramsey SE, Moore TM, Kahler CW, Farrell LE, Recupero PR, et al. Reductions in marital violence following treatment for alcohol dependence. *J Interpers Violence* 2003; 18(10):1113-31.
- [122] Swanson J, Holzer C, Ganju V, Jono R. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Comm Psychiatry* 1990; 41:761-770.
- [123] Swanson JW, Swartz MS, Essock SM, Osher FC, Wagner HR, Goodman LA et al. The social-environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness. *Am J Public Health* 2002; 92(9):1523-31.
- [124] Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA, et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63(5):490-9.
- [125] Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Volavka J, Monahan J, et al. Comparison of antipsychotic medication effects on reducing violence in people with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2008; 193:37-43.
- [126] Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner HR, Burns BJ. Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am J Psychiatry* 1998; 155(2):226-31.
- [127] Taylor P. Psychosis and violence: Stories, fears, and reality. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2008; 53:647-659.
- [128] Taylor SP, Vardaris RM, Rawtich AB, Gammon CB, Cranston JW, Lubetkin AI. The effects of alcohol and delta-9-tetrahydrocannabinol on human physical aggression. *Aggressive Behaviour* 1976; 2(2):153-61.

- [129] Tiihonen J, Isohanni M, Räsänen P, Koiranen M, Moring J. Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 Northern Finland birth cohort. *Am J Psychiatry* 1997; 154:840-845.
- [130] Time to Change. Get the facts quiz
[<http://www.time-to-change.org.uk/what-were-doing/our-campaign/get-the-facts>].
London, 2009.
- [131] Tuninger E, Levander A, Bernce R, Johansson G. Criminality and aggression among psychotic in-patients: Frequency and clinical correlates. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001; 103:294-300.
- [132] Van Dorn R, Swanson J, Elbogen E, Swartz M. A comparison of stigmatizing attitudes toward persons with schizophrenia in four stakeholder groups: perceived likelihood of violence and desire for social distance. *Psychiatry* 2005; 68:152-163.
- [133] Van Dorn R, Volavka J, Johnson N. Mental disorder and violence: Is there a relationship beyond substance use? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2011.
- [134] Volavka J, Citrome L. Pathways to aggression in schizophrenia affect results and treatment. *Schizophrenia Bulletin* 2011; 37(5):921-9.
- [135] Wallace C, Mullen P, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2004; 161:716-727.
- [136] Walsh A, Yun I. Schizophrenia: Causes, Crime, and Implications for Criminology and Criminal Justice. *International Journal of Law, Crime and Justice* 2013; 41(2).
- [137] Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, Manley C, et al. Reducing violence in severe mental illness: randomised controlled trial of intensive case management compared with standard care. *BMJ* 2001; 323:1093.
- [138] White HR, Hansell S. Acute and long-term effects of drug use on aggression from adolescence into adulthood. *J Drug Issues* 1998; 28(4):837-58.
- [139] White HR, Loeber R, Stouthamer-Loeber M, Farrington DP. Developmental associations between substance use and violence. *Dev Psychopathol* 1999; 11(4):785-803.

[140] Wobrock T, Soyka M. Pharmacotherapy of schizophrenia with comorbid substance use disorder: reviewing the evidence and clinical recommendations. Prog Neuropsych Biol Psychiatry 2008; 32:1375-1385.

[141] Τσαλίκου Φ. Σχιζοφρένεια και φόνος, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1996, σσ. 215-217.