ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
Β΄ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Ν.ΣΜΥΡΝΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΘΕΜΑ

Συγκριτική μελέτη των ακαταλόγιστων ψυχιατρικών ασθενών με και χωρίς προηγούμενο ιστορικό ψύχωσης και διερεύνηση των ηθικών συναισθημάτων και κρίσεων τους

Μαρία Μαρκοπούλου
Ψυχίατρος

Αθήνα 2021

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
Β΄ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Ν.ΣΜΥΡΝΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΘΕΜΑ

Συγκριτική μελέτη των ακαταλόγιστων ψυχιατρικών ασθενών με και χωρίς προηγούμενο ιστορικό ψύχωσης και διερεύνηση των ηθικών συναισθημάτων και κρίσεων τους

Μαρία Μαρκοπούλου
Ψυχίατρος

Αθήνα 2021

Ημερομηνία αίτησης: 21/11/2014

Ημερομηνία ορισμού 3μελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 20/1/2015

Η 3μελής Συμβουλευτική Επιτροπή:

Χριστοδούλου Χρήστος (επιβλέπων), τ. Αναπλ. Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρικής ΕΚΠΑ

Δουζένης Αθανάσιος, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Γαρύφαλλος Γεώργιος, Ομότιμος Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

Ημερομηνία ορισμού του Θέματος: 20/5/2015

Ημερομηνία κατάθεσης της διδακτορικής διατριβής: 18/1/2021

Ο Προέδρος της Ιατρικής Σχολής: Σφηκάκης Π. Πέτρος

Η 7μελής Εξεταστική Επιτροπή:

Γαρύφαλλος Γεώργιος, Ομότιμος Καθηγητής Ψυχιατρικής, ΑΠΘ

Παπαγεωργίου Χαράλαμπος, Καθηγητής Ψυχιατρικής, ΕΚΠΑ

Δουζένης Αθανάσιος, Καθηγητής Ψυχιατρικής, ΕΚΠΑ

Γουρνέλλης Ρωσσέτος, Καθηγητής Ψυχιατρικής, ΕΚΠΑ

Χριστοδούλου Χρήστος (επιβλέπων), τ.Αναπλ. Καθηγητής Ψυχιατρικής, ΕΚΠΑ

Μιχόπουλος Ιωάννης, Αναπλ. Καθηγητής Ψυχιατρικής, ΕΚΠΑ

Κουζούπης Αναστάσιος, Αναπλ. Καθηγητής Ψυχιατρικής, ΕΚΠΑ

Βαθμός: Άριστα

Το περιεχόμενο της διδακτορικής διατριβής, εκφράζει μόνο τις απόψεις του συγγραφέα. Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών, δεν υποδηλώνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα Ν. 5343/1932 Άρθρο 202

ΟΡΚΟΣ ΤΟΥ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ

Ὄμνυμι Ἀπόλλωνα ἰητρὸν, καὶ Ἀσκληπιὸν, καὶ Ὑγείαν, καὶ Πανάκειαν, καὶ θεοὺς πάντας τε καὶ πάσας, ἵστορας ποιεύμενος, ἐπιτελέα ποιήσειν κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν ὅρκον τόνδε καὶ ξυγγραφὴν τήνδε.

Ἡγήσασθαι μὲν τὸν διδάξαντά με τὴν τέχνην ταύτην ἴσα γενέτῃσιν ἐμοῖσι, καὶ βίου κοινώσασθαι, καὶ χρεῶν χρηίζοντι μετάδοσιν ποιήσασθαι, καὶ γένος τὸ ἐξ ωὐτέου ἀδελφοῖς ἴσον ἐπικρινέειν ἄῤῥεσι, καὶ διδάξειν τὴν τέχνην ταύτην, ἢν χρηίζωσι μανθάνειν, ἄνευ μισθοῦ καὶ ξυγγραφῆς, παραγγελίης τε καὶ ἀκροήσιος καὶ τῆς λοιπῆς ἁπάσης μαθήσιος μετάδοσιν ποιήσασθαι υἱοῖσί τε ἐμοῖσι, καὶ τοῖσι τοῦ ἐμὲ διδάξαντος, καὶ μαθηταῖσι συγγεγραμμένοισί τε καὶ ὡρκισμένοις νόμῳ ἰητρικῷ, ἄλλῳ δὲ οὐδενί.

Διαιτήμασί τε χρήσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν, ἐπὶ δηλήσει δὲ καὶ ἀδικίῃ εἴρξειν.

Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑφηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε. Ὁμοίως δὲ οὐδὲ γυναικὶ πεσσὸν φθόριον δώσω. Ἁγνῶς δὲ καὶ ὁσίως διατηρήσω βίον τὸν ἐμὸν καὶ τέχνην τὴν ἐμήν.

Οὐ τεμέω δὲ οὐδὲ μὴν λιθιῶντας, ἐκχωρήσω δὲ ἐργάτῃσιν ἀνδράσι πρήξιος τῆσδε.

Ἐς οἰκίας δὲ ὁκόσας ἂν ἐσίω, ἐσελεύσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων, ἐκτὸς ἐὼν πάσης ἀδικίης ἑκουσίης καὶ φθορίης, τῆς τε ἄλλης καὶ ἀφροδισίων ἔργων ἐπί τε γυναικείων σωμάτων καὶ ἀνδρῴων, ἐλευθέρων τε καὶ δούλων.

Ἃ δ' ἂν ἐν θεραπείῃ ἢ ἴδω, ἢ ἀκούσω, ἢ καὶ ἄνευ θεραπηίης κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἃ μὴ χρή ποτε ἐκλαλέεσθαι ἔξω, σιγήσομαι, ἄῤῥητα ἡγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα.

Ὅρκον μὲν οὖν μοι τόνδε ἐπιτελέα ποιέοντι, καὶ μὴ ξυγχέοντι, εἴη ἐπαύρασθαι καὶ βίου καὶ τέχνης δοξαζομένῳ παρὰ πᾶσιν ἀνθρώποις ἐς τὸν αἰεὶ χρόνον. παραβαίνοντι δὲ καὶ ἐπιορκοῦντι, τἀναντία τουτέων.

Στον Γιώργο, τον Θάνο και τη Μαίρη

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Προσωπικά Στοιχεία

Όνομα: **Μαρία**

Επίθετο: **Μαρκοπούλου**

Όνομα πατέρα: Σταύρος

Όνομα μητέρας: Μαρία

Ημερομηνία γέννησης: 22/2/1975

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμη με 2 παιδιά

Διεύθυνση: Κρήτης 52, Περαία

Τηλέφωνο: 2392076394, 6946681384, 6955362158

Email: marmark33@yahoo.gr, forensicunit_dir@psychothes.gr

Εκπαίδευση

2017: Πιστοποίηση από τον ΕΟΠΠΕΠ ως Εκπαιδεύτρια Ενηλίκων

2016: Εκπαίδευση ΕΚΔΔΑ "Διαμόρφωση Επιχειρησιακών Σχεδίων"

2015: Μεταπτυχιακό Δίπλωμα σπουδών ΔΠΜΣ ΑΠΘ: "Σύγχρονες Ιατρικές Πράξεις: Δικαιική ρύθμιση και βιοηθική Διάσταση" (βαθμός 9,94)

2015: Υποψήφια Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

2015: Εκπαίδευση ΕΚΔΔΑ "Διαχείριση Ανθρώπινου δυναμικού στις Υπηρεσίες Υγείας"

2008: Εκπαίδευση σε ΚΕΚ ΕΣΔΥ "Χρήση στατιστικών εργαλείων στην κλινική πρακτική"

2008: Εκπαίδευση σε ΚΕΚ ΕΣΔΥ "Χρήση του ηλεκτρονικού φακέλου στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας"

2006 : Απόκτηση τίτλου εξειδίκευσης στη Γνωστική Αναλυτική Ψυχοθεραπεία

2006 : Απόκτηση τίτλου ειδικότητας Ψυχιατρικής

2006: Εκπαίδευση σε ΚΕΚ ΨΝΘ "Αντιμετώπιση Φαινομένων Βίας στο ενδοοικογενειακό, κοινωνικό και θεραπευτικό περιβάλλον του εξαρτημένου ατόμου"

2004: Εκπαίδευση σε ΚΕΚ ΨΝΘ "Αποκατάσταση Διαταραχών Αναπτυξιακής Παιδιατρικής/ Παιδοψυχιατρικής Αντιμετώπισης Μαθησιακών Διαταραχών"

2000-2006: Ειδίκευση στην Ψυχιατρική στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

1998: Απόκτηση Πτυχίου Τμήματος Ιατρικής, Σχολής Επιστημών Υγείας, ΑΠΘ (βαθμός 7,30)

1992: Εισαγωγή στη Σχολή Επιστημών Υγείας ΑΠΘ, Τμήμα Ιατρικής με πανελλαδικές εξετάσεις

Εργασία

2018: Project Manager στο Διασυνοριακό Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα INTERREG με ακρωνύμιο "equal2health" ορισμένη από το ΨΝΘ

2015- σήμερα : Επιστημονικά Υπεύθυνη στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής ΨΝΘ

2007- σήμερα: Πρόσληψη στο ΕΣΥ ως ψυχίατρος στο ΨΝΘ, Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής, αρχικά ως επικουρικός, στη συνέχεια ως Επιμελήτρια Β και κατόπιν ως Επιμελήτρια Α ΕΣΥ

Εκπαιδευτικό έργο

Ως εκπαιδεύτρια είχα την ευκαιρία να συμμετέχω

- στην εκπαίδευση των ειδικευομένων ψυχιατρικής στα θέματα ψυχιατροδικαστικής, ιατρικής δεοντολογίας και ιατρικής αμέλειας από το 2015
- στην εκπαίδευση των εισαγγελέων της Σχολής Δικαστών Θεσσαλονίκης από το 2012 σχετικά με θέματα ψυχιατροδικαστικής (ακαταλόγιστοι ασθενείς και ακούσια νοσηλεία)
- στο προπτυχιακό πρόγραμμα εκπαίδευσης των φοιτητών Νομικής του Α.Π.Θ. σχετικά με τα νομικά θέματα που προκύπτουν σε αυτή την κατηγορία των ασθενών από το 2007
- στην εκπαίδευση των νοσηλευτών στα πλαίσια λήψης της ψυχιατρικής ειδικότητας σχετικά με την ψυχιατρική αντιμετώπιση αυτών των ασθενών, από το 2016
- στην εκπαίδευση των εθελοντών του ερυθρού σταυρού όσον αφορά τις ψυχικές παθήσεις
- στο πρόγραμμα του ΙΕΚ ΕΚΑΒ για τις ψυχωτικές, συναισθηματικές και αγχώδεις διαταραχές

- στην εκπαίδευση στα πλαίσια της ειδικότητας των γενικών ιατρών για την αντιμετώπιση οξέων ψυχιατρικών περιστατικών

Επιστημονική Δραστηριότητα

Δημοσιεύσεις σε διεθνή περιοδικά

- **Research findings on Greek forensic patients found not guilty by reason of insanity. A juxtaposition of patients who committed a criminal offence during their first psychotic episode with those who did so later in the course of their illness**, Markopoulou M, Karakasi V, Garyfallos G, Pavlidis P, Douzenis A. [published online ahead of print, 2021 Jan 29]. Int J Law Psychiatry. 2021;75:101673. doi:10.1016/j.ijlp.2021.101673

- **[The implementation of the law 4509/2017 in the Forensic Department of the Psychiatric Hospital of Thessaloniki**]. Markopoulou M, Iliou K, Karakasi V, Douzenis A. Psychiatriki. 2020 Jan-Mar; 31(1):13-22. doi: 10.22365/jpsych.2020.311.13. PMID: 32544073

- **Self-immolation Suicide in Greece: A Forensic Psychiatric Autopsy Study between 2011 and 2019.** Papadodima SA, Karakasi MV, Pavlidis P, Nastoulis E, Fragkou K, Dimitriou K, Alexandri M, Markopoulou M, Douzenis A, Spiliopoulou C. J Forensic Sci. 2020 Sep;65(5):1656-1668. doi: 10.1111/1556-4029.14498. Epub 2020 Jul 13. PMID: 32658387

- **Sexual homicide attempt: A case report and a short review of the literature**. Karakasi VM, Markopoulou M, Giovannopoulou E, Alexandri M, Voultsos P, Douzenis A, Pavlidis P, Soud Lek. 2019; 64(2):14-19. PMID: 31726837

- **In fear of the most loved ones. A comprehensive review on Capgras misidentification phenomenon and case report involving attempted murder under Capgras syndrome in a relapse of a schizophrenia spectrum disorder.** Karakasi MV, Markopoulou M, Alexandri M, Douzenis A, Pavlidis P. J Forensic Leg Med. 2019 Aug;66:8-24. doi: 10.1016/j.jflm.2019.05.019. Epub 2019 May 31. PMID: 31176280

- **Prepartum Psychosis and Neonaticide: Rare Case Study and Forensic-Psychiatric Synthesis of Literature.** Karakasi MV, Markopoulou M, Tentes IK, Tsikouras PN, Vasilikos E, Pavlidis P. J Forensic Sci. 2017 Jul;62(4):1097-1106. doi: 10.1111/1556-4029.13365. Epub 2017 Jun 5. PMID: 28580656

- **Neuroleptic Malignant syndrome without fever after addition of oxcarbazepine to long-term treatment with amisulpride,** P.Angelopoulos, M.Markopoulou, K.Kyamidis, K.Bobotas, General Hospital Psychiatry, 01/2008; 30(5):482-4.

- **Relationship of age and psychosocial factors with biological ratings in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis,** A.Iacovides,K.Fountoulakis,E.Balaskas,A.Manica, M.Markopoulou, G.Kaprinis, A.Tourkantonis Aging Clinical and Experimental Research, Oct 2002; 14(5):354-60

Πρόσφατη επιστημονική δραστηριότητα

Αναρτημένες Ανακοινώσεις σε Πανελλήνια Συνέδρια:

1. Αποασυλοποίηση ακαταλόγιστων ασθενών: Δικαίωμα ή ουτοπία, Ρεντούμη Σ., Σακελλαρίου Ε, Μαρκοπούλου Μ, 9ο Συνέδριο Βιοψυχοκοινωνικής Προσέγγισης στην ιατρική περίθαλψη, Νοέμβριος 2019

2. Παραβατικοί ασθενείς που εισάγονται με τον περιοριστικό όρο της νοσηλείας σύμφωνα με τον Ν4509/2017 στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής ΨΝΘ, Σακελλαρίου Ε., Ρεντούμη Σ., Μαρκοπούλου Μ., 9ο Συνέδριο Βιοψυχοκοινωνικής Προσέγγισης στην ιατρική περίθαλψη, Νοέμβριος 2019

3. Μείωση αριθμού νοσηλευόμενων αδικοπραγούντων ασθενών ΨΝΘ, Ρεντούμη Σ., Σακελλαρίου Ε., Τριανταφύλλου Θ., Μαρκοπούλου Μ., 27ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Απρίλιος 2019

4. Χρήση αλκοόλ και ουσιών σε αδικοπραγούντες ασθενείς- Δεδομένα από το ΨΝΘ, Μπούτσικος Κ., Σακελλαρίου Ε., Ρεντούμη Σ., Μαρκοπούλου Μ., 27ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Απρίλιος 2019

5. Case report: Υπερτριγλυκεριδαιμία προκαλούμενη από κλοζαπίνη, Σακελλαρίου Ε., Ρεντούμη Σ., Τριανταφύλλου Θ., Μαρκοπούλου Μ., 27ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Απρίλιος 2019

6. Η εφαρμογή του Ν4509/2017 στην πράξη-Η εμπειρία από το ΨΝΘ, Μαρκοπούλου Μ, Καρακάση ΜΒ, Κωνσταντινίδου Π, Κορομπέλη Κ, Τριανταφύλλου Θ, Δουζένης Α, 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατροδικαστικής, Δεκέμβριος 2018, Αθήνα

7. Προβληματισμοί σχετικά με την εφαρμογή του Ν4509/2017 στην πράξη, Μαρκοπούλου Μ, Καρακάση ΜΒ, Κορομπέλη Κ,, Κωνσταντινίδου Π, Τριανταφύλλου Θ, Δουζένης Α, 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατροδικαστικής, Δεκέμβριος 2018, Αθήνα

8. Περιστατικά με δολοφονία-απόπειρα αυτοκτονίας στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής ΨΝΘ, Λώλη Ε., Καλπαζίδης Κ., Τριανταφύλλου Θ., Κωνσταντινίδου Π., Δουζένης Α., Μαρκοπούλου Μ., 26ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Μάιος 2018

9. Προφίλ ασθενών που διαπράττουν εμπρησμό, Λώλη Ε., Καλπαζίδης Κ., Κωνσταντινίδου Π., Τριανταφύλλου Θ., Δουζένης Α., Μαρκοπούλου Μ., 26ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Μάιος 2018

10. Προφίλ ασθενών που διαπράττουν μητροκτονία, Καλπαζίδης Κ., Λώλη Ε., Κωνσταντινίδου Π., Τριανταφύλλου Θ., Δουζένης Α., Μαρκοπούλου Μ., 26ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Μάιος 2018

11. Ν4509 και η εφαρμογή του στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής ΨΝΘ-Προκαταρκτικά δεδομένα των 3 πρώτων μηνών, Καλπαζίδης Κ., Λώλη Ε., Κωνσταντινίδου Π., Τριανταφύλλου Θ., Δουζένης Α., Μαρκοπούλου Μ., 26ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Μάιος 2018

12. Ομαδικές θεραπείες στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής ΨΝΘ και προβληματισμοί, Δημοπούλου Μ., Κωνσταντινίδου Μ., Καρανικιώτη Χ., Κωνσταντινίδου Π., Ηλιού Κ., Νεστοράκη Δ., Σιδηροπούλου Μ., Κωτούλα Γ., Τριανταφύλλου Θ., Μαρκοπούλου Μ., Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής, ΓΝΘ Γ. Παπανικολάου-Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, 25ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Κέρκυρα, Μάιος 2017

13. Η υποχρεωτική θεραπεία όπως εφαρμόζεται στο Εξωτερικό Ιατρείο Ψυχιατροδικαστικής, Κωνσταντινίδου Π., Κωνσταντινίδου Μ., Καρανικιώτη Χ., Ηλιού Κ., Καρακάση ΜΒ ,Κωτούλα Γ., Τριανταφύλλου Θ., Δουζένης Α., Μαρκοπούλου Μ., Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής, ΓΝΘ Γ. Παπανικολάου-Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, 25ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Κέρκυρα, Μάιος 2017

14. Η μαται(ω)μένη Σταχτοπούτα, Δημοπούλου Μ., Νεστοράκη Δ., Σιδηροπούλου Μ., Μαρκοπούλου Μ., Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής, ΓΝΘ Γ. Παπανικολάου-Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, 25ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Κέρκυρα, Μάιος 2017

15. Η ανάγκη ανάπτυξης υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα υπό το πρίσμα της ψυχιατροδικαστικής, Ηλιού Κ., Καρακάση ΜΒ, Κωτούλα Γ. , Κωνσταντινίδου Π., Τριανταφύλλου Θ., Δουζένης Α., Μαρκοπούλου Μ., Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής, ΓΝΘ Γ. Παπανικολάου-Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, 25ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Κέρκυρα, Μάιος 2017

16. Διερεύνηση της σχέσης του τόπου διαμονής με τον χρόνο που μεσολαβεί από την έναρξη της νόσου μέχρι τη διάπραξη του αδικήματος σε ακαταλόγιστους ασθενείς, Ηλιού Κ., Καρακάση ΜΒ ,Κωτούλα Γ. ,Κωνσταντινίδου Π., Τριανταφύλλου Θ., Δουζένης Α , Μαρκοπούλου Μ., Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής, ΓΝΘ Γ. Παπανικολάου-Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, 25ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Κέρκυρα, Μάιος 2017

17. Διερεύνηση της σχέσης της ηλικίας διάπραξης του αδικήματος με τον τύπο ή/και με το θύμα του αδικήματος ακαταλόγιστων ψυχιατρικών ασθενών, Ηλιού Κ., Καρακάση ΜΒ , Κωνσταντινίδου Π ,Κωτούλα Γ. ,Τριανταφύλλου Θ., Δουζένης Α., Μαρκοπούλου Μ., Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής, ΓΝΘ Γ. Παπανικολάου-Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, 25ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Κέρκυρα, Μάιος 2017

18. Ακαταλόγιστοι ασθενείς με το άρθρο 69ΠΚ, Ιδρυματισμός ή κοινωνική επανένταξη; Αντωνακάκη Π., Μαγειροπούλου Ε., Μαρτινάκη Σ., Ιωακειμίδου Μ., Μαρκοπούλου Μ., Κωνσταντινίδου Π., Ριζάβας Ι., 25ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Κέρκυρα, Μάιος 2017

19. Η συμβολή της ομαδικής υποστηρικτικής θεραπείας με δημιουργική έκφραση στη θεραπεία χρόνιων ασθενών του Τμήματος Ψυχιατροδικαστικής ΨΝΘ, Μάγδα Δημοπούλου, Δέσποινα Νεστοράκη, Μάρθα Σιδηροπούλου, Καλλιόπη Ηλιού, Γεωργία Κωτούλα, Θεόδωρος Τριανταφύλλου, Μαρία Μαρκοπούλου, Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής, ΓΝΘ Γ. Παπανικολάου- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, 7ο Συνέδριο Βιοψυχοκοινωνικής Προσέγγισης στην Ιατρική Περίθαλψη, Θεσσαλονίκη, Μάρτιος 2017

20. Διερεύνηση της σχέσης των ακαταλόγιστων ασθενών με την οικογένεια τους μετά το αδίκημα ανάλογα με τον τύπο ή/και το θύμα του αδικήματος, Καλλιόπη Ηλιού, Πολυχρονία Κωνσταντινίδου, Γεωργία Κωτούλα, Μάγδα Δημοπούλου, Τριανταφύλλου Θεόδωρος, Μαρκοπούλου Μαρία, Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής, ΓΝΘ Γ. Παπανικολάου- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, 7ο Συνέδριο Βιοψυχοκοινωνικής Προσέγγισης στην Ιατρική Περίθαλψη, Θεσσαλονίκη, Μάρτιος 2017

21. Διερεύνηση της σχέσης των ακαταλόγιστων ασθενών με την οικογένειά τους μετά το αδίκημα ανάλογα με την ηλικία τους, την ηλικία διάπραξης του αδικήματος ή/και τα έτη νοσηλείας, Καλλιόπη Ηλιού, Γεωργία Κωτούλα, Πολυχρονία Κωνσταντινίδου, Μάγδα Δημοπούλου, Τριανταφύλλου Θεόδωρος, Μαρκοπούλου Μαρία, Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής, ΓΝΘ Γ. Παπανικολάου- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, 7ο Συνέδριο Βιοψυχοκοινωνικής Προσέγγισης στην Ιατρική Περίθαλψη, Θεσσαλονίκη, Μάρτιος 2017

22. Ακούσια νοσηλεία μετά την αποφυλάκιση ψυχιατρικών ασθενών, Μαρκοπούλου Μ., Τριανταφύλλου Θ., Κωνσταντινίδου Π., Κωτούλα Γ Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής, ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου» - Οργανική Μονάδα Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατροδικαστικής με διεθνή συμμετοχή, Ελληνική Ψυχιατροδικαστική Εταιρεία (ΕΨΔΕ), 9-11 Δεκεμβρίου 2016, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.

23. Ανάγκη λειτουργίας κλειστού τμήματος στα πλαίσια οργάνωσης ψυχιατροδικαστικών δομών, Μαρκοπούλου Μ., Τριανταφύλλου Θ., Κωτούλα Γ., Κωνσταντινίδου Π. Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής, ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου» - Οργανική Μονάδα Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατροδικαστικής με διεθνή συμμετοχή, Ελληνική Ψυχιατροδικαστική Εταιρεία (ΕΨΔΕ), 9-11 Δεκεμβρίου 2016, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα

24. Αποκατάσταση ακαταλόγιστων ασθενών: Όταν η επανένταξη βιώνεται ως απειλή, Μαρκοπούλου Μ., Τριανταφύλλου Θ., Κωτούλα Γ., Κωνσταντινίδου Π. Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής, ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου» - Οργανική Μονάδα Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατροδικαστικής με διεθνή συμμετοχή, Ελληνική Ψυχιατροδικαστική Εταιρεία (ΕΨΔΕ), 9-11 Δεκεμβρίου 2016, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα

25. Η εφαρμογή των άρθρων 69 και 70ΠΚ και η ανάγκη εγκλεισμού-θεραπείας κατά το χρόνο της δίκης, Μαρκοπούλου Μ., Τριανταφύλλου Θ., Δημοπούλου Μ., Κωνσταντινίδου Μ. Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής, ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου» - Οργανική Μονάδα Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατροδικαστικής με διεθνή συμμετοχή, Ελληνική Ψυχιατροδικαστική Εταιρεία (ΕΨΔΕ), 9-11 Δεκεμβρίου 2016, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα

26. Οι θεραπείες μακράς διάρκειας δράσης στην ψυχιατροδικαστική: Η εμπειρία από το Εξωτερικό Ιατρείο Ψυχιατροδικαστικής ΨΝΘ, Μαρκοπούλου Μ., Τριανταφύλλου Θ., Κωνσταντινίδου Μ., Δημοπούλου Μ., Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής, ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου» - Οργανική Μονάδα Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατροδικαστικής, ΕΨΔΕ, 9-11 Δεκεμβρίου 2016, ΕΣΔΥ

27. Case report: Capgras syndrome σε περιστατικό με σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου και παραβατικότητα, Μαρκοπούλου Μ., Τριανταφύλλου Θ., Κωνσταντινίδου Π., Κωτούλα Γ. Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής, Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, 24ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, 2016 Αλεξανδρούπολη

28. Βρεφοκτονία και απόπειρα αυτοκτονίας: Case report, Μαρκοπούλου Μ., Τριανταφύλλου Θ., Ρεστέμη Α., Καψάλη Δ. Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής, Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, 24ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, 2016, Αλεξανδρούπολη

29. Καταλογισμός και δικαιοπρακτική ικανότητα, Μαρκοπούλου Μ., Τριανταφύλλου Θ., Κωτούλα Γ., Κωνσταντινίδου Π. Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής, Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, 24ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής 2016

30. Συσχέτιση της έγκαιρης ψυχιατρικής παρέμβασης και θεραπείας με τη σοβαρότητα των αδικημάτων που διαπράττονται από ακαταλόγιστους ψυχιατρικούς ασθενείς, Μαρκοπούλου Μ., Τριανταφύλλου Θ., Καψάλη Δ., Ρεστέμη Α. Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής, Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, 24ο Πανελλήνιο Συνέδριο

Εισηγήσεις σε ημερίδες και συνέδρια:

1. **Στρογγύλη Τράπεζα: Δύσκολα ζητήματα Ψυχιατροδικαστικής**, Συντονιστές Δουζένης Α., Τσακλακίδου Δ., **Η αξιολόγηση της ικανότητας καταλογισμού σε ψυχιατρικούς ασθενείς-Ως πραγματογνώμων, Μ. Μαρκοπούλου,** 29ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Οκτώβριος 2020

2. **Στρογγύλη Τράπεζα: Ένας χρόνος εμπειρίας μετά την ψήφιση του νέο νόμου για τους ακαταλόγιστους ψυχικά πάσχοντες ασθενείς,** Συντονιστές Δουζένης Α., Μαρκοπούλου Μ., Τσόπελας Χρ., **Προτάσεις, Μ. Μαρκοπούλου,** 27ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Απρίλιος 2019

3. **Ημέρες Ψυχιατρικής,** Ψυχική Υγεία σε φυλακισμένους, Μαρκοπούλου Μαρία, 23-24 Νοεμβρίου 2018, Αίθουσα Παλαιάς Φιλοσοφικής Σχολής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

4. **Εσπερίδα: Τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών και των ασθενών με άνοια,** Ποινική αντιμετώπιση των ψυχιατρικών ασθενών στο χθες και το σήμερα από την πλευρά του ψυχιάτρου, Μαρκοπούλου Μαρία, Οκτώβριος 2018, Ρόδος

5. **Ημερίδα Δεοντολογίας, Ιατρική πράξη με ήθος και δεοντολογία, Δεοντολογικά ζητήματα στην άσκηση της ψυχιατρικής,** Μαρκοπούλου Μαρία, Ιούνιος 2018, ΓΝΘ Γεννηματάς

6. **Ημερίδα ΥΥΚΑ,** Το μέλλον των ψυχιατρικών νοσοκομείων σε ένα περιβάλλον κοινοτικής ψυχιατρικής**, Στρογγύλη Τράπεζα: Εμπειρία, καλές πρακτικές και προβλήματα στην πορεία**

της ολοκλήρωσης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, Συντονιστής Γ.Αγγελίδης, , **Εισήγηση για το Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής ΨΝΘ: Μ. Μαρκοπούλου**, Αθήνα, Δεκέμβριος 2017

7. **Επιστημονική εκδήλωση** για τον ΣΟΨΥ Θεσσαλονίκης : **Επικινδυνότητα στις ψυχιατρικές διαταραχές**, **Μ.Μαρκοπούλου,** Θεσσαλονίκη, Δεκέμβριος 2017

8. **Στρογγύλη Τράπεζα: Όψεις της κατάθλιψης,** Προεδρείο: Π. Φωτιάδης, Π. Παναγιωτίδης**, Παραβατικότητα και κατάθλιψη Μ. Μαρκοπούλου,** 8η Επιστημονική Εκδήλωση: Ψυχιατρική στην καθημερινή κλινική πράξη με θέμα "Η καλειδοσκοπική εικόνα της κατάθλιψης", Νοέμβριος 2017, Θεσσαλονίκη

9. **Επιστημονική Εκδήλωση:** Ακαταλόγιστοι δράστες ή ασθενείς; Νομικές και ψυχιατρικές δυσπιστίες και προκαταλήψεις, Συντονίστρια κα Ξένη Δημητρίου, Εισαγγελέας Αρείου Πάγου, **Η κλινική πραγματικότητα στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής ΨΝΘ**, **Μ. Μαρκοπούλο**υ, Αμφιθέατρο ΨΝΘ, Ιούνιος 2017

10. **Στρογγύλη Τράπεζα: Η εκπαίδευση στην Ψυχιατροδικαστική,** Συντονιστές Δουζένης Α., Μαρκοπούλου Μ., **Η εκπαίδευση στην Ψυχιατροδικαστική- Η εμπειρία από το ΨΝΘ, Μ. Μαρκοπούλου,** 25ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής- Ημερίδα Ειδικευόμενων Ψυχιάτρων, Μάιος 2017

11. **Στρογγύλη Τράπεζα: Ψυχιατροδικαστική: Κλινική πράξη και έρευνα** Πρόεδροι: Α. Δουζένης, Δ. Τσακλακίδου, **Το τμήμα Ψυχιατροδικαστικής Ψ.Ν.Θ. στην κλινική πράξη Μ. Μαρκοπούλου,** 7ο Συνέδριο Βιοψυχοκοινωνικής Προσέγγισης στην Ιατρική Περίθαλψη, Θεσσαλονίκη, Μάρτιος 2017

12. **Στρογγύλη Τράπεζα: Ακαταλόγιστοι δράστες μεταξύ δικαιοσύνης και ψυχιατρικής,** Προεδρεύοντες: Δημήτριος Δασούλας, Αντεισαγγελέας του Αρείου Πάγου, Ξενοφών Παναγιώτου, Αναπληρωτής Διοικητής Ψ.Ν.Α., «**Εγκλεισμός με το άρθρο 69 Π.Κ. - Η σημερινή πραγματικότητα στο Ψ.Ν.Θ.»** Μαρία Μαρκοπούλου, Ψυχίατρος Επιμελήτρια Α΄, Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής Ψ.Ν.Θ, ΗΜΕΡΙΔΑ ΨΝΑ -ΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΉ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ (ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ - ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ) -18 ΑΝΩ: ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ - ΑΚΑΤΑΛΟΓΙΣΤΟΙ ΔΡΑΣΤΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, 31/1/2017, ΨΝΑ

13. **Στρογγύλη Τράπεζα** (ΣΤ24) **Θέμα: Άρθρο 69 του ποινικού κώδικα. Η αντιμετώπιση των ακαταλόγιστων ασθενών στην κλινική πρακτική**. Συντονιστές: Ε. Φυτράκης- Α. Δουζένης Ομιλητές: Ι. Παπαδόπουλος Μ. Μαρκοπούλου, 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατροδικαστικής με διεθνή συμμετοχή, Ελληνική Ψυχιατροδικαστική Εταιρεία (ΕΨΔΕ), 9-11 Δεκεμβρίου 2016, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.

14. **Ομιλία: Επικινδυνότητα στην ψυχική διαταραχή**, Μαρκοπούλου Μαρία, Ημερίδα Ελληνικής Ψυχιατροδικαστικής Εταιρείας "Ψυχική υγεία, Νόμος και Ανθρώπινα Δικαιώματα", 5 Νοεμβρίου 2016, Θεσσαλονίκη

15. **Ομιλία**: **Θεραπεία και εγκλεισμός ακαταλόγιστων ασθενών: Μύθοι και πραγματικότητα,** Μαρκοπούλου Μαρία, Συντονιστής Μαρία Καϊάφα-Γκμπάντι, καθηγήτρια Ποινικού Δικαίου ΑΠΘ, Περιοριστικά μέτρα στη σύγχρονη θεραπευτική προσέγγιση των ψυχικά πασχόντων, Επιστημονική εκδήλωση του Ομίλου μελέτης Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, 7 Απριλίου 2016, Θεσσαλονίκη

16. **Ομιλία**: **Κλινική εικόνα της σχιζοφρένειας**, εισηγητής: Μαρκοπούλου Μαρία, Προεδρείο: Φουντουλάκης Κωνσταντίνος, 5ος Κύκλος Πιστοποιημένης εκπαίδευσης- Κλινικό Εργαστήριο "Σχιζοφρένεια", International Society on Neurobiology and Psychopharmacology σε συνεργασία με την World Psychiatric Association, 27 Φεβρουαρίου 2016, Θεσσαλονίκη

17. **Στρογγύλη Τράπεζα** (ΣΤ24) Θέμα: Επιτροπή Διαχείρισης Χρονίων Περιστατικών ΨΝΘ: Προβλήματα και προβληματισμοί, Συντονιστές: Μαρκοπούλου Μ., Τυχάλας Δ, Αποκατάσταση ακαταλόγιστων ασθενών : Μία πρόκληση, Εισηγητής: Μαρκοπούλου Μαρία, 4ο Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Ειδικών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, 3-6 Δεκεμβρίου 2015, Αθήνα

<u>Λοιπές Γνώσεις</u>

Όσον αφορά την γνώση ξένων γλωσσών

- πτυχία Proficiency- Michigan και Cambridge-στην Αγγλική
- πτυχίο Mittelstuffe στην Γερμανική
- Εκπαίδευση για το πτυχίο Basico στην Ισπανική.

Παρακολούθησα επίσης τα μαθήματα Η/Υ στον Ιατρικό Σύλλογο Θεσσαλονίκης

- Εφαρμογές Γραφείου
- Excel και Access
- Outlook –Εξοικείωση με το Internet

και χειρίζομαι καλά τους Η/Υ για τις ανάγκες της εργασίας μου.

Συγκριτική μελέτη των ακαταλόγιστων ψυχιατρικών ασθενών με και χωρίς προηγούμενο ιστορικό ψύχωσης και διερεύνηση των ηθικών συναισθημάτων και κρίσεων τους

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες

Πρόλογος

Γενικό μέρος

Α. Ανασκόπηση βιβλιογραφίας

Α. 1 Ορισμοί: Βία, Επιθετικότητα, Επικινδυνότητα

Α. 2 Προηγούμενες έρευνες σχετικά με την εγκληματικότητα στις ψυχώσεις

Α. 2.1 Συσχέτιση μεταξύ της ψύχωσης και της διάπραξης αδικήματος

Α. 2.2 Παράγοντες κινδύνου που ενοχοποιήθηκαν για την εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς

Α. 2.2.1 Ο ρόλος της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών στην εγκληματικότητα

Α. 2.2.2 Ο ρόλος των παραληρητικών ιδεών στην εγκληματικότητα

Α. 2.2.3 Ο χρόνος χωρίς θεραπεία (DUP) και η επίδρασή του στην εγκληματικότητα

Α. 2.2.4 Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και εγκληματικότητα

Α. 2.2.5 Φύλο και εγκληματικότητα

Α. 2.2.6 Τραύμα κι εγκληματικότητα

Α. 2.3 Τυπολογία ασθενών που διαπράττουν αδικήματα

Α. 2.3.1 Εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο

Α. 2.3.2 Ασθενείς που διαπράττουν αδικήματα στην πορεία της νόσου

Α. 2.3.3 Ασθενείς που διέπραξαν αδικήματα ως ανήλικοι παραβάτες

Α. 3 Καταλογισμός και ψυχική νόσος

Α. 3.1 Το νομικό πλαίσιο- Ο Ν.4509/2017- Σύγκριση με το παλαιότερο καθεστώς

Α. 3.2 Ψυχιατρική εκτίμηση της ικανότητας καταλογισμού

Α. 3.3 Καταλογισμός στις ψυχιατρικές παθήσεις

Α. 4 Ο ρόλος των Μ.Μ.Ε και το διπλό στίγμα των ακαταλόγιστων ψυχιατρικών ασθενών

Α. 5 Ψυχιατρικές διαταραχές σε κρατούμενους

Α. 6 Αποασυλοποίηση, μείωση κλινών σε ψυχιατρικές δομές και εγκληματικότητα

Α. 7 Πορεία ασθενών που εξήλθαν από ψυχιατροδικαστικές δομές, ψυχιατρικά τμήματα ή φυλακές

Α. 8 Ηθική στάση και συναισθήματα ψυχιατρικών ασθενών

Ειδικό μέρος

Β. Μεθοδολογία

Β. 1 Περιγραφή της έρευνας

Β. 2 Σκοπός της έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα

Β. 3 Ερευνητική Στρατηγική

Β. 4 Ερευνητικά Εργαλεία

Β. 5 Ηθικά Ζητήματα

Β. 6 Περιγραφή του δείγματος

Β. 7 Μέθοδοι της στατιστικής ανάλυσης

Γ. Αποτελέσματα της έρευνας

Γ. 1 Περιγραφική στατιστική

Γ. 1.1 Σύνολο του δείγματος

Γ. 1.2 Συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών ανάλογα με τη σχέση με το θύμα

Γ. 2 Επαγωγική στατιστική – Έλεγχοι διαφορών και ανεξαρτησίας

Γ. 2.1 Έλεγχοι διαφορών και ανεξαρτησίας ως προς τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος

Γ. 2.2 Έλεγχοι διαφορών και ανεξαρτησίας ως προς το φύλο

Γ.2.3 Έλεγχοι διαφορών και ανεξαρτησίας ως προς το ιστορικό εξάρτησης/κατάχρησης

Γ. 2.4 Έλεγχοι διαφορών και ανεξαρτησίας ως προς το ιστορικό αυτοκτονικότητας έως την τέλεση του εγκλήματος

Γ.2.5Έλεγχοι διαφορών και ανεξαρτησίας ως προς το ιστορικό ετερο-καταστροφικότητας έως την τέλεση του εγκλήματος

Γ.2.6 Έλεγχοι διαφορών και ανεξαρτησίας ως προς το ιστορικό διαταραχών στη διαγωγή/συμπεριφορά κατά την παιδική ηλικία

Γ.2.7 Έλεγχοι διαφορών και ανεξαρτησίας μεταξύ των γονεοκτόνων και λοιπών ανθρωποκτόνων

Γ. 2.8 Έλεγχοι διαφορών και ανεξαρτησίας μεταξύ των βίαιων ασθενών και των εμπρηστών

Γ. 2.9 Έλεγχοι διαφορών και ανεξαρτησίας ως προς τους φαινότυπους κατά Hodgins

Γ. 3 Έλεγχοι διαφορών πριν και μετά την τέλεση του εγκλήματος για τις διάφορες ομάδες ατόμων που μελετώνται

Γ. 3.1 Έλεγχοι διαφορών πριν και μετά την τέλεση του εγκλήματος στο σύνολο του δείγματος

Γ. 3.2 Έλεγχοι διαφορών πριν και μετά την τέλεση του εγκλήματος με κριτήριο τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος

Γ. 3.3 Έλεγχοι διαφορών πριν και μετά την τέλεση του εγκλήματος με κριτήριο το φύλο

Γ. 3.4 Έλεγχοι διαφορών πριν και μετά την τέλεση του εγκλήματος με κριτήριο το ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες

Γ. 3.5 Έλεγχοι διαφορών πριν και μετά την τέλεση του εγκλήματος με κριτήριο το ιστορικό αυτοκτονικότητας έως την τέλεση του εγκλήματος

Γ. 3.6 Έλεγχοι διαφορών πριν και μετά την τέλεση του εγκλήματος με κριτήριο το ιστορικό έτερο-καταστροφικότητας έως την τέλεση του εγκλήματος

Γ. 3.7 Έλεγχοι διαφορών πριν και μετά την τέλεση του εγκλήματος με κριτήριο το ιστορικό διαταραχών στη διαγωγή/συμπεριφορά κατά την παιδική ηλικία

Γ. 4 Ανάλυση συστάδων

Γ. 5 Έλεγχοι διαφορών και ανεξαρτησίας με κριτήριο την ομάδα (cluster) κατάταξης

Γ. 6 Λογιστική παλινδρόμηση

Δ. Συζήτηση

Δ. 1 Περιγραφή και σύγκριση των ερευνητικών ευρημάτων με διεθνείς και ελληνικές μελέτες.

Δ. 1.1 Περιγραφή του δείγματος σχετικά με δημογραφικά, ψυχιατρικά και νομικά στοιχεία

Δ. 1.2 Περιγραφή του δείγματος σχετικά με την Ψυχοπαθολογία – Εκτίμηση με την κλίμακα PANSS

Δ. 1.3 Περιγραφή του δείγματος σχετικά με την Ψυχοπαθολογία – Εκτίμηση με τα ερωτηματολόγια Aggression και HDHQ

Δ. 1.4 Περιγραφή των χαρακτηριστικών των ασθενών των δύο ομάδων κατά τη διάπραξη του αδικήματος

Δ. 1.4.1 Χαρακτηριστικά των ασθενών που διαπράττουν το αδίκημα στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο

Δ. 1.4.2. Χαρακτηριστικά των ασθενών που διαπράττουν το αδίκημα στην πορεία της νόσου

Δ. 1. 5 Διαφορές των δύο ομάδων ασθενών (ΠΕΨ και Πορεία)

Δ. 1.6 Σύγκριση των ψυχοπαθολογικών ευρημάτων, της λειτουργικότητας και της εκτιμώμενης επικινδυνότητας κατά το αδίκημα και κατά τη διεξαγωγή της έρευνας

Δ. 1.7 Υποθέσεις – Εξηγήσεις των ευρημάτων σχετικά με τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος (στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο ή στην πορεία της νόσου) σύμφωνα με τη βιβλιογραφία

Δ. 1.8 Σχολιασμός ευρημάτων σχετικά με το φύλο

Δ. 1.9 Σχολιασμός ευρημάτων σχετικά με τη χρήση αλκοόλ/ουσιών

Δ. 1.10 Σχολιασμός ευρημάτων σχετικά με το ιστορικό αυτοκτονικότητας ως την τέλεση του αδικήματος

Δ. 1.11 Σχολιασμός ευρημάτων σχετικά με το ιστορικό ετεροκαταστροφικότητας ως την τέλεση του αδικήματος

Δ.1.12 Σχολιασμός ευρημάτων σχετικά με το ιστορικό διαταραχής διαγωγής/συμπεριφοράς

Δ. 1.13 Σχολιασμός ευρημάτων σχετικά με την κατηγοριοποίηση των ασθενών σε φαινότυπους κατά Hodgins

Δ. 1.14 Σχολιασμός ευρημάτων από την ανάλυση συστάδων

Δ. 1.15 Σχολιασμός ευρημάτων σχετικά με τους ασθενείς που είχαν ως θύμα τον πατέρα

Δ. 1.16 Σχολιασμός ευρημάτων σχετικά με τους ασθενείς που είχαν ως θύμα τη μητέρα

Δ. 1.17 Σχολιασμός ευρημάτων σχετικά με τους ασθενείς που είχαν ως θύμα τη σύζυγο

Δ. 1.18 Σχολιασμός ευρημάτων σχετικά με τους ασθενείς που είχαν ως θύμα το τέκνο

Δ. 1.19 Σχολιασμός ευρημάτων από τη σύγκριση των γονεοκτόνων με τους λοιπούς ανθρωποκτόνους

Δ. 1.20 Σχολιασμός ευρημάτων από τη σύγκριση ασθενών που διέπραξαν εμπρησμό με αυτούς που διέπραξαν βίαιο αδίκημα

Δ. 1.21 Σχολιασμός ευρημάτων σχετικά με τα συναισθήματα των ασθενών του δείγματος κατά τη δοκιμασία με τους μύθους του Αισώπου

Δ. 2 Περιορισμοί της μελέτης

Δ. 3 Προτάσεις για μελλοντικές πολιτικές και διαδικασίες ώστε να αναγνωρίζονται οι ασθενείς που εμπλέκονται σε αντικοινωνικές και εγκληματικές ενέργειες

Ε. Συμπεράσματα

Στ. Περίληψη

Ζ. Αγγλική περίληψη

Η. Βιβλιογραφία

Θ. Παράρτημα (Ν4509/2007, Ερωτηματολόγια, Έντυπο συναίνεσης)__

Ευχαριστίες

Η πορεία εκπόνησης αυτής της διατριβής κάθε άλλο παρά ομαλή ήταν. Πραγματοποιήθηκε ενώ εκτελούσα χρέη διευθύντριας στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης με πάρα πολλές ευθύνες και απαιτητική κλινική πρακτική στην καθημερινότητα, και ολοκληρώθηκε εν μέσω πανδημίας.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ κ. Χριστοδούλου (επιβλέποντα της διατριβής αυτής) για την ευκαιρία που μου έδωσε και την καταλυτική συμβολή του στη διεξαγωγή της έρευνας. Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω, επίσης, στον Καθηγητή Ψυχιατροδικαστικής, Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ κ. Δουζένη, για τις πολύτιμες επισημάνσεις του, καθώς και για τη συνεχή υποστήριξη και ενθάρρυνσή του σε όλη την πορεία της έρευνας και συγγραφής. Ταυτόχρονα υπήρξε αυστηρός και απαιτητικός εκεί που απαιτούνταν, εξασφαλίζοντας νομίζω ένα άρτιο επιστημονικά αποτέλεσμα. Τέλος, είμαι ευγνώμων στον Ομότιμο Καθηγητή Ψυχιατρικής ΑΠΘ κ. Γαρύφαλλο, μέλος της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής, για τη συμβολή του, αλλά πάνω από όλα για την στήριξη του, την προθυμία, και την ηθική συμπαράσταση.

Δεν θα μπορούσα παρά να ευχαριστήσω τον μέντορα μου στην Ψυχιατρική κ. Σεβρή Δημήτριο, που υπήρξε ο πρώτος ειδικός ψυχίατρος κατά την ειδίκευσή μου. Χωρίς τη δική του ψήφο εμπιστοσύνης και σταθερή στήριξη, η πορεία μου στον χώρο θα ήταν ίσως τελείως διαφορετική.

Για τις πρώτες απόπειρες ερευνητικής δραστηριότητας και αποτύπωσης των ευρημάτων σε ανακοινώσεις, οφείλω ευχαριστίες στην αγαπητή συνάδερφο και φίλη κ. Γεωργιάδου Όλγα. Ήταν εκείνη που με μύησε στον τρόπο συλλογής και επεξεργασίας δεδομένων και με ενθάρρυνε σε όλη τη διαδικασία.

Δεν θα μπορούσα να παραλείψω να ευχαριστήσω τον μαθηματικό κ. Αράτζια Σωκράτη για τις πολύ εύστοχες και κατατοπιστικές παρατηρήσεις του στη στατιστική επεξεργασία του πραγματικά μεγάλου όγκου δεδομένων.

Θερμές ευχαριστίες οφείλω, ακόμη, στην αγαπητή συνάδερφο και παιδική φίλη Γκαρμίρη Βασιλική, Γενική Ιατρό, καθώς χωρίς την πολύτιμη συνδρομή της δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί η δημοσίευση των ευρημάτων αυτής της έρευνας. Επίσης, στην αγαπημένη φίλη Πουγαρίδου Ελένη, Καθηγήτρια Αγγλικών Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, για την τελική επιμέλεια της αγγλόφωνης δημοσίευσης. Μεταμόρφωσε το κείμενο με τον μοναδικό της τρόπο να αναδεικνύει ότι επιμελείται.

Για τη συγκέντρωση του ερευνητικού υλικού, ευχαριστίες οφείλω στους ασθενείς και τις οικογένειές τους που συμμετείχαν πρόθυμα στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Επίσης στο προσωπικό του

Τμήματος Ψυχιατροδικαστικής, ιατρικό και νοσηλευτικό, για όλη τη συνεργασία και την έμπρακτη στήριξή τους.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την αμέριστη συμπαράσταση, την υπομονή και την κατανόηση που έδειξαν καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της διατριβής. Τόσο οι γονείς μου όσο και ο σύζυγος και τα παιδιά μου πίστεψαν σε μένα και με στήριξαν στις δύσκολες στιγμές, εκεί που το όλο εγχείρημα φαινόταν ακατόρθωτο. Νιώθω ευγνωμοσύνη και τους ευχαριστώ από τα βάθη της καρδιάς μου.

Πρόλογος

Ψυχιατρική και δικαιοσύνη, ιατρική και νομική επιστήμη, καλούνται να αντιμετωπίσουν μια ειδική ομάδα ασθενών, αυτών που έχουν διαπράξει αδικήματα και έχουν κριθεί ακαταλόγιστοι λόγω της ψυχικής τους πάθησης. Η διατριβή αυτή εγκρίθηκε ενώ ήταν σε ισχύ ο Ποινικός Κώδικας από το 1951, στον οποίο τα δύο άρθρα που ρύθμιζαν την αντιμετώπιση των ακαταλόγιστων ασθενών (άρθρα 69 & 70 ΠΚ) χρησιμοποιούσαν τους όρους φύλαξη και ασφάλεια, εστιάζοντας κυρίως στην αντιμετώπιση της επικινδυνότητας και όχι της ψυχικής πάθησης. Τον Δεκέμβριο 2017 ωστόσο, τέθηκαν σε ισχύ με τον Ν4509/2017 τα αναθεωρημένα άρθρα 69 και 70ΠΚ, στα οποία τα μέτρα ασφαλείας αντικαταστάθηκαν από μέτρα θεραπείας, εστιάζοντας πια στη ρύθμιση των ιατρικών αναγκών των ασθενών αυτών και την προστασία των δικαιωμάτων τους.

Πριν όμως απαντήσει κανείς στο θεμελιώδες ερώτημα που αφορά τι αρμόζει κάθε φορά στη συγκεκριμένη περίπτωση όσον αφορά την αντιμετώπιση, κρίνεται εξίσου χρήσιμο και μάλλον κομβικό, να απαντηθεί τι προηγείται ενός αδικήματος, ποια είναι τα χαρακτηριστικά εκείνα (δημογραφικά, ψυχιατρικά, ψυχοπαθολογικά κλπ.) των ασθενών που διαπράττουν ένα αδίκημα, με απώτερο στόχο την πρόληψη των βίαιων συμπεριφορών. Τα ερωτήματα αυτά είναι στον πυρήνα της προβληματικής όσον αφορά την έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχιατρικών ασθενών πριν τη διάπραξη αξιόποινων πράξεων.

Από την κλινική πρακτική στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής ΨΝΘ είχε παρατηρηθεί πως υπάρχουν δύο ομάδες παραβατικών ασθενών με ψύχωση: αυτοί που διαπράττουν το αδίκημα στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο και αυτοί που το διαπράττουν αργότερα στην πορεία της νόσου, παρατήρηση που επιβεβαιώνεται από τη διεθνή βιβλιογραφία.

Η διατριβή αποτελείται από τέσσερα μέρη. Στο πρώτο μέρος επιχειρείται η βιβλιογραφική ανασκόπηση των δεδομένων μέχρι σήμερα σχετικά με την επικινδυνότητα των ασθενών με ψύχωση και τους παράγοντες που σχετίζονται με παραβατική συμπεριφορά. Επίσης, αναφέρεται η ποινική αντιμετώπιση των ασθενών αυτών στο διάβα του χρόνου, αλλά και τα βιβλιογραφικά δεδομένα σχετικά με την πορεία τους μετά το εξιτήριο από τις ψυχιατροδικαστικές δομές όπου νοσηλεύονταν. Στο δεύτερο μέρος περιγράφεται η ερευνητική διαδικασία και τα βασικά της αποτελέσματα, ενώ στο τρίτο επιχειρείται η σύνδεση των ευρημάτων αυτών με τα βιβλιογραφικά δεδομένα και η ερμηνεία των τυχόν διαφορών και ομοιοτήτων. Τέλος, στο τέταρτο μέρος προτείνονται μελλοντικές πολιτικές και διαδικασίες, ώστε να αναγνωρίζονται έγκαιρα οι ασθενείς που εμπλέκονται σε αντικοινωνικές και εγκληματικές ενέργειες.

Γενικό μέρος

Α. Ανασκόπηση βιβλιογραφίας

Το σύστημα απονομής δικαιοσύνης και οι ψυχιατρικές υπηρεσίες έχουν ως κοινό στόχο την καλύτερη αντιμετώπιση των ψυχικά πασχόντων που έχουν διαπράξει αδικήματα. Θα μπορούσε να πει κανείς πως η ποινική δικαιοσύνη έχει την νομική προσέγγιση, ενώ η ψυχιατρική έχει την ιατρική-επιστημονική (Δουζένης 2008). Παρά τους κοινούς στόχους οι διαφορές αυτών των δύο συστημάτων είναι θεσμικές και εννοιολογικές και αποκαλύπτονται κατά τη διαδικασία της ποινικής δίκης. Πριν από την προσπάθεια κριτικής προσέγγισης των ζητημάτων που τίθενται κατωτέρω κρίνεται, λοιπόν, σκόπιμη η αποσαφήνιση των όρων της βίας, της επιθετικότητας και της επικινδυνότητας από την ψυχιατρική σκοπιά, στο μέτρο που οι έννοιες αυτές αφορούν κατεξοχήν την επιβολή και διάρκεια του μέτρου ασφαλείας (θεραπείας σήμερα) του άρθρου 69 ΠΚ.

Α. 1 Ορισμοί: Βία, Επιθετικότητα, Επικινδυνότητα

Η βία παραπέμπει σε πραγματικές πάντοτε, και όχι φαντασιωσικές, πράξεις απέναντι στον άλλο, οι οποίες είναι πιθανό να προκαλέσουν βλάβη στη φυσική ακεραιότητα του, ενώ στο Λεξικό Νεοελληνικής γλώσσας ως βία ορίζεται η χρησιμοποίηση δύναμης για την επιβολή θέλησης, δηλαδή καταναγκασμού. Βία είναι ουσιαστικά η χρησιμοποίηση της σωματικής, υλικής και πνευματικής δύναμης προς επιβολή θέλησης, με άλλα λόγια δηλαδή, ο εξαναγκασμός. Ο Αριστοτέλης την ορίζει ως «το παρά την ορμήν και την προαίρεσιν κινήσει και κατά τον λογισμόν». Η βία ετυμολογικά παραπέμπει στην έννοια της κατάχρησης της εξουσίας, δηλαδή και πάλι σε μια έννοια εξαναγκασμού. Η λέξη «βιαιοπραγώ» δηλώνει τελικά σε κάθε περίπτωση μία σχέση ασύμμετρη στις διαπροσωπικές συναλλαγές και στις ανθρώπινες σχέσεις.

Κάθε συμπεριφορά ή συστηματικό μοτίβο συμπεριφοράς που χρησιμοποιείται για να εξαναγκάσει, να κυριαρχήσει ή να απομονώσει το θύμα είναι βία. Βία δηλαδή είναι κάθε σωματική, ψυχολογική και λεκτική κακοποίηση ανθρώπου που δημιουργεί σωματικό ή/και ψυχικό πόνο ή/και βλάβη, πληγές. Είναι η χρήση κάθε μορφής εξουσίας που επιβάλλεται στο άλλο άτομο για τη διατήρηση του ελέγχου της σχέσης και της συμπεριφοράς του θύματος. Συχνά συμπεριλαμβάνει παραβίαση των δικαιωμάτων του θύματος. Ο Διεθνής Οργανισμός Υγείας (ΔΟΥ) ορίζει τη βία ως εξής: “The intentional use of physical force or power, threatened or actual, against a person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation.” Δηλαδή ως «Η εσκεμμένη χρήση σωματικής δύναμης ή εξουσίας, απειλούμενη ή πραγματική, εναντίον ατόμου, ή εναντίον ομάδων ή κοινωνιών, που είτε έχει ως

αποτέλεσμα, είτε έχει υψηλές πιθανότητες να καταλήξει σε τραυματισμό, θάνατο, ψυχολογική βλάβη, σωματική βλάβη, κακή ανάπτυξη ή στέρηση».

Ως επιθετικότητα από την άλλη ορίζεται η βίαιη συμπεριφορά και πρόκληση ή απειλή για πρόκληση βλάβης σε άλλους (Μιχαλοπούλου & Λύκουρας 2008). Η επιθετικότητα αντιστοιχεί στην έκφραση μιας ενόρμησης, της οποίας ο τελικός έλεγχος δεν είναι βέβαιος. Η επιθετικότητα δεν σχετίζεται ειδικά με κάποια διαταραχή. Αντιθέτως, διάφορες διαταραχές ενέχονται στην εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς, όπως οι διαταραχές προσωπικότητας, η χρήση ουσιών, οι ψυχωτικές διαταραχές και οι διαταραχές προκαλούμενες από εγκεφαλικές βλάβες. Οι βίαιες πράξεις που διαπράττονται από ψυχικά πάσχοντες μπορούν να είναι τόσο παρορμητικές όσο και προσχεδιασμένες.

Η αλληλεπίδραση ανάμεσα σε νευροβιολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη επιθετικής συμπεριφοράς. Νευροδιαβιβαστές και ορμόνες εμπλέκονται στη ρύθμιση και εκδήλωση της επιθετικής συμπεριφοράς (τεστοστερόνη, σεροτονίνη, κατεχολαμίνες, πιθανός ρόλος του GABAεργικού συστήματος), όπως άλλωστε και σε άλλες ανθρώπινες συμπεριφορές. Σε επίπεδο ανατομικό, εγκεφαλικές βλάβες στις κατώτερες μετωπιαίες περιοχές και κροταφικούς λοβούς μπορούν να προκαλέσουν δυσλειτουργία στην απάντηση σε στρεσογόνα ερεθίσματα και μείωση των συναισθηματικών αντιδράσεων, με τελικό αποτέλεσμα τη μειωμένη αναστολή της επιθετικότητας, και άρα την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς. Κεντρικό ρόλο σε κάθε περίπτωση παίζει η αμυγδαλή. Χρειάζεται, ωστόσο, να κατανοηθούν περαιτέρω οι αλληλεπιδράσεις των νευροβιολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που οδηγούν στην επιθετική συμπεριφορά.

Μέσα σε ένα θεωρητικό πλαίσιο η ψυχιατρική, με τη συμβολή των ψυχολογικών θεωριών, μπορεί να αναζητήσει τα αίτια της επιθετικότητας, όπως και άλλων συμπεριφορών, άλλοτε αποκλειστικά σε βιολογικά προγραμματισμένα ένστικτα (θεωρία των ενστίκτων κατά τον Freud), και άλλοτε σε απόλυτα σχηματοποιημένες επιδράσεις του περιβάλλοντος, οι οποίες επιφέρουν προκαθορισμένες αντιδράσεις του ατόμου (θεωρίες της συμπεριφοράς- μπιχεβιορισμός). Σημαντική επιρροή για την ερμηνεία της επιθετικότητας άσκησε η θεωρία της ματαίωσης και της επιθετικότητας των Dollard et al (1940). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή η επιθετικότητα προέρχεται από εξωτερικές συνθήκες που προκαλούν ματαίωση, πόνο, κίνδυνο απώλειας της προσωπικότητας. Τέτοιες καταστάσεις εγείρουν ισχυρές αντιδράσεις και συμπεριφορές. Μέσα από αυτή την οπτική καταλήγει κανείς πως η επιθετικότητα δεν είναι αναπόφευκτη.

Ένας διαφορετικός τρόπος προσέγγισης της επιθετικότητας είναι το θεωρητικό πλαίσιο της εξελικτικής βιολογίας. Η επιθετικότητα σε αυτή την περίπτωση στοχεύει στην προστασία της ζωής

απέναντι σε απειλή και τη δυνατότητα αναπαραγωγής και εξέλιξης του είδους (Mc Guire & Troisi 1989). Συνεπώς, είναι απαραίτητη για την επιβίωση σε καταστάσεις κινδύνου κι εξυπηρετεί τη διατήρηση της ανθρώπινης ζωής και του είδους.

Συνοψίζοντας, η επιστράτευση όλων των οπτικών προσέγγισης μέσα από τις διάφορες επιστήμες, δηλαδή τόσο της νευροβιολογικής γνώσης, της αναπτυξιακής ψυχολογίας, όσο και της κοινωνιολογίας, μπορεί να συνεισφέρει στην κατανόηση ή και την πρόβλεψη της εμφάνισης επιθετικής συμπεριφοράς, άρα και κατ' επέκταση στην πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου.

Τέλος, η επικινδυνότητα ενός ατόμου εκφράζει μια κατάσταση στα πλαίσια της οποίας το άτομο αυτό ε ν δ έ χ ε τ α ι να προκαλέσει μια βίαιη πράξη, και άρα σαν όρος προσδιορίζει μία δ υ ν ά μ ε ι βίαιη χειρονομία ενάντια στο ίδιο το άτομο ή σε τρίτο. Ακολουθεί μια προσπάθεια ανάλυσης της επικινδυνότητας των ψυχικά πασχόντων τόσο από τη νομική όσο και από την ιατρική σκοπιά.

Η νομική έννοια της επικινδυνότητας και η ψυχιατρική επικινδυνότητα είναι δύο διαφορετικές έννοιες. Θα μπορούσε κανείς να πει πως πολλές φορές η νομική έννοια βρίσκεται σε αντίθεση με τα πρόσφατα επιστημονικά δεδομένα και τις θεωρίες της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Λόγω αυτών των μεγάλων διαφορών στην οπτική γωνία από την οποία θεωρείται το ζήτημα, σπάνια μπορεί να δοθεί μια επιστημονική απάντηση στο νομικό ερώτημα της επικινδυνότητας, όταν δηλαδή τίθεται από τους νομικούς και αφορά την πρόβλεψη της επικινδυνότητας για ένα συγκεκριμένο άτομο. Υπάρχει λοιπόν μια εννοιολογική σύγχυση και μάταια προσπαθεί κανείς να απαντήσει σε ερωτήματα («θα διαπράξει αυτός ο άνθρωπος νέο έγκλημα;»), τα οποία στην ουσία δεν μπορούν να απαντηθούν επιστημονικά.

Η έννοια της επικινδυνότητας είναι μία έννοια με αμφίβολο δικαιοκρατικό χαρακτήρα (Αλεξιάδης 1986), που διατηρούσε ένα διακριτό, αλλά πάντως περιορισμένο ρόλο στις ποινικές νομοθεσίες. Προερχόμενη από την θετικιστική εγκληματολογία του 19ου αιώνα, που αποσκοπούσε στην αντικατάσταση των αφηρημένων νομικών εννοιών με την επιστημονική μελέτη του ανθρώπου υπό το πρίσμα της μελλοντικής του συμπεριφοράς (Νικολόπουλος 2003), καθιερώθηκε από τον Garofalo σε δύο φάσεις: αρχικά με την ιδέα της εγκληματικής ικανότητας (temibilita), ως ιδιότητας του δράστη, η οποία αναφερόταν στην ποσότητα κακού που μπορούσε να εκβάλλει ο δράστης, και στην συνέχεια με την έννοια της προσαρμοστικότητας (adaptilite), που περιλάμβανε τη διερεύνηση του βαθμού κοινωνικότητας που απέμενε στο δράστη (Αλεξιάδης 1986).

Ωστόσο, η ένταξη της επικινδυνότητας στις κλασσικές νομοθεσίες θεμελιώνεται κυρίως στη θεωρία της κοινωνικής άμυνας. Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, η επικινδυνότητα θεωρείται μία πραγματική κατάσταση, που πηγάζει από την προσωπικότητα του δράστη, ανεξάρτητα από την

βαρύτητα της εγκληματικής του πράξης, απέναντι στην οποία η κοινωνία οφείλει και νομιμοποιείται να προβάλλει τους αμυντικούς της μηχανισμούς (Νικολόπουλος 2003).

Την επικινδυνότητα του προσώπου την κατατάσσει η σύγχρονη επιστημολογική διερεύνηση στις λεγόμενες διαθετικές έννοιες προσώπων (Καϊάφα-Γκμπάντι 2001). Αυτές αποδίδουν κατά κύριο λόγο τάσεις, κλίσεις ή ικανότητες των ενεργούντων υποκειμένων. Οι διαθετικές έννοιες είναι προσεγγίσιμες μόνο μέσα από εμπειρικές ενδείξεις και δεν ορίζονται αναλυτικά, ενώ δεν υπάρχει αναγκαίος σύνδεσμος μεταξύ μιας συγκεκριμένης διάθεσης ως γενικότερης τάσης του προσώπου και της εκάστοτε συμπεριφοράς του. Δηλαδή, υπάρχει πάντοτε βάσιμη αμφιβολία για το αν αυτός στον οποίο αποδίδεται, θα ενεργήσει σύμφωνα με την καταγραφόμενη τάση του. Αν εφαρμοστεί αυτό για τον χαρακτηριζόμενο ως επικίνδυνο, η αμφιβολία αφορά το αν θα τελέσει στο μέλλον έγκλημα. Έτσι η αμφιβολία αυτή θα έπρεπε να οδηγεί σε ένα ποινικό σύστημα στην ενεργοποίηση της αρχής in dubio pro reo (Καϊάφα-Γκμπάντι 2001). Η αρχή αυτή είναι συνταγματικά κατοχυρωμένη ως έκφανση της αρχής του κράτους δικαίου.

Επιπλέον, στο μέτρο που το έγκλημα προϋποθέτει κατά το Σύνταγμα πράξη (άρθρο 7 παρ. 1 Συντ.1975), τούτο σημαίνει ότι και η ποινή που επιβάλλεται για το έγκλημα, δεν μπορεί παρά να αναφέρεται στη συγκεκριμένη τελεσθείσα πράξη και δεν μπορεί να τιμωρείται ο δυνητικός δράστης για μια πράξη που ακόμα δεν επιχείρησε ούτε καν σε επίπεδο προπαρασκευής (Καϊάφα-Γκμπάντι 2001).

Όπως δέχεται η νομολογία, η έννοια του ιδιαιτέρως επικινδύνου είναι έννοια νομική και υπόκειται στον έλεγχο του Αρείου Πάγου (ΑΠ 811/74, ΠΧρ ΚΕ/174). Δεν πρόκειται για «νοομαντεία», όπως αναφέρθηκε στη σχετική συζήτηση της Διαρκούς Επιτροπής, αλλά για διάγνωση διαθετικής έννοιας (Dispositionsbegriff), η οποία υπόκειται σε συγκεκριμένους κανόνες και έχει απασχολήσει την επιστήμη (Μυλωνόπουλος 1993). Πράγματι, η νομολογία του Αρείου Πάγου αποβλέπει σε διάφορα κριτήρια (www.hellenicparliament.gr/.../NOM_NOM_EPE_2408_HG05), όπως στη βάσιμη πιθανότητα να υποπέσει ο κατηγορούμενος στη διάπραξη νέων εγκλημάτων, στην ψυχική του ετοιμότητα, στην ανυπαρξία αντίστασης, στην κλίση και τις ροπές αυτού (ΑΠ 377/80, ΠΧρ Λ/566), στις περιστάσεις υπό τις οποίες τελέσθηκε το έγκλημα (χρόνο, τρόπο, τόπο, ιδιαίτερα τεχνάσματα, μεθοδικότητα, συστηματικότητα, διάπραξη και άλλων εγκλημάτων στο παρελθόν κλπ. ΑΠ 179/76, ΠΧ ΚΣΤ/630, ΑΠ 440/82 ΠΧ ΛΒ/942, ΑΠ 155/75 ΠΧ ΚΕ/551), στο ότι λόγω της βαρύτητας της πράξης, των συνθηκών τέλεσης της, των αιτίων που ώθησαν τον δράστη και της όλης προσωπικότητας του, υπάρχει βάσιμη πιθανότητα, ότι αυτός θα διαπράξει στο μέλλον νέα εγκλήματα και δη τέτοιας σοβαρότητας, ώστε η διατάραξη της έννομης τάξης από αυτά, να είναι σημαντική, για την κρίση δε

αυτή σκοπείται ο χρόνος εκδίκασης της πράξης, και όχι ο χρόνος τέλεσης της (ΑΠ 877/73, ΠΧρΚΔ/406, ΑΠ 100/74, ΠΧρ ΚΔ429, ΑΠ 1640/81 ΠΧρ 1 Β/752, ΑΠ 52/82 ΠΧρ ΛΒ/774).

Από τη σκοπιά της ψυχιατρικής, όλες οι συμπεριφορές είναι αποτέλεσμα πολύπλοκων αλληλεπιδράσεων μεταξύ περιβαλλοντικών παραγόντων με την προσωπικότητα και τη βιολογική κατάσταση του υποκειμένου τη δεδομένη στιγμή. Ακριβώς για αυτόν το λόγο, σύμφωνα με τον Prins (1986) « η πρόβλεψη της επικινδυνότητας είναι κάτι πολύ επικίνδυνο». Από πλευράς ασφάλειας της κοινωνίας θα έλεγε κανείς πως έχει σημασία η ελαχιστοποίηση των «εσφαλμένων αρνητικών» εκτιμήσεων (Δουζένης 2008). Ωστόσο από την πλευρά της ατομικής ελευθερίας και των δικαιωμάτων του ανθρώπου, είναι πιο σημαντική η ελαχιστοποίηση των «ψευδώς θετικών» εκτιμήσεων. Κανένας από τους ψυχιάτρους δεν μπορεί να εγγυηθεί τη μη ύπαρξη επικινδυνότητας, όχι μόνον για ασθενείς, αλλά και για τα υγιή μέλη της κοινότητας. Από την άλλη πλευρά, η πρόβλεψη ότι όλοι είναι εν δυνάμει επικίνδυνοι, ισχύει μεν αλλά δεν μπορεί να είναι χρήσιμη. Η πρόβλεψη της επικινδυνότητας μπορεί να ζητηθεί για πράξεις (εγκλήματα) ή συμπεριφορές που έχουν ήδη εκδηλωθεί τουλάχιστον για μία φορά και πρέπει να αφορά την εκτίμηση της πιθανότητας το μελετώμενο άτομο να επαναλάβει την ίδια ή ανάλογης βαρύτητας εγκληματική δραστηριότητα.

Ο ψυχίατρος στην εκτίμηση και πρόβλεψη της επικινδυνότητας χρησιμοποιεί αναγνωρισμένα εργαλεία εκτίμησης και λαμβάνει υπόψη του μια σειρά από παράγοντες που είναι γνωστό πως σχετίζονται με αυξημένη επικινδυνότητα. Ωστόσο τονίζεται πως είναι αδύνατη η ασφαλής πρόβλεψη ενός νέου αδικήματος από έναν ψυχικά πάσχοντα, όπως και για τον γενικό πληθυσμό.

Οι παράγοντες που λαμβάνονται υπόψη στην εκτίμηση της επικινδυνότητας είναι (Δουζένης 2008):

- Ιδιοσυγκρασιακοί (προκύπτουν από τη γενική γνώση για τα βίαια εγκλήματα όπως ηλικία, φύλο, κοινωνικο-οικονομικό υπόβαθρο, φυλή, δείκτης νοημοσύνης),
- Παράγοντες από το ιστορικό (παραμέληση από γονείς, πρώιμες απώλειες, κακοποίηση, ιστορικό ΚΕΚ, ανεργία, προηγούμενο ιστορικό παραβατικότητας, προηγούμενη βίαιη συμπεριφορά, αυτοκαταστροφικότητα)
- Συναφείς παράγοντες (το να ζει μόνος, χωρίς κοινωνική υποστήριξη, ύπαρξη αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας,)
- Κατάχρηση ουσιών (ανάλογα με την ουσία, την τοξίκωση ή τη στέρηση, σε συνδυασμό με διαταραχή προσωπικότητας)
- Κοινωνιολογικοί παράγοντες (η κουλτούρα της βίας μέσα σε ομάδες).

Η βίαιη και αλλοπρόσαλλη συμπεριφορά έχει χαρακτηρισθεί από την κοινή γνώμη ως απόδειξη ψυχικής διαταραχής, συμβάλλοντας σημαντικά στον στιγματισμό των ψυχικών διαταραχών και

ειδικότερα στο στιγματισμό των ατόμων με σχιζοφρένεια. Από την ψυχιατροδικαστική εμπειρία η ψύχωση έχει χαμηλή συσχέτιση με την επιθετική συμπεριφορά, αν και η συμμετοχή της στην αύξηση της επικινδυνότητας για ορισμένα άτομα είναι αδιαμφισβήτητη. Μπορεί να παρατηρηθεί αύξηση της επικινδυνότητας στις ακόλουθες περιπτώσεις (Δουζένης 2008):

- Οξεία φάση ψύχωσης χωρίς ψυχιατρική παρέμβαση στο πρώτο επεισόδιο ή ψυχωτική υποτροπή, συνήθως λόγω διακοπής φαρμακευτικής αγωγής, αυξάνει την αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και την επιθετικότητα. Υπάρχει στη βιβλιογραφία σαφής συσχετισμός ανάμεσα στον χρόνο διακοπής ή στον χρόνο μη θεραπευόμενης ψύχωσης (DUP- Duration of Untreated Psychosis) και την εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς. Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο και με την ψυχιατρική εμπειρία, σύμφωνα με την οποία, οι βαρύτερες υποτροπές σχετίζονται με μεγαλύτερο χρόνο διακοπής της αγωγής, αλλά και οι βαρύτερες υποτροπές συνεπάγονται πιο αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και κατά συνέπεια αυξημένες πιθανότητες βίαιης συμπεριφοράς.
- Παρουσία παρανοϊκού παραληρήματος σε σχέση με άλλα παραληρήματα
- Διατακτικές (εντέλλουσες) ακουστικές ψευδαισθήσεις, που όμως στην κλινική πρακτική δεν είναι τόσο συνηθισμένες
- Αντικοινωνική και μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας.

Η κλινική εικόνα βέβαια του ασθενούς με σχιζοφρένεια δύσκολα συνδέεται με την εγκληματικότητα στη λογική του ειδικού ψυχιάτρου. Οι ασθενείς αυτοί στην πραγματικότητα παρουσιάζουν γνωστική, κοινωνική και λειτουργική έκπτωση, έχουν ανάγκη θεραπείας, προστασίας και αρωγής για την καθημερινή τους διαβίωση.

Α. 2 Προηγούμενες έρευνες σχετικά με την εγκληματικότητα στις ψυχώσεις

Α. 2.1 Συσχέτιση μεταξύ της ψύχωσης και της διάπραξης αδικήματος

Δεδομένα από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας αναφέρουν σύνδεση στη συνείδηση της κοινής γνώμης της ψυχιατρικής νόσου και δη της σχιζοφρένειας με παραβατική συμπεριφορά και αυξημένο βαθμό επικινδυνότητας. Ωστόσο οι μελέτες που έχουν δημοσιευτεί φαίνεται πως έχουν αντιφατικά αποτελέσματα. Έτσι αυτές που έχουν διεξαχθεί πριν το 1990 συστηματικά αποδεικνύουν πως οι ασθενείς με σοβαρή ψυχιατρική νόσο, όπως η σχιζοφρένεια, δεν είχαν περισσότερες πιθανότητες από τον γενικό πληθυσμό να διαπράξουν βίαια αδικήματα. Πιο πρόσφατες μελέτες όμως αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά βίας σε ψυχιατρικούς ασθενείς ή/και εξαρτημένους (Hodgkins 1992, Tiihonen et al 1997, Arseneault et al 2000, Brennan et al 2000, Wallace et al 2004). Αλλά και το 1998 σε μελέτη που χρησιμοποίησε τα δεδομένα από 1.136 άνδρες και γυναίκες με ψυχική νόσο και

νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική και τους συνέκρινε με 519 άτομα χωρίς ψυχιατρική νοσηλεία που διέμεναν στην ίδια περιοχή, τα αποτελέσματα δεν ανέδειξαν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά τη βία. Ωστόσο, η χρήση ουσιών αύξανε τα ποσοστά βίας και στις δύο ομάδες (Steadman et al 1998). Το εύρημα αυτό ως προς τη χρήση ουσιών και την αύξηση της παραβατικότητας επιβεβαιώθηκε και από μετέπειτα μελέτες (Fazel 2010).

Πιο πρόσφατη μελέτη που χρησιμοποίησε τα δεδομένα της MacArthur Study βρήκε πως 2% των ατόμων που εξήλθαν από ψυχιατρικές κλινικές διέπραξαν αδίκημα χρησιμοποιώντας πυροβόλο όπλο, ενώ 6% ήταν βίαιοι σε αγνώστους και 1% χρησιμοποίησαν όπλο εναντίον αγνώστου (Steadman, Monahan, Pinals, Vesselinov & Robbins 2015). Άλλη μελέτη στη Σουηδία εξέτασε 98.082 ασθενείς που εξήλθαν από ψυχιατρικές κλινικές διαγνωσμένοι με σοβαρή ψυχιατρική νόσο (ψύχωση, διπολική διαταραχή, ψυχωτική κατάθλιψη) μεταξύ 1988 και 2000 προκειμένου να αξιολογήσει την επίδραση της νόσου στη διάπραξη βίαιου εγκλήματος (Fazel & Grann 2006). Στο χρονικό αυτό διάστημα 6.6% των ασθενών καταδικάστηκαν για κάποιο βίαιο αδίκημα σε σύγκριση με το 1.8% του γενικού πληθυσμού. Οι συγγραφείς καταλήγουν πως οι ψυχιατρικοί ασθενείς διαπράττουν 1 στα 20 βίαια αδίκημα. Επιπλέον οι James & Glaze (2006) διαπίστωσαν σχετικά με το βίαιο έγκλημα σε πληθυσμό φυλακισμένων ότι 61% των φυλακισμένων με ψυχιατρική νόσο είχαν ιστορικό προηγούμενου αδικήματος, ενώ μόνον 56% αυτών χωρίς ψυχιατρικό ιστορικό είχαν προηγουμένως διαπράξει άλλο αδίκημα.

Οι Wallace et al (2004) στην Αυστραλία διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ της εγκληματικότητας και της σχιζοφρένειας σε ένα δείγμα 2.861 ατόμων σε μία περίοδο 25 ετών (Wallace, Mulleen, & Burgess 2004). Ένα κλινικό δείγμα από άτομα με σχιζοφρένεια συγκρίθηκε με δείγμα από τον γενικό πληθυσμό, με παρόμοια χαρακτηριστικά όσον αφορά την ηλικία, το φύλο και τον τόπο κατοικίας. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια ήταν σημαντικά πιθανότερο να καταδικαστούν για κάποιο αδίκημα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Αυτή η σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε τόσο σε άντρες (31,3% αυτών με σχιζοφρένεια vs. 11,7% του γενικού πληθυσμού) όσο και σε γυναίκες (7,7% vs. 2,2%, αντιστοίχως). Επιπλέον οι άνδρες με σχιζοφρένεια είχαν σημαντικά μεγαλύτερο μέσο όρο καταδικών συγκρινόμενοι με τον γενικό πληθυσμό. Συγκεκριμένα, ο μέσος όρος για καταδίκες στους σχιζοφρενείς ήταν 15,4, ενώ στο γκρουπ του γενικού πληθυσμού ήταν 5,3. Η διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες δεν ήταν σημαντική όσον αφορά τον γυναικείο πληθυσμό. Όσον αφορά τον τύπο του αδικήματος, η συνολική συχνότητα βίαιου αδικήματος ήταν σημαντικά αυξημένη στους ασθενείς με σχιζοφρένεια (8,2% συνολικά, 13% για τους άνδρες και 1,4% για τις γυναίκες) σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (1,8% , 2,9% , 0,3% αντιστοίχως). Το εύρημα αυτό παρέμενε ίδιο και στα αδικήματα κατά της περιουσίας, (ασθενείς με σχιζοφρένεια: 14,5% συνολικά, 20,7% για τους

άνδρες, 5,6% για τις γυναίκες/ γενικός πληθυσμός: 4,4% συνολικά, 6,2% για τους άνδρες, 1,9% για τις γυναίκες), αδικήματα σχετιζόμενα με χρήση ουσιών (ασθενείς με σχιζοφρένεια: 9,4% συνολικά/ δείγμα γενικού πληθυσμού: 2,3% συνολικά), και σεξουαλικά αδικήματα (άνδρες με σχιζοφρένεια: 1,8%/ άνδρες στον γενικό πληθυσμό: 0,7%).

Οι Arseneault et al (2000) και Brennan et al (2000) επιπλέον έχουν δείξει ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο (σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό) να διαπράξουν μη βίαια αδικήματα, και ακόμη μεγαλύτερο κίνδυνο να διαπράξουν βίαια αδικήματα, αλλά και ανθρωποκτονία (Erb et al 2001). Αυτή η συσχέτιση μεταξύ της σχιζοφρένειας και της βίαιης παραβατικότητας είναι ισχυρή. Έχει παρατηρηθεί από διαφορετικές ερευνητικές ομάδες με δείγματα από χώρες με διαφορετικές κουλτούρες, διαφορετικά συστήματα υγείας και δικαιοσύνης, και οι οποίες μέτρησαν τη συσχέτιση αυτή χρησιμοποιώντας διαφορετικό σχεδιασμό στις μελέτες τους.

Το ποσοστό αυτών που εμφανίζουν ή θα αναπτύξουν σχιζοφρένεια και καταδικάζονται για εγκλήματα ποικίλλει από χώρα σε χώρα και ακολουθεί, αλλά υπερβαίνει το ποσοστό των εγκληματιών στον γενικό πληθυσμό (Hodgins & Janson 2002). Βέβαια ο Robertson ήδη από το 1988 είχε καταλήξει πως μια υποομάδα ασθενών με σοβαρά ψυχιατρικά νοσήματα παραμένουν στη σκηνή του εγκλήματος και κάποιοι ακόμη ειδοποιούν τις αρχές, εύρημα που συμφωνούσε με την παραδοσιακή αντίληψη από την κλινική πρακτική και υποδήλωνε πως ενδεχομένως οι ψυχιατρικοί ασθενείς συλλαμβάνονται συχνότερα μετά από τη διάπραξη ενός αδικήματος σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.

Σε χώρες με υψηλά ποσοστά εγκληματικότητας αναλογικά περισσότερα άτομα με σχιζοφρένεια καταδικάζονται για βίαια αδικήματα σε σχέση με χώρες με χαμηλότερα ποσοστά εγκληματικότητας. Η παρατήρηση αυτή συνηγορεί υπέρ της υπόθεσης ότι τουλάχιστον κάποιοι από τους παράγοντες που σχετίζονται με την εγκληματικότητα στον γενικό πληθυσμό επηρεάζουν και την εγκληματικότητα στους σχιζοφρενείς. Το ποσοστό των ασθενών με σχιζοφρένεια που καταδικάζονται για βίαια αδικήματα ποικίλλει όχι μόνο ανάλογα με τη χώρα μελέτης, αλλά και με τη χρονική περίοδο, αντανακλώντας αλλαγές στην πολιτική που ακολουθείται σχετικά με την εκτροπή των ασθενών αυτών από το δικαστικό στο σύστημα υγείας.

Τα περισσότερα αδικήματα που διαπράττονται από ασθενείς αφορούν επιθέσεις, ενώ οι ανθρωποκτονίες, που έλκουν το ενδιαφέρον των μέσων μαζικής ενημέρωσης και υπερπροβάλλονται στο κοινό, είναι σπάνιες. Σε μερικές χώρες όλοι οι πολίτες που κατηγορούνται για ανθρωποκτονία αξιολογούνται ψυχιατρικά πριν τη δίκη. Αυτές οι αξιολογήσεις χρησιμοποιούνται στην εκτίμηση του ποσοστού των ανθρωποκτονιών που διαπράττονται από σχιζοφρενείς. Οι εκτιμήσεις αυτές κυμαίνονται από 6 έως 28%, υποδηλώνοντας σημαντική διακύμανση από χώρα σε χώρα, αλλά και

μέσα στην ίδια χώρα την ίδια περίοδο (Erb et al 2001). Δεδομένου ότι ο αριθμός των ανθρωποκτονιών ποικίλλει σημαντικά από χώρα σε χώρα, ενώ η επικράτηση της σχιζοφρένειας είναι σταθερή περίπου 1%, ο αριθμός των ασθενών με σχιζοφρένεια που βιαιοπραγούν ποικίλλει μεταξύ των χωρών. Άρα το ποσοστό των σχιζοφρενών που διαπράττουν βίαια αδικήματα ποικίλλει, αλλά παραμένει πάντοτε υψηλότερο από τον γενικό πληθυσμό.

Όσον αφορά τα στατιστικά δεδομένα της εγκληματικότητας στην ψύχωση θα μπορούσε κανείς να υπογραμμίσει τα εξής (Δουζένης 2011):

- Σε διάστημα ενός έτους 1 στους 3000 άνδρες με σχιζοφρένεια και 1 στις 33000 γυναίκες με σχιζοφρένεια θα εμφανίσουν ανθρωποκτονική συμπεριφορά
- 99.8% των ασθενών με σχιζοφρένεια δεν θα εμπλακούν σε παραπτωματικές πράξεις.
- Λιγότερο από 10% της συνολικής βίας αποδίδεται στη σχιζοφρένεια
- Είναι πολύ πιθανό οι ψυχίατροι να μην έχουν ποτέ την ευκαιρία να εξετάσουν ασθενή με σχιζοφρένεια που να είναι δράστης ανθρωποκτονίας ή σοβαρής βιαιοπραγίας
- Ενώ το 10% περίπου των καταδικασθέντων για ανθρωποκτονία μπορεί να νοσούν από σχιζοφρένεια, ο ετήσιος κίνδυνος να διαπράξει ένα άτομο με σχιζοφρένεια ανθρωποκτονία είναι 1:10.000, ενώ ο κίνδυνος να καταδικασθεί για βίαιη συμπεριφορά είναι 1:150. Χρειάζεται λοιπόν ένας ψυχίατρος να εξετάσει περί τους 10.000 σχιζοφρενείς για να συναντήσει έναν σχιζοφρενή δολοφόνο.

Αν και οι βίαιες συμπεριφορές δεν είναι συνηθισμένες γενικότερα μεταξύ των ψυχιατρικών ασθενών, μπορεί να έχουν υψηλό κόστος για την ανθρώπινη ζωή και την κοινωνία. Το γεγονός αυτό επηρεάζει και τις αποφάσεις που καλούνται να λάβουν οι λειτουργοί ψυχικής υγείας στην αναγνώριση και αντιμετώπιση των ψυχικά πασχόντων (Walsh & Fahy 2002, Clark & Rowe 2006).

Α. 2.2 Παράγοντες κινδύνου που ενοχοποιήθηκαν για την εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς

Κομβικό σημείο στη βελτίωση και ανάπτυξη αποτελεσματικών μοντέλων θεραπείας αποτελεί η δημιουργία διαδικασιών προς αναγνώριση των καταστάσεων στις οποίες μπορεί ένας ασθενής να ζήσει με τον λιγότερο κίνδυνο για εγκληματική ή βίαιη συμπεριφορά. Η γνώση της αιτιολογίας (μίας ή πολλαπλών) της αντικοινωνικής και επιθετικής συμπεριφοράς από ψυχικά πάσχοντες θα ευοδώσει την πρωτογενή πρόληψη, αλλά και θα εντοπίσει υποομάδες ασθενών με διαφορετικές ανάγκες, αυξάνοντας τελικά την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων με πιο εξατομικευμένη και εξειδικευμένη προσέγγιση (Hodgins 2001).

Το κλείσιμο των μεγάλων ασύλων και η ανεπάρκεια ή η ακαταλληλότητα της παρεχόμενης φροντίδας

στους ασθενείς με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές οδήγησε πολλούς από αυτούς να ζουν με τις πατρικές τους οικογένειες. Ωστόσο, όπως περιγράφεται στο έργο των Estroff, Swanson, Lachicotte, Swartz & Bolduc (1998), οι ψυχικά πάσχοντες είναι συχνά θύματα κακοποίησης και εχθρικότητας από μέλη της οικογένειας από τα οποία εξαρτώνται, τα οποία είναι και τα συνήθη θύματα των επιθέσεων τους. Το γεγονός αυτό δεν προκαλεί έκπληξη, καθώς είναι γνωστή η αδυναμία των σχιζοφρενών να αντέχουν συναισθηματικά φορτισμένες σχέσεις, όπως με τα μέλη της οικογένειας τους (Miklowitz 1994). Άλλωστε οι περισσότεροι ενήλικοι στις δυτικές κοινωνίες το βρίσκουν πολύ δύσκολο να συγκατοικούν με τους γονείς τους. Οι ψυχιατρικοί ασθενείς ωστόσο αναγκάζονται συχνά να ζουν με την πατρική τους οικογένεια. Πολλοί από αυτούς όμως δυσκολεύονται σημαντικά στο οικογενειακό περιβάλλον και καταφεύγουν σε επιθετική συμπεριφορά για να επιλύσουν συγκρούσεις. Άλλοι μπορεί να ζουν σε περιβάλλοντα που ενισχύουν ή συμβάλλουν στην αντικοινωνική ή επιθετική συμπεριφορά τους (Hodgins, Cyr, Gaston, & Viens 1988).

Έχει υπάρξει πολλή συζήτηση σχετικά με τους αιτιολογικούς παράγοντες που οδηγούν τους ασθενείς με σχιζοφρένεια στη βίαιη συμπεριφορά. Μερικοί υποστηρίζουν ότι είναι οι συννοσηρές καταστάσεις, όπως χρήση ουσιών και αλκοόλ που δημιουργούν αυτόν τον συσχετισμό (Fazel 2009), ενώ άλλοι υποστηρίζουν πως η ύπαρξη ενεργού συμπτωματολογίας, κυρίως παραληρητικών ιδεών (Swanson 2006), παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο. Ο Keers (2014) υποστήριξε αυτή την τελευταία υπόθεση, υποδηλώνοντας ότι αν η σχιζοφρένεια δεν αντιμετωπιστεί, σχετίζεται με την εμφάνιση και επιμονή παραληρητικών ιδεών δίωξης, που με τη σειρά τους αυξάνουν την πιθανότητα για βίαιη συμπεριφορά.

Σε πολύ πρόσφατη μελέτη οι Sariaslan, Lichtenstein, Larsson & Fazel (2016) αναζήτησαν τους παράγοντες που μπορεί να πυροδοτήσουν τη διάπραξη βίαιων αδικημάτων σε ψυχωτικούς ασθενείς σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (χωρίς ψυχιατρική διαταραχή). Σημαντικός παράγοντας αποδείχθηκε η έκθεση σε βία, ενώ επίσης αναδείχθηκε ως επιπλέον παράγων το πένθος γονιού για τους σχιζοφρενείς, αλλά όχι για την ομάδα ελέγχου. Χρειάζεται λοιπόν να δίνεται σημασία στον χρόνο της εκτίμησης της επικινδυνότητας για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της.

Η Hodgins (2010) εκτίμησε με σταθμισμένα και αξιόπιστα εργαλεία 251 ενήλικες με σχιζοφρένεια που διαβιούσαν στην κοινότητα. Διαπιστώθηκε πως η επιθετική συμπεριφορά σχετιζόταν θετικά και στατιστικώς σημαντικά με διαταραχή διαγωγής στην παιδική ηλικία, σύγχρονη χρήση ουσιών, θετική και καταθλιπτική συμπτωματολογία καθώς και threat-control-override συμπτωματολογία (TCO δηλ. η τάση κάποιου να υπερεκτιμά την πιθανότητα κάποιος εξωτερικός παράγων να τον βλάψει ή να μπορεί να ελέγξει την συμπεριφορά του). 16% αυτών με 2-3 θετικά συμπτώματα είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά στους προηγούμενους 6 μήνες, ενώ το ποσοστό αυτό έφτανε το 28,4% στους

ασθενείς με περισσότερα από τρία θετικά συμπτώματα.

To Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC) στην Ελβετία εισήγαγε 786 ασθενείς με πρώιμη ψύχωση τη χρονική περίοδο 1998-2000. Οι ασθενείς με ιστορικό παραβατικής συμπεριφοράς (29% του δείγματος) ήταν πιθανότερο να είναι άνδρες με χαμηλή προνοσηρή λειτουργικότητα και εκπαίδευση, να έκαναν χρήση παράνομων ουσιών και να είχαν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν. Κυρίως όμως είχαν μεγαλύτερο χρόνο μη θεραπευόμενης ψύχωσης. Οι συγγραφείς καταλήγουν πως είναι κρίσιμης σημασίας η ανίχνευση και ο εντοπισμός των ασθενών με πρώιμη ψύχωση μεταξύ των παραβατών και πως η μείωση του χρόνου μη θεραπευόμενης ψύχωσης μπορεί να είναι μεγάλης σημασίας (Amminger et al 2011).

Παράγοντες όπως το ανδρικό φύλο, η νεαρή σχετικά ηλικία, η κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και το προηγούμενο ιστορικό έτερο- ή αυτο- καταστροφικής συμπεριφοράς έχουν ταυτοποιηθεί ως δείκτες υψηλής επικινδυνότητας και οφείλουν να συνυπολογίζονται (Amore et al 2008, Large et al 2011). Οι Fazel et al (2010) υποδεικνύουν πως κλινικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη διάπραξη ανθρωποκτονίας μέσα σε έξι μήνες από το εξιτήριο είναι η ύπαρξη σοβαρής ψυχιατρικής νόσου το έτος προ της εισαγωγής, η κατάχρηση ουσιών, προηγούμενη νοσηλεία για επιθετική συμπεριφορά και κακή συμμόρφωση στην προτεινόμενη θεραπεία. Είναι φανερή η ανάγκη συνεχιζόμενης ψυχιατρικής παρακολούθησης και η εξασφάλιση καλής συμμόρφωσης μετά το εξιτήριο για την αποτροπή βίαιων εγκλημάτων ιδιαίτερα για εκείνους τους ασθενείς με ιστορικό προηγούμενης εγκληματικότητας (Golenkov et al 2013).

Οι Langeveld et al (2014) συνέκριναν την εκδήλωση βίας σε ομάδα ασθενών πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου (N=155) που παρακολούθησαν για 10 χρόνια, στην αρχή και στο τέλος της περιόδου παρακολούθησης. Ένα υψηλό ποσοστό ασθενών φυλακίστηκαν ή συνελήφθησαν στο διάστημα αυτής της δεκαετίας (20% σε σχέση με 1,6% του γενικού πληθυσμού). Παρόλα αυτά το ποσοστό αυτό, ενώ ήταν 10% στην αρχική φάση, μειώθηκε σε μικρότερο του 2% στο τέλος, υποδεικνύοντας πως όταν οι ασθενείς λαμβάνουν θεραπεία, ο κίνδυνος για εγκληματικότητα από τους ψυχωτικούς ασθενείς σταδιακά μειώνεται στα επίπεδα που χαρακτηρίζουν τον γενικό πληθυσμό. Η εκδήλωση βίας στην επανεξέταση σχετιζόταν με την ύπαρξη θετικής συμπτωματολογίας, γνωστικών ελλειμάτων και παρορμητικότητας, καθώς και χρήσης ουσιών, χωρίς οι βίαιοι ασθενείς να έχουν λάβει λιγότερη θεραπεία. Ωστόσο, το 25% των ασθενών σε αυτή την υποομάδα δεν λάμβαναν αντιψυχωτική αγωγή στο follow-up, και μόνον ένα μικρό ποσοστό λάμβανε κλοζαπίνη. Επίσης η συννοσηρότητα με διαταραχή χρήσης ουσιών παρέμενε σημαντικός παράγοντας κινδύνου για εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς ακόμη και πολύ μετά την έναρξη της θεραπείας.

Οι Fazel et al (2018) επίσης παρουσίασαν μια επισκόπηση των παραγόντων κινδύνου για διαπροσωπική βία από 22 μετα-αναλύσεις που βασίζονταν σε πάνω από 120.000 άτομα. Κατέληξαν πως με βάση τον σχετικό κίνδυνο, οι ισχυρότεροι παράγοντες κινδύνου ήταν τυπικά στον νευροψυχιατρικό τομέα. Διαπίστωσαν επίσης αλληλοεπικάλυψη με παράγοντες που είχαν την ισχυρότερη σχετική επίδραση, με τη χρήση ουσιών, τη σχιζοφρένεια και τις διαταραχές προσωπικότητας. Τα ευρήματά αυτά προκαλούν την τρέχουσα άποψη της εγκληματολογίας ως τομέα που φαίνεται να μην αναγνωρίζει την ψυχική διαταραχή στη διερεύνηση της αιτιολογίας του βίαιου εγκλήματος (Farrington et al 2003).

Α. 2.2.1 Ο ρόλος της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών στην εγκληματικότητα

Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν πως υπάρχει μια μέτρια (modest) αλλά σταθερή συσχέτιση μεταξύ της ψύχωσης και της διάπραξης βίαιου αδικήματος (Arseneault et al 2000, Fazel et al 2009a, Wallace et al 2004) και ότι τα ποσοστά βίας είναι ιδιαίτερα υψηλά στους ασθενείς με σχιζοφρένεια και χρήση ουσιών (Fazel et al 2009b, Swanson et al 2006, Elbogen & Johnson 2009).

Πιο συγκεκριμένα οι Elbogen & Johnson (2009) προκειμένου να διερευνήσουν τη σχέση της σοβαρής ψυχιατρικής νόσου με την εκδήλωση βίας στις ΗΠΑ χρησιμοποίησαν τα δεδομένα της National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) που διενεργήθηκε από το National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Εκτιμήθηκαν οι συνεντεύξεις από 34. 653 άτομα σε δύο κύματα: Στο πρώτο κύμα (2001-2003) συλλέχθηκαν στοιχεία για μείζονες ψυχιατρικές παθήσεις και στο δεύτερο κύμα (2004-2005) για βίαιη συμπεριφορά. Μετά την στατιστική επεξεργασία αναδείχθηκε ότι η επίπτωση βίας ήταν υψηλότερη στους ασθενείς, αλλά αυτή η διαφορά ήταν στατιστικώς σημαντική μόνον όταν συνυπήρχε κατάχρηση ουσιών ή/και εξάρτηση. Οι συγγραφείς επίσης βρήκαν πως η μείζονα ψυχιατρική πάθηση δεν μπορεί να οδηγήσει σε πρόβλεψη για μελλοντική βία. Αντιθέτως, χρειαζόταν να συνυπολογιστούν στοιχεία από το ιστορικό (προηγούμενη εκδήλωση βίας, παραβατικότητα πριν την ενηλικίωση κλπ.), κλινικοί παράγοντες (χρήση, να βιώνει απειλή), και κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες (φύλο, ηλικία, εισόδημα, διαζύγιο, ανεργία, θυματοποίηση).

Χρειάζεται επομένως να διερευνηθεί ιδιαιτέρως ο ρόλος της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών, καθώς έχει ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση επιθετικής συμπεριφοράς. Σε πρόσφατη σουηδική μελέτη (Fazel 2009a) βρέθηκε πως η συσχέτιση μεταξύ σχιζοφρένειας και εγκλήματος είναι μικρή (minimal), εκτός αν υπάρχει συννοσηρότητα με χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.

Ειδικότερα, οι Fazel S et al (2009b) ανασκόπησαν τη βιβλιογραφία από το 1970 ως τον Φεβρουάριο 2009 σχετικά με τον κίνδυνο διαπροσωπικής βίας ή/και βίαιου αδικήματος σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και άλλες διαταραχές του ψυχωτικού φάσματος σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Συμπεριλήφθηκαν 20 μελέτες με δεδομένα για 18.423 ψυχωτικούς. Στους άνδρες ο σχετικός κίνδυνος διαπροσωπικής βίας ή/και βίαιου αδικήματος συγκρίνοντας τις δυο ομάδες υπολογίστηκε 4,7, ο οποίος μειώθηκε στο 3,8 διορθώνοντας για κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες. Δηλαδή, ένας ασθενής με σχιζοφρένεια έχει 4 με 5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσει βία σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Στις γυναίκες ο αντίστοιχος σχετικός κίνδυνος ήταν 8,2, δηλαδή μία γυναίκα με σχιζοφρένεια έχει 8 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσει βία σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Η επίδραση της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών στον σχετικό κίνδυνο χωρίς συννοσηρότητα ήταν 2,1 (95% CI 1.7–2.7), και 8,9 (95% CI 5.4–14.7) με συννοσηρότητα (p<0.001). Η εκτίμηση του κινδύνου για βία σε άτομα με χρήση, αλλά χωρίς ψύχωση, ήταν παρόμοια με τον κίνδυνο σε ασθενείς με ψύχωση και συννοσηρότητα με χρήση, και πάντως υψηλότερη σε σύγκριση με τους ασθενείς με ψύχωση ανεξάρτητα από άλλη συννοσηρότητα. Τέλος, αν και οι ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι 20 φορές πιθανότερο να διαπράξουν ανθρωποκτονία σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, μόνον 1 σχιζοφρενής στους 300 σκοτώνει κάποιον, ποσοστό παρόμοιο με αυτό που παρατηρείται στα άτομα με χρήση. Το εύρημα αυτό θέτει ερωτήματα για την εκτίμηση της επικινδυνότητας των ψυχιατρικών ασθενών, βάζοντας στο επίκεντρο την αντιμετώπιση της χρήσης, όπου υπάρχει συννοσηρότητα.

Οι Cappai et al (2013) αναζήτησαν τη χρήση ουσιών σε ασθενείς νοσηλευόμενους σε υψηλής ασφάλειας νοσοκομειακή μονάδα με διαταραχή προσωπικότητας σε σύγκριση με αυτούς που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Ξεκίνησαν την έρευνα με την παραδοχή πως στους παραβατικούς ψυχιατρικούς ασθενείς υπάρχει συχνά χρήση ουσιών, η οποία συνδέεται με βίαιη και εγκληματική συμπεριφορά. Έτσι, κατέγραψαν τα δεδομένα σχετικά με τη χρήση ουσιών για 230 ασθενείς με τη χρήση ερωτηματολογίου σε χρονικό διάστημα 10 μηνών. Διαπίστωσαν ιστορικό χρήσης στο 88,6% του δείγματος, με το αλκοόλ και την κάνναβη να αποτελούν τις πιο συνηθισμένες ουσίες. Στα 2/3 των ασθενών η χρήση συνδεόταν με την εμφάνιση των ψυχιατρικών προβλημάτων, καθώς και την επιδείνωσή τους, οδηγώντας στην εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς. Οι ασθενείς με μείζονα ψυχιατρική πάθηση ήταν πιθανότερο να έχουν ιστορικό χρήσης σε σχέση με την διαταραχή προσωπικότητας (93,3% σε σύγκριση με 81,9%) και ήταν πιο πιθανό να χρειάζονται θεραπεία για τη χρήση (64,3% vs 36,8%). Σε αυτή την ομάδα ασθενών με ψυχική νόσο ήταν επίσης πιθανότερο η χρήση να σχετίζεται με βία και με το αρχικό αδίκημα (74,3% σε σύγκριση με 59,0% στην ομάδα με

διαταραχή προσωπικότητας). Οι συγγραφείς καταλήγουν τονίζοντας την χρήση ουσιών ως σημαντικό παράγοντα στην εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς στους ασθενείς με μείζονες ψυχιατρικές παθήσεις.

Οι Wallace et al 2004 στην Αυστραλία διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ της εγκληματικότητας και της σχιζοφρένειας σε ένα δείγμα 2.861 ατόμων σε μία περίοδο 25 ετών (Wallace, Mulleen, & Burgess 2004). Όσον αφορά τη χρήση, 11,4% των ασθενών με σχιζοφρένεια είχαν συννοσηρότητα με διαταραχή χρήσης ουσιών και υπήρχε σημαντική σχέση μεταξύ της χρήσης και της καταδίκης για αδίκημα (68,1% αυτών με χρήση vs. 11,7% αυτών χωρίς). Οι ασθενείς με χρήση ήταν επίσης πιθανότερο να καταδικαστούν για βίαιο αδίκημα σε σχέση με αυτούς χωρίς χρήση (26,1% vs 4,4%).

Οι Grann & Fazel (2004) μελέτησαν μεταξύ των ετών 1988-2000 127.789 άτομα (1,9% του πληθυσμού) που έλαβαν εξιτήριο από νοσοκομείο με διάγνωση κατάχρηση ουσιών (μέση ηλικία κατά την πρώτη εισαγωγή 49,1 έτη, Τ.Α. 16,4 έτη, 28.4% γυναίκες) και διέπραξαν 80.215 βίαια αδικήματα. Βρήκαν πως 16% όλων των βίαιων εγκλημάτων στη Σουηδία μεταξύ 1988 και 2000 διαπράχθηκαν από άτομα που είχαν νοσηλευτεί με τελική διάγνωση εξιτηρίου διαταραχή χρήσης αλκοόλ, και πάνω από το ένα δέκατο όλων των βίαιων εγκλημάτων διαπράχθηκε από ασθενείς διαγνωσμένους με κατάχρηση ουσιών. Οι συγγραφείς σχολιάζουν την αναγκαιότητα θεραπειών στοχευμένων στην αντιμετώπιση κατάχρησης αλκοόλ και ουσιών, με απώτερο στόχο τη μείωση της εγκληματικότητας.

Α. 2.2.2 Ο ρόλος των παραληρητικών ιδεών στην εγκληματικότητα

Έχει πλέον καταδειχθεί η ισχυρή συσχέτιση μεταξύ θετικής συμπτωματολογίας και βίαιης συμπεριφοράς, τονίζοντας την ανάγκη έγκαιρης διάγνωσης και παρέμβασης. Στην πλειοψηφία οι ψυχιατρικοί ασθενείς διαπράττουν την ανθρωποκτονία πάσχοντας από σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου υπό το κράτος παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων. Ορισμένοι υποστηρίζουν πως η ανθρωποκτονική συμπεριφορά συνδέεται με προοδευτική μεταβολή στον τρόπο που οι ασθενείς βιώνουν τον παραληρητικό τους ιδεασμό, κατά τον προηγούμενο του αδικήματος μήνα (Διαούρτα-Τσιτουρίδη 2008). Εντυπωσιάζει βεβαίως η βιαιότητα των εγκλημάτων (η Τσαλίκογλου το ονομάζει υπερφονικότητα, στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται ως overkill) που οφείλεται στην έντονη συγκινησιακή φόρτιση, την εναγώνια προσπάθεια του δράστη να γλιτώσει από τον «διώκτη», τον «εξολοθρευτή», τον «βρικόλακα», τον «δαίμονα» που αντιμετωπίζει. Ειδικά οι μητροκτόνοι χρησιμοποιούν ποικίλα φονικά όργανα και μεθόδους και διαπράττουν εξαιρετικά βίαια αδικήματα, γεγονός που υπογραμμίζει τη μεγάλη παλινδρόμηση και αποδιοργάνωση αυτής της κατηγορίας των ασθενών (Τσαλίκογλου 2007).

Αρκετές μελέτες (Link et al 1994,1998,1999, Swanson et al 1996,1997) έχουν προτείνει ότι ένα συγκεκριμένο είδος παραληρητικών ιδεών (δίωξης και επίδρασης-ελέγχου) αποτελούν έναν σημαντικό παράγοντα κινδύνου για εκδήλωση βίας στο γενικό πληθυσμό και σε διάφορες ομάδες ασθενών. Οι Appelbaum et al (2000) δεν βρήκαν αυτή τη συσχέτιση, τουλάχιστον όσον αφορά ασθενείς με πρόσφατο εξιτήριο από τμήμα οξέων περιστατικών χρησιμοποιώντας τα δεδομένα της MacArthur Violence Risk Assessment Study. Πρόσφατες μελέτες που συσχετίζουν την ύπαρξη σοβαρής ψυχιατρικής διαταραχής και βίας (Van Dorn 2012) δίνουν έμφαση στην ύπαρξη παραληρητικών ιδεών δίωξης απειλητικού περιεχομένου ως αιτιολογικούς παράγοντες.

Οι Coid et al (2013) μελέτησαν 458 ασθενείς στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο στο Λονδίνο και έλαβαν πληροφορίες σχετικά με την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς, όταν παρουσίαζαν ψυχωτικά συμπτώματα το χρονικό διάστημα 12 μηνών προ της συνέντευξης. Ο επιπολασμός της βίας ήταν 38% στους 12 μήνες και 12% του δείγματος εκδήλωσε σοβαρή βία. Εντόπισαν τρεις συχνές παραληρητικές ιδέες ασθενών που σχετίζονταν με σοβαρή βία: ιδέες ότι τον καταδιώκουν, ιδέες ότι τον παρακολουθούν και ιδέες ότι οι άλλοι συνωμοτούν εναντίον του. Οι συγγραφείς θεωρούν πως αυτές οι ιδέες που προκαλούν αίσθημα απειλής σε αυτόν που τις βιώνει, σχετίζονται με σοβαρή βία, μέσω του θυμού που τελικά νιώθει ο ασθενής.

Οι Hodgins & Riaz.(2011) προσπάθησαν να συσχετίσουν την ύπαρξη θετικής συμπτωματολογίας με τον κίνδυνο για επιθετική συμπεριφορά στους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Εξέτασαν 251 ασθενείς με σχιζοφρένεια που διαβιούσαν στην κοινότητα με δομημένα εργαλεία. Τελικά η επιθετική συμπεριφορά σχετιζόταν θετικά και στατιστικώς σημαντικά με διαταραχή διαγωγής στην παιδική ηλικία, χρήση ουσιών στο παρόν, θετικά συμπτώματα, threat-control-override (TCO) και καταθλιπτική συμπτωματολογία. Ενώ 16% των ασθενών με δύο ή λιγότερα θετικά συμπτώματα εκδήλωσαν τελικά επιθετική συμπεριφορά στο εξάμηνο, αυτό ίσχυε για το 28,4% αυτών με περισσότερα από τρία θετικά συμπτώματα, όπως αναφέρθηκε και ανωτέρω. Στους ασθενείς με τη σοβαρή θετική συμπτωματολογία οι μόνοι παράγοντες που σχετίζονταν με επιθετική συμπεριφορά ήταν η μη συμμόρφωση με τη θεραπεία, η χρήση τυπικών νευροληπτικών και η κλοζαπίνη. Στην άλλη ομάδα με τα λιγότερα θετικά συμπτώματα, η εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς σχετιζόταν με threat-control-override (TCO) συμπτωματολογία, καταθλιπτικά συμπτώματα, νεαρή ηλικία, ανδρικό φύλο, προηγούμενη επιθετική συμπεριφορά, διαταραχή διαγωγής και χρήση ουσιών. Ανάλογα δηλαδή με τη σοβαρότητα της θετικής συμπτωματολογίας, ο κίνδυνος για επιθετική συμπεριφορά και οι παράγοντες με τους οποίους σχετίζεται διαφέρουν.

Οι Swanson et al 2006 εκτίμησαν κλινικά 1.410 ασθενείς με σχιζοφρένεια, και κατέγραψαν στοιχεία σχετικά με την εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς το τελευταίο 6μηνο. Η βία κατηγοριοποιήθηκε ως ελάσσονος (απλή σωματική επίθεση και βλάβη χωρίς τραυματισμό ή χρήση οργάνου/όπλου) ή μείζονος βαρύτητας (επίθεση με τραυματισμό ή χρήση φονικού οργάνου, απειλή με φονικό όργανο ή σεξουαλική επίθεση). Τα στοιχεία ελήφθησαν από τους ασθενείς που καταχωρήθηκαν στην National Institute of Mental Health Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness. Ο επιπολασμός οποιασδήποτε μορφής βίας στο 6μηνο παρατήρησης ήταν 19,1%, ενώ 3,6% των συμμετεχόντων ανέφεραν σοβαρά βίαιη συμπεριφορά. Διακριτοί, αλλά αλληλεπικαλυπτόμενοι, παράγοντες σχετίζονταν με ελάσσονα ή μείζονα βία. Ιστορικό θετικής συμπτωματολογία, όπως ιδέες δίωξης, αύξανε τον κίνδυνο τόσο για ελάσσονα όσο και για μείζονος βαρύτητας βία, ενώ η αρνητική συμπτωματολογία μείωνε τον κίνδυνο για σοβαρή βία. Η ελάσσονος βαρύτητας βία σχετιζόταν με συννοσηρότητα με χρήση ουσιών και διαπροσωπικούς και κοινωνικούς παράγοντες.

Στην ίδια μελέτη (Swanson et al 2006) παρατήρησαν πως 5 από τα 7 συμπτώματα της θετικής υποκλίμακας της PANSS (οι παραληρητικές ιδέες, η ψευδαισθητική συμπεριφορά, η διέγερση, οι ιδέες μεγαλείου, η καχυποψία και η εχθρότητα) σχετίζονταν στατιστικώς σημαντικά με αυξημένο κίνδυνο για σοβαρή βία. Μάλιστα για κάθε αύξηση κατά μία μονάδα στην υποκλίμακα αυτή, πολλαπλασιαζόταν η πιθανότητα για σοβαρή βία με έναν παράγοντα της τάξης του 1,65 (p<0.001).

Η καχυποψία και οι ιδέες δίωξης φάνηκαν επίσης να έχουν ισχυρή συσχέτιση με σοβαρή βία (OR= 1.46, p<0.001), όπως ακόμα και η ύπαρξη ψευδαισθήσεων και η συμπεριφορά με βάση αυτές πχ υπακοή σε εντέλλουσες (διατακτικές) ακουστικές ψευδαισθήσεις (OR=1.43, p<0.001). Τέλος, σοβαρή βία συσχετιζόταν ισχυρά με ιδέες μεγαλείου (OR=1.31, p<0.001), καθώς και με ψυχοκινητική διέγερση (OR=1.30, p=0.02). Ο συνδυασμός ύπαρξης παραληρητικής σκέψης με καχυποψία/ιδέες δίωξης σχετιζόταν σημαντικά με σοβαρή βία: ασθενείς με βαθμολογία άνω του μέσου όρου στην κλίμακα για το παραλήρημα και την καχυποψία ήταν 2,9 φορές (p<0.001) πιο πιθανό να εκδηλώσουν σοβαρή βία σε σύγκριση με αυτούς που είχαν στα αντίστοιχα λήμματα βαθμολογία κάτω του μέσου όρου. Ασθενείς με σκορ άνω του μέσου όρου στο γενικό παραλήρημα και κάτω του μέσου στην καχυποψία δεν εμφάνιζαν αυξημένο κίνδυνο για σοβαρή βία (OR=0.77, p=0.63). Αντίθετα εκείνοι με υψηλό σκορ στην καχυποψία/δίωξη και χαμηλό σκορ στο λήμμα για το παραλήρημα εμφάνιζαν γενικά σημαντικά αυξημένη πιθανότητα για σοβαρή βία (OR=2.6, p=0.02). Ωστόσο, οι συγγραφείς σχολιάζουν πως αυτός ο τελευταίος συνδυασμός ήταν σπάνιος.

Παρόλο που μπορεί κανείς να σκεφτεί πως οι ψυχιατρικοί ασθενείς διαπράττουν αδικήματα λόγω της πάθησης, η πρόσφατη έρευνα έχει αναδείξει ότι μόνον το ένα πέμπτο της εγκληματικής

δραστηριότητας σχετίζεται πλήρως ή μερικώς από αυτή (Peterson, Skeem, Kennealy, Bray & Zvonkovic 2014). Επίσης, παρατηρήθηκε πως σημαντικό ποσοστό των δραστών που εγκλημάτησαν στα πλαίσια της συμπτωματολογίας, είχαν διαπράξει και τουλάχιστον ένα ακόμα αδίκημα ανεξάρτητα από αυτήν. Επιπλέον, όσον αφορά τον ίδιο δράστη η διάπραξη αδικημάτων δεν μπορούσε να προβλεφθεί από τη συμπτωματολογία (Peterson et al 2014). Οι Morgan et al 2010 εξέτασαν φυλακισμένους με ψυχική νόσο προκειμένου να διερευνήσουν την ύπαρξη ενός μοτίβου στη σκέψη ή στη στάση (thinking style and attitude) κατά το αδίκημα. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι δράστες είχαν παρόμοια συμπτωματολογία με ασθενείς χωρίς ιστορικό εγκληματικότητας, καθώς και παρόμοια σκέψη ή στάση σε σχέση με άτομα που διαπράττουν αδικήματα χωρίς ιστορικό ψυχιατρικής νόσου.

Α. 2.2.3 Ο χρόνος χωρίς θεραπεία (DUP) και η επίδρασή του στην εγκληματικότητα

Σε πρόσφατη μελέτη οι Addington et al (2015) μελέτησαν 404 ασθενείς με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο από 34 κλινικές σε 21 πολιτείες. Βρήκαν πως τα δύο τρίτα αυτών καθυστέρησαν να λάβουν θεραπεία πάνω από 6 μήνες, περισσότεροι από τους μισούς είχαν ψυχωτικά συμπτώματα για πάνω από ένα χρόνο και η μέση διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (Duration of Untreated Psychosis- DUP) ήταν σχεδόν 4 χρόνια. Η καθυστέρηση στην έναρξη της θεραπείας μετά την εμφάνιση της νόσου είναι πολύ σημαντική, όχι μόνον λόγω της δυσφορίας και της έκπτωσης της κοινωνικής λειτουργικότητας που προκαλεί, αλλά και λόγω της φτωχής πρόγνωσης (Penntila et al 2014) και της αυξημένης πιθανότητας για ανεπιθύμητες συνέπειες (Nielssen et al 2012).

Αν και κλινικοί παράγοντες όπως η ύπουλη έναρξη της ψύχωσης, και κοινωνικοί παράγοντες, όπως το στίγμα, το φράγμα της γλώσσας, οι μειονότητες, η προσβασιμότητα σε κατάλληλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, το κόστος των υπηρεσιών υγείας, όλοι επηρεάζουν τον χρόνο της θεραπευτικής παρέμβασης (Compton et al 2009), και οι νόμοι επίσης που αφορούν στην ψυχική υγεία επηρεάζουν τον χρόνο της μη θεραπευόμενης ψύχωσης. Οι Nielssen & Large (2015) συνέκριναν μελέτες σε περιοχές όπου οι νόμοι απαιτούν την ύπαρξη επικινδυνότητας προς τον εαυτό ή τρίτους πριν την αναγκαστική θεραπεία, με άλλες όπου ήταν επιτρεπτή η ακούσια νοσηλεία και θεραπεία με άλλα κριτήρια. Βρήκαν πως η μέση καθυστέρηση στην θεραπεία ήταν πέντε μήνες μεγαλύτερη στην πρώτη ομάδα.

Μια μετα-ανάλυση διερεύνησε τη σχέση μεταξύ του χρόνου μη θεραπευόμενης ψύχωσης και της βαρύτητας των συμπτωμάτων στην πρώτη επαφή με τις υπηρεσίες υγείας και με την έκβαση της θεραπείας (Perkins et al 2005). Συμπεριέλαβε 48 δημοσιεύσεις και κατέληξε πως βραχύς χρόνος DUP σχετίζεται με καλύτερη ανταπόκριση στην αντιψυχωτική θεραπεία, όπως αυτή υπολογίζεται στο

σύνολο της ψυχοπαθολογίας, στη θετική και αρνητική συμπτωματολογία, και στη λειτουργική αποκατάσταση. Αντιθέτως, καθυστέρηση στην αντιμετώπιση είναι γνωστό πως οδηγεί σε μη ικανοποιητική απάντηση στη θεραπεία και φτωχή πρόγνωση. Κατά την έναρξη της θεραπείας ο χρόνος DUP σχετιζόταν με τη βαρύτητα της αρνητικής, αλλά όχι της θετικής συμπτωματολογίας, της συνολικής ψυχοπαθολογίας ή της νευρογνωστικής λειτουργίας (Perkins 2005).

Όταν η βίαιη συμπεριφορά αποτελεί ένα από τα πρώτα συμπτώματα της ψύχωσης, συνήθως ο ασθενής ξεκινά ευθύς αμέσως τη θεραπεία, καθώς η οικογένειά του και ο κοινωνικός περίγυρος συνήθως δεν ανέχονται τέτοιες συμπεριφορές (Dean et al 2007). Παρόλα αυτά, στις περισσότερες περιπτώσεις η ψύχωση παραμένει χωρίς θεραπεία, ακόμα κι αν ο ασθενής είναι περιστασιακά βίαιος (Milton et al 2001).

Οι Meehan et al (2006) βρήκαν πως 25% των παραβατικών ψυχιατρικών ασθενών εμφάνιζαν ψύχωση για περισσότερο από τρία χρόνια, οι Appleby & Shaw (2008) βρήκαν με τη σειρά τους πως 28% ήταν ψυχωτικοί για πάνω από πέντε χρόνια και οι Nielssen et al (2007) επίσης βρήκαν πως 41% δεν ήταν υγιείς για πάνω από δύο χρόνια, ενώ και το 15% δεν ήταν υγιείς για πάνω από πέντε χρόνια, όλοι χωρίς θεραπεία. Αν και οι μελέτες αυτές δεν διαχωρίζουν σαφώς την πρόδρομη φάση της ψύχωσης και την χρονική στιγμή της εμφάνισης σαφών ψυχωτικών συμπτωμάτων, όπως ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες, το εύρημα ότι ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων δεν ήταν ψυχικά υγιείς για χρονικό διάστημα ως και πέντε χρόνια, υποδηλώνει πως αυξημένος χρόνος μη θεραπευόμενης ψύχωσης μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για ανθρωποκτονία. Οι Large & Nielssen (2008) επιβεβαιώνουν εν πολλοίς τα αποτελέσματα αυτά, αναλύοντας τα δεδομένα από ένα σύνολο 16 μελετών, που αναφέρουν αν οι ασθενείς που διέπραξαν ανθρωποκτονία είχαν λάβει προηγουμένως θεραπεία.

Επίσης, οι Large & Nielssen (2011) συσχετίζουν τον χρόνο που βιώνει ο ασθενής τα συμπτώματα της νόσου χωρίς να λάβει θεραπεία με σοβαρότερα αδικήματα, εύρημα που συμφωνεί με την παρατήρηση ότι ψύχωση που δεν βρίσκεται υπό θεραπεία (Nielssen et al 2007) και καθυστερημένη θεραπεία (Large & Nielssen 2008) σχετίζονται με ανθρωποκτονία. Συγκεκριμένα, αναφέρεται πως αυξημένος χρόνος χωρίς θεραπεία συσχετίζεται με αυξημένη αναλογία ασθενών που διαπράττουν ανθρωποκτονία πριν την έναρξη οποιασδήποτε θεραπείας.

Ωστόσο, η Latalova (2014) ισχυρίζεται πως τα αποτελέσματα των μελετών μέχρι σήμερα σχετικά με την επίδραση του χρόνου μη θεραπευόμενης ψύχωσης στην εγκληματικότητα δεν είναι σαφή. Συγκεκριμένα καταλήγει πως, αν και υπάρχουν κάποια δεδομένα που υποστηρίζουν την επίδραση του χρόνου DUP στην εμφάνιση σοβαρής βίας, περισσότερη έρευνα χρειάζεται να γίνει σχετικά. Στην

ανασκόπηση μελετών προς αυτή την κατεύθυνση η συγγραφέας τονίζει πως οι Dean et al (2007), οι Milton et al (2001), οι Foley et al (2007), καθώς και οι Harris et al (2010) έχουν καταλήξει σε αρνητικά συμπεράσματα. Το μοναδικό θετικό αποτέλεσμα που να υποστηρίζει τη σχέση μεταξύ DUP και εγκληματικότητας είναι η μελέτη του Verma (2005), όπου η συνολική επίδραση του χρόνου μη θεραπευόμενης ψύχωσης βρέθηκε στατιστικά σημαντική ($p < 0.05$). Ωστόσο, κι εκεί είναι δύσκολο να ερμηνευτούν με ασφάλεια τα αποτελέσματα, καθώς η επιθετική συμπεριφορά μπορεί να είχε εμφανιστεί πριν την έναρξη της συμπτωματολογίας. Επιπλέον, υπάρχει το ενδεχόμενο ο αυξημένος χρόνος μη θεραπευόμενης ψύχωσης να αυξάνει απλά το χρονικό διάστημα κινδύνου. Η συγγραφέας πάντως αναγνωρίζει πως δεδομένα από τη βιβλιογραφία υποστηρίζουν ικανοποιητικά πως στο πρώτο επεισόδιο ο κίνδυνος για βίαιη συμπεριφορά είναι αυξημένος σε σχέση με αυτόν στην πορεία της νόσου.

Α. 2.2.4 Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και εγκληματικότητα

Ένας από τους παράγοντες κίνδυνου που μπορεί κανείς να επηρεάσει μειώνοντας την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς, όπως προκύπτει τόσο από τη βιβλιογραφία όσο και από την κλινική παρατήρηση, είναι η συμμόρφωση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή.

Οι Subotnik et al (2011) αφού μελέτησαν για 18 μήνες 49 ασθενείς που έπασχαν από σχιζοφρένεια και λάμβαναν αγωγή και παρακολούθηση στο Λος Άντζελες ως εξωτερικοί ασθενείς, βρήκαν πως περίοδοι με μερική συμμόρφωση (50-75% της συνταγογραφούμενης δόσης) και μικρές περίοδοι μερικής ή πλήρους μη συμμόρφωσης (2-4 εβδομάδες) θέτουν τους ασθενείς με σχιζοφρένεια σε σημαντικό κίνδυνο επιδείνωσης της ψύχωσης ή υποτροπής στην αρχική φάση της ασθένειάς τους.

Οι Witt et al (2013) συγκέντρωσαν δεδομένα από 110 έρευνες με σύνολο 45.533 ψυχωτικούς ασθενείς. Βρήκαν πως το 18.5% από αυτούς ήταν βίαιοι και εντόπισαν, μεταξύ άλλων, τη μη συμμόρφωση ως σημαντικό παράγοντα που σχετίζεται με την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς.

Επίσης, οι Swanson et al (2004) αφού παρατήρησαν την πορεία 229 ασθενών με σχιζοφρένεια κάθε 6 μήνες για 2 χρόνια, βρήκαν πως η θεραπεία με άτυπα αντιψυχωτικά (κλοζαπίνη, ρισπεριδόνη ή ολανζαπίνη) μείωνε σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης βίαιης συμπεριφοράς, σε αντίθεση με τα τυπικά αντιψυχωτικά που δεν είχαν τέτοιο αποτέλεσμα. Καταλήγουν πως συστηματική συμμόρφωση στη θεραπεία με άτυπα αντιψυχωτικά για χρονικό διάστημα 2 ετών έχει μια αθροιστική επίδραση στη μείωση της βίας. Η παράλληλη μείωση στην ψυχωτική συμπτωματολογία, την κατάχρηση ουσιών και την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών φαίνεται πως μεσολαβεί στη συσχέτιση μεταξύ συμμόρφωσης και χαμηλού κινδύνου για εκδήλωση βίας. Οι συγγραφείς καταλήγουν πως η θεραπεία με άτυπα

αντιψυχωτικά πρέπει να θεωρείται σημαντικό στοιχείο στην αντιμετώπιση της βίας από ασθενείς με σχιζοφρένεια και κίνδυνο για βίαιη συμπεριφορά.

Επιπλέον, οι Swanson et al (2008) μελέτησαν 1.445 ασθενείς που τυχαιοποιήθηκαν σε αγωγή με ένα από τα πέντε αντιψυχωτικά επιλογής. Μετά από 6 μήνες θεραπείας σημειώθηκε μείωση της βίας από 16% σε 9%. Διαπιστώθηκε πως τα νεότερα αντιψυχωτικά δεν μειώνουν την εκδήλωση βίας περισσότερο από την περφαιναζίνη. Οι συγγραφείς καταλήγουν πως χρειάζονται αποτελεσματικές θεραπείες που όμως (είναι γνωστό ότι) δεν μειώνουν την εκδήλωση βίας, όταν αυτή δεν σχετίζεται με οξεία ψυχωτική συμπτωματολογία.

Η επίδραση των ψυχοτρόπων στη μείωση του βίαιου εγκλήματος έχει αποδειχτεί επαρκώς σε μια μελέτη του σουηδικού πληθυσμού που διερεύνησε τη σχέση μεταξύ της συνταγογραφούμενης φαρμακευτικής αγωγής και τη διάπραξη εγκλήματος (Fazel et al 2014). 82.647 ασθενείς είχαν λάβει συνταγή με αντιψυχωτικά ή σταθεροποιητές της διάθεσης την περίοδο 2006-2009, όπως αυτό βρέθηκε στα εθνικά μητρώα. Σε σύγκριση με τις περιόδους που οι ασθενείς παρέμεναν χωρίς αγωγή, η διάπραξη βίαιου αδικήματος μειωνόταν κατά 45% στους ασθενείς που τους συνταγογραφούνταν αντιψυχωτικά και 24% σε αυτούς με σταθεροποιητές. Ένα σημαντικό εύρημα στην κλινική πράξη είναι ότι, ενώ η χορήγηση αντιψυχωτικών ήταν αποτελεσματική για κάθε ψυχωτική διαταραχή, οι σταθεροποιητές μείωναν το βίαιο έγκλημα μόνον στη διπολική διαταραχή. Επιπλέον, οι υψηλότερες δόσεις των αντιψυχωτικών είχαν πιο αισθητό αποτέλεσμα. Τα ενέσιμα μακράς διάρκειας δράσης είχαν επίσης καλή αποτελεσματικότητα, τα οποία όταν ελέγχονταν για συγχορήγηση με αγωγή από του στόματος παρουσίαζαν μια μείωση στις βίαιες εκδηλώσεις της τάξης του 40% (Fazel et al 2014).

Ακριβώς με αφορμή αυτή τη μελέτη σχολιάζει η Hodgins (2014) πως οι παραβατικοί ασθενείς με σχιζοφρένεια δεν αποτελούν μια ομοιογενή ομάδα, και θέτει το ερώτημα αν αυτή η μείωση στα βίαια εγκλήματα που παρατηρήθηκε στη μελέτη οφείλεται σε κάποια επίδραση στη χρήση ουσιών. Επίσης διερωτάται αν η επίδραση των αντιψυχωτικών στη θετική συμπτωματολογία είναι αυτή που προκάλεσε τη μείωση. Εστιάζει, τέλος, στην ανάγκη της διερεύνησης της περιόδου πριν την εμφάνιση του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου, καθώς όπως σημειώνει, πολλοί ασθενείς με σχιζοφρένεια θα διαπράξουν το αδίκημα στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο.

Η φτωχή συμμόρφωση στη θεραπεία όσον αφορά ασθενείς που έχουν ήδη λάβει θεραπεία μπορεί να είναι παράγων κινδύνου για διάπραξη ανθρωποκτονίας, αλλά δε φαίνεται να είναι ανάλογης βαρύτητας, όπως στην περίπτωση του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου, όπου ο ασθενής δεν έχει λάβει ποτέ θεραπεία. Ένα μεγάλο ποσοστό διαγνωσμένων ασθενών που διέπραξαν ανθρωποκτονία φέρονται να λάμβαναν αντιψυχωτική αγωγή κατά την περίοδο όπου διέπραξαν το αδίκημα. Ωστόσο, τα ποσοστά

συμμόρφωσης στην αγωγή είναι γνωστό πως είναι χαμηλά στη σχιζοφρένεια (Ward et al 2006), και παρόλο που τα οξέα ψυχωτικά επεισόδια οδηγούν σε εισαγωγές λόγω διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής, η επίπτωση θανατηφόρων επιθέσεων στη διάρκεια οξέων επεισοδίων ασθενών με γνωστό ψυχιατρικό ιστορικό είναι χαμηλή (Large & Nielssen 2007).

Τα οφέλη της αντιψυχωτικής αγωγής προφανώς περιορίζονται, όταν δεν υπάρχει συμμόρφωση στη θεραπεία. Διάφορες μελέτες υποστηρίζουν πως 40-50% των ασθενών δεν συμμορφώνονται στη θεραπεία, ενώ 50-55% όλων των εισαγωγών μπορούν να αποδοθούν σε μη συμμόρφωση (Mohr & Volavka 2012). Θετική συσχέτιση μεταξύ μη συμμόρφωσης και σοβαρότερης εχθρικότητας έχει διαπιστωθεί σε διάφορες μελέτες, τόσο σε χρόνιους, όσο και σε ασθενείς πρώτου επεισοδίου, όπως προκύπτει και από συνδυασμό των δεδομένων από τις CATIE και EUFEST (Volavka, Van Dorn, Citrome et al 2016). Καλύτερη συμμόρφωση (που εκφράζεται τόσο σε ποσοστό λήψης της προτεινόμενης αγωγής όσο και σε χρόνο συμμόρφωσης) σε κοινωνικά προγράμματα και αντιψυχωτική αγωγή μειώνουν την επανάληψη βίαιης συμπεριφοράς σε ψυχωτικούς εξωτερικούς ασθενείς με υποχρεωτική θεραπεία στην κοινότητα (Swanson, Swartz, Borum et al 2000).

Μεγάλη προδρομική μελέτη στις ΗΠΑ (Ascher-Svanum et al 2006) παρακολούθησε 1906 ασθενείς με σχιζοφρένεια για διάστημα 3 ετών. Μη συμμόρφωση τον πρώτο χρόνο παρακολούθησης σχετιζόταν με περισσότερες νοσηλείες, επισκέψεις στα επείγοντα και χρήση ουσιών τα επόμενα δύο χρόνια. Επιπλέον οι μη συμμορφούμενοι ήταν 2,2 φορές πιθανότερο να συλληφθούν και 1,8 φορές πιθανότερο να είναι θύματα στα δύο χρόνια. Οι μη συμμορφούμενοι είχαν περισσότερες πιθανότητες να συλληφθούν συγκριτικά με τους συμμορφούμενους, ανεξάρτητα από προηγούμενο ιστορικό συλλήψεων.

Σε μελέτη κοόρτης στη Σουηδία διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ της χρήσης ψυχοτρόπων και της διάπραξης νέων βίαιων αδικημάτων σε αποφυλακισμένους (N=22.275). Κατά την περίοδο παρακολούθησης (4,6 χρόνια), υπολογίστηκε πως υπήρχε διαφορά στον κίνδυνο που αντιστοιχεί σε 39,7 λιγότερα βίαια αδικήματα ανά 1000 ανθρωποέτη. Μεταξύ των αποφυλακισμένων βρέθηκαν χαμηλότερες πιθανότητες διάπραξης νέου εγκλήματος στις περιόδους που τα άτομα λάμβαναν αντιψυχωτική αγωγή και αγωγή για διαταραχή χρήσης ουσιών, σε σύγκριση με τις περιόδους που τα ίδια άτομα δεν λάμβαναν αγωγή (Chang, Lichtenstein, Langstrom et al 2016).

Δεδομένα από προδρομικές και αναδρομικές μελέτες υποστηρίζουν ότι η χορήγηση ενέσιμων μακράς διάρκειας δράσης αντιψυχωτικών (Long Acting Injectables- LAIs) μπορεί να έχει κλινικά οφέλη στους ασθενείς με σχιζοφρένεια και υψηλό κίνδυνο για βίαιη συμπεριφορά. Επιπλέον τα LAIs μπορούν να μειώσουν αποτελεσματικά τη σοβαρότητα της εχθρικότητας, την επιθετικότητα και τον αριθμό βίαιων

επεισοδίων. Αυτά τα ευρήματα επιβεβαιώνονται στην κλινική πρακτική από την συχνή χορήγηση LAIs στους ασθενείς με σχιζοφρένεια σε υψηλής ασφάλειας και ψυχιατροδικαστικά καταστήματα στο Ηνωμένο Βασίλειο, τη Νορβηγία και την Αυστρία. Οι Mohr et al (2017) στο άρθρο τους που ανασκοπεί τη βιβλιογραφία σχετικά με τα LAIs, καταλήγουν πως υπάρχουν πια επαρκή δεδομένα που υποστηρίζουν τη χρήση τους σε βίαιους ασθενείς.

Η άποψη του ασθενούς για τα οφέλη της θεραπείας ως μέρος της δέσμευσης στη θεραπεία δεν έχει λάβει ανάλογης προσοχής και διερεύνησης. Οι Elbogen et al (2006) αφού μελέτησαν 1.011 ασθενείς στις ΗΠΑ που ελάμβαναν αγωγή στην κοινότητα, κατέληξαν πως η επιθετικότητα στην κοινότητα είναι αντιστρόφως ανάλογη (inversely related) της συμμόρφωσης στη θεραπεία, της ανάγκης για θεραπεία και των οφελών από τη θεραπεία, όπως τα αντιλαμβάνονται οι ασθενείς. Οι συγγραφείς ερμηνεύουν τα αποτελέσματα αυτά καταρχήν μέσω της μείωσης της χρήσης διαφόρων άλλων ουσιών στα πλαίσια αυτοθεραπείας, όταν υπάρχει συμμόρφωση στην προτεινόμενη αγωγή. Από την άλλη πλευρά όμως, σημειώνουν πως η εμφάνιση επιθετικής συμπεριφοράς μπορεί να οδηγήσει σε αμφισβήτηση του οφέλους της θεραπείας που λαμβάνει ο ασθενής, ειδικά αν μετά τη βίαιη συμπεριφορά του συλληφθεί ή νοσηλευθεί ακουσίως.

Σε μετα-ανάλυση που συνέκρινε ασθενείς με και χωρίς θεραπεία στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο οι συγγραφείς καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι, αν και η ανθρωποκτονία είναι εξαιρετικά σπάνια στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, ο κίνδυνος αυτός είναι 15,5 φορές πιο αυξημένος στις περιπτώσεις που οι ασθενείς δεν ελάμβαναν θεραπεία σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Nielssen & Large 2010). Οι ίδιοι συγγραφείς βρήκαν σε άλλη μελέτη τους πως ένα ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ 40% και 60% των βίαιων ασθενών με ψύχωση δεν έχουν λάβει ουσιαστικά ποτέ θεραπεία (Nielssen et al 2012).

Από την άλλη πλευρά, οι Winsper et al (2013) κατέληξαν πως τα ποσοστά επιθετικότητας στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο παραμένουν υψηλά ακόμα και μετά την αρχική επαφή με υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ενώ υπάρχουν ουσιαστικά δεδομένα σχετικά με τον αυξημένο κίνδυνο για βία πριν, αλλά και κατά την αρχική θεραπεία.

Α. 2.2.5 Φύλο κι εγκληματικότητα

Οι γυναίκες παραβάτες είναι αριθμητικά λιγότερες σε σχέση με τους άνδρες, ειδικά όσον αφορά τα βίαια εγκλήματα, όπως επιβεβαιώνεται τόσο σε παλαιότερες όσο και σε πιο πρόσφατες μελέτες (Steffensmeier et al 1996, Eisner et al 2003). Η παρατήρηση αυτή παραμένει και στις φυλακές και στις ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες (Ministry of Justice 2007, Rutherford et al 2007). Το 20% των βίαιων κρατουμένων γυναικών σε Αγγλία και Ουαλία πάσχουν από ψυχωτικές διαταραχές (O'Brien et al 2003), ενώ στις ΗΠΑ σε μελέτες σε γενικό πληθυσμό γυναικών κρατουμένων βρέθηκε πως πάσχει

από σοβαρή ψυχική διαταραχή το 8% (Abram et al 2003). Ψύχωση βρέθηκε να έχει το 32% των νοσηλευόμενων γυναικών σε ειδικά ψυχιατροδικαστικά νοσοκομεία βίαιων κρατουμένων γυναικών σε Αγγλία και Ουαλία, σε σύγκριση με το 46% των αντρών (Coid et al. 2002).

Σε μελέτη αρχείων 98.082 ασθενών νοσηλευόμενων σε ψυχιατρικά νοσοκομεία για 13 χρόνια (1988-2000) στη Σουηδία σχετικά με την παρουσία βίας, βρέθηκε πως το 56% του συνόλου ήταν γυναίκες που διέπραξαν 21.119 βίαια εγκλήματα. Αν και οι γυναίκες ήταν λιγότερο βίαιες από τους άντρες, η παρουσία ψύχωσης στις γυναίκες αύξανε τον κίνδυνο περισσότερο από ότι στους άντρες. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, οι γυναίκες άνω των 40 με ψύχωση διέπρατταν το 1/5 των βίαιων εγκλημάτων που διαπράχθηκαν από γυναίκες της ηλικίας τους, και οι γυναίκες με ηλικία 25-39 ετών με ψύχωση ήταν δράστες για το 1/7 αυτών, αναδεικνύοντας έτσι την επίδραση της ψύχωσης στη διάπραξη βίαιων εγκλημάτων από γυναίκες (Fazel & Grann 2006).

Αυτοαναφορές από φυλακισμένες γυναίκες αποκαλύπτουν έναν υψηλό επιπολασμό παρελθοντικού τραύματος, με το ποσοστό να φτάνει το 47% σε δείγμα γυναικών στις φυλακές των ΗΠΑ που αναφέρουν σεξουαλική κακοποίηση σαν παιδιά και το 40% με ιστορικό σωματικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία (Lynch et al 2012). Προοπτικές μακροχρόνιες μελέτες έχουν επίσης αποδείξει σχέση μεταξύ παιδικής κακοποίησης και εγκλήματος από γυναίκες (Maxfield & Widom 1996, Widom 1989a), και γυναικεία βία πιο συγκεκριμένα (Herrera & McCloskey 2003, Lansford et al 2007). Ορισμένες μελέτες έχουν προσελκύσει ιδιαίτερη προσοχή στη σχέση μεταξύ ιστορικού σεξουαλικής κακοποίησης και βίας σε γυναίκες(Siegel & Williams 2003).

Οι Trauffer, Widom & Widom (2017) χρησιμοποίησαν δεδομένα από μια προοπτική μελέτη κοόρτης και αντιστοίχισαν γυναίκες με ιστορικό σωματικής, σεξουαλικής κακοποίησης και παραμέλησης με φυσιολογικές μάρτυρες με ανάλογα κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία. Συνέλεξαν πληροφορίες από τις επίσημες εκθέσεις σύλληψης και πραγματοποίησαν μία δομημένη συνέντευξη. Βρήκαν πως οι γυναίκες με ιστορικό κακομεταχείρισης (maltreatment) παρουσίαζαν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο να συλληφθούν για βία, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, αλλά και αυξημένο κίνδυνο για μη βίαια αδικήματα. Η διαταραχή μετατραυματικού στρες ήταν η μόνη ψυχιατρική διάγνωση που διαφοροποιούσε τις γυναίκες με βίαιο αδίκημα από αυτές με μη βίαιο, καταδεικνύοντας δύο οδούς στην εκδήλωση βίας.

Φαίνεται επίσης ότι υπάρχει μια αυξητική τάση στη χρήση αλκοόλ σε άνδρες και γυναίκες, καθώς σε μια μελέτη αρχείου κρατουμένων για σοβαρό έγκλημα την περίοδο 1975-1999 φάνηκε ότι στον χρόνο πριν το έγκλημα οι άντρες αύξησαν την χρήση αλκοόλ κατά 75%, και οι γυναίκες κατά 23% (McMahon et al 2003). Οι γυναίκες με ψύχωση παρουσιάζονται να κάνουν λιγότερο σοβαρές βίαιες

πράξεις και να έχουν ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς σε μικρότερο βαθμό σε σύγκριση με τους άντρες. Αν και τα χαρακτηριστικά της ψυχοπαθολογίας της ψύχωσης δεν παρουσιάζουν διαφορά ανάμεσα στα δυο φύλα, μπορεί να παρουσιάζονται διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, αν συνυπολογιστούν το πλήρες ατομικό ιστορικό (π.χ. μεγαλύτερα αναφερόμενα ποσοστά κακοποίησης στην παιδική ηλικία) και ο χρόνος έναρξης νόσου ή/και βίαιης συμπεριφοράς (Taylor et al 2009).

Στις ΗΠΑ πάντως καταγράφηκε αύξηση στα ποσοστά βίαιης επίθεσης από γυναίκες κατά 14% από το 1994 στο 2003 (Crime in the USA 2003) και κατά 7% στη Φιλανδία ανάμεσα στο 1985 και 2004 (Honkatukia 2005).

Οι Nicholls et al (2009) σε μια μελέτη 527 γυναικών νοσηλευόμενων σε ψυχιατροδικαστικό νοσοκομείο στον Καναδά το 2004 βρήκε πως οι γυναίκες αποτελούν το 12,4% των νοσηλευόμενων και κατά το έτος παρακολούθησης δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα ποσοστά εκδήλωσης ενδονοσοκομειακής βίας ανάμεσα στα δύο φύλα. Οι γυναίκες παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά λεκτικής επιθετικότητας (61,5%), βία ενάντια σε αντικείμενα (35,4 %), βία ενάντια σε τρίτους (18,5%) και χαμηλά ποσοστά ανάρμοστης σεξουαλικής συμπεριφοράς (3,1%). Συμπερασματικά, οι συγγραφείς δεν εντόπισαν διαφορές στον κίνδυνο εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς ανάμεσα στα δυο φύλα από τη στιγμή που εγκληματούν και νοσηλεύονται στα ειδικά ψυχιατροδικαστικά νοσοκομεία, και τονίζουν την ανάγκη για εξατομικευμένες αξιολογήσεις κινδύνου.

Οι Logan et al (2009) σε μια μελέτη 382 ενηλίκων γυναικών σε υψηλής ασφάλειας φυλακές και ψυχιατροδικαστικά νοσοκομεία, βρήκε ότι οι γυναίκες είναι βίαιες σε μικρότερο ποσοστό από τους άντρες, καθώς οι παραδοσιακοί τρόποι κοινωνικοποίησης- ρόλων και συμπεριφοράς αποθαρρύνουν την επιθετική συμπεριφορά από γυναίκες (Rosenfield et al 2000, Wood et al 2003).

Κατά την περίοδο 1988-1989, οι φυλακές της Αγγλίας και της Ουαλίας φιλοξενούσαν 1.229 γυναίκες και αποτέλεσαν τον πληθυσμό που ερευνήθηκε (Gunn et al 1991, Maden 1996). Σε αντίθεση με τις γυναίκες, ο αντρικός πληθυσμός κατά την ίδια περίοδο περιλάμβανε 37.293 ενήλικες και νεαρούς παραβάτες που εξέτιαν ποινή και η αναλογία γυναικών ανδρών ήταν 1:30. Το 1988 το 23% των ανδρών καταδίκων εξέτιαν ποινή για βίαιες ενέργειες, σε σύγκριση με το 21% των γυναικών. Το δείγμα που μελετήθηκε θεωρήθηκε αντιπροσωπευτικό των φυλακών. Από τις 258 γυναίκες που εξετάσθηκαν, πενήντα τρεις (21%) εξέτιαν ποινή για παραβάσεις που περιλάμβαναν βία, σε σύγκριση με το 22% των ανδρών (Gunn et al 1991). Στην προσπάθεια επεξεργασίας του δείγματος ορίστηκε μια υπο-ομάδα «βίαιων παραβατών», που αναφέρεται σε φυλακισμένους με ιστορικό τριών ή παραπάνω καταδικών για μικρής έντασης βίαιες ενέργειες ή για μία καταδίκη για σοβαρή, απειλητική για τη ζωή

βίαιη ενέργεια. Χρησιμοποιώντας αυτόν τον ορισμό, 43 γυναίκες (17%) και 439 άνδρες (25%) χαρακτηρίστηκαν βίαιοι παραβάτες, τονίζοντας και πάλι τη μεγάλη επικράτηση των σοβαρών βίαιων παραβάσεων μεταξύ των ανδρών κρατουμένων. Καμία από τις γυναίκες που είχε καταδικαστεί για ανθρωποκτονία δεν είχε σημαντικό ποινικό μητρώο πριν από το συγκεκριμένο αδίκημα, ενώ αντίθετα ένα μακρύ εγκληματικό ιστορικό ήταν το σύνηθες για τους άνδρες (Gunn et al 1991, Maden 1996).

Οι Minton & Zeng (2015) κατέγραψαν μια μείωση 3,2% στον ανδρικό πληθυσμό των φυλακών μεταξύ των ετών 2010 και 2014, ενώ παρατήρησαν αύξηση 18,1% στον γυναικείο πληθυσμό. Παρατήρησαν, επίσης, πως το ιστορικό τραύματος ήταν πολύ συχνότερο στις γυναίκες παραβάτες, δεδομένου ότι περίπου 6 στις 10 γυναίκες ανέφεραν σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση στο ιστορικό τους .

Τέλος, 85% των γυναικών κρατουμένων που αξιολογήθηκαν από τους DeHart et al (2013) πληρούσαν τα κριτήρια για δια βίου διαταραχή χρήσης ουσιών και πάνω από τις μισές πληρούσαν κριτήρια για PTSD κάποια στιγμή στη ζωή τους. Επιπλέον, 50% πληρούσαν διαγνωστικά κριτήρια για σοβαρή ψυχική νόσο σε κάποια στιγμή στη ζωή τους. Πολλές από τις γυναίκες που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν θύματα οι ίδιες, ενώ το 86% ανέφερε σεξουαλική κακοποίηση.

Α.2.2.6 Τραύμα κι εγκληματικότητα

Ένας άλλος παράγοντας κινδύνου για παραβατικότητα που προσδιορίστηκε και έχει συζητηθεί λιγότερο ευρέως, είναι να έχει υπάρξει κανείς μάρτυρας ή θύμα βίας στην παιδική ηλικία. Ο μηχανισμός για το πώς αυτό συμβάλλει στη διάπραξη βίας από ενήλικες χρειάζεται περαιτέρω εξέταση, που μπορεί να οδηγήσει σε αποτελεσματικές παρεμβάσεις. Παρ 'όλα αυτά, οι παρεμβάσεις στην παιδική ηλικία και την εφηβεία για αντικοινωνική συμπεριφορά θα πρέπει να διερευνούν αν υπάρχει οποιοδήποτε ιστορικό κακοποίησης και να διευρύνουν τις προσφερόμενες θεραπείες για τα θύματα, ώστε να συμπεριλαμβάνονται τα παιδιά που έχουν εκτεθεί σε βία. Η μελέτη των συγγενών είναι ένα σημαντικό βήμα προς αυτή την κατεύθυνση, της διερεύνησης και της έγκαιρης πρόληψης (D'Onofrio et al 2013), και μπορεί να παρέχει σημαντικά στοιχεία, καθώς αυτοί μπορεί να αντιπροσωπεύουν οικογενειακές παθογένειες (πρόωροι περιβαλλοντικοί και γενετικοί παράγοντες).

Τα τραυματικά συμβάντα στην παιδική ηλικία είναι συχνά και πάνω από το ένα τρίτο των ατόμων στον γενικό πληθυσμό αναφέρουν τουλάχιστον μία ανάλογη εμπειρία (Copeland et al 2007). Η παιδική κακοποίηση είναι η πιο συχνή μορφή του παιδικού τραύματος. Εκτιμήσεις της επικράτησης της κακοποίησης και της αμέλειας σε παγκόσμιο επίπεδο κυμαίνονται από 10% έως 29% (Sethi et al 2013) και συνδέονται με ένα ευρύ φάσμα αρνητικών συνεπειών στην ενηλικίωση, που συμβάλλουν ουσιαστικά στην παγκόσμια επιβάρυνση (Norman et al 2012). Το ιστορικό κακοποίησης έχει σταθερά συνδεθεί με διάφορες μορφές ψυχοπαθολογίας, με σωματική ασθένεια, με επικίνδυνες συμπεριφορές,

καθώς και αυτοκτονία (Anda et al 2006, Gilbert et al 2009, Maniglio 2009). Η παιδική κακομεταχείριση σχετίζεται επίσης με εγκληματική και βίαιη συμπεριφορά (Maas et al 2008, Malvaso et al 2016), και υψηλά ποσοστά επικράτησης κακοποίησης στην παιδική ηλικία έχουν εντοπιστεί σε δείγματα παραβατών. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, περίπου το ένα τρίτο των ενηλίκων κρατουμένων αναφέρουν ότι έχουν υποστεί παιδική κακοποίηση (Ministry of Justice UK 2012).

Οι Fitton, Yu & Fazel (2018) σε μετα-ανάλυση τους, που συμπεριελάμβανε 18 προοπτικές μελέτες και συνολικά 39.271 άτομα, εξέτασαν τη σχέση μεταξύ του ιστορικού παιδικής κακομεταχείρισης (κακοποίησης και παραμέλησης) και της μετέπειτα διάπραξης βίαιου αδικήματος. Κατέληξαν πως η παιδική κακοποίηση και παραμέληση σχεδόν διπλασιάζουν τον κίνδυνο για βίαιο αδίκημα στη μετέπειτα ζωή. Το εύρημα αυτό συμπληρώνει τις προηγούμενες έρευνες, προσφέροντας έναν υπολογισμό της επίδρασης του παράγοντα αυτού στη βία.

Η κακοποίηση στην παιδική ηλικία μπορεί να αντιπροσωπεύει τον συνδετικό κρίκο στην κατανόηση της βία και της χρήσης ουσιών. Η παιδική κακοποίηση εμπλέκεται στην ανάπτυξη των διαταραχών χρήσης ουσιών (Boles et al 2005, Clark et al 2001), και βίαιων συμπεριφορών (Chermack 2005, Lisak & Miller 2002, Widom & Ames 1994). Οι Burnette et al (2008) συγκέντρωσαν εθνικά δεδομένα από δείγματα ανδρών (n = 4.459) και γυναικών (n = 1.774) στις ΗΠΑ που εισέρχονται στη θεραπεία για διαταραχή χρήσης ουσιών, σχετικά με ιστορικό εκδήλωσης βίας, σωματική και σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία, καθώς και τους λόγους για την εισαγωγή στη θεραπεία για τη χρήση. Τα ποσοστά εκδήλωσης βίας ήταν υψηλά (72% των ανδρών και 50% των γυναικών) και η βία συσχετίστηκε με την παραπομπή από μέλη της οικογένειας, προηγούμενη θεραπεία για χρήση, σωματική και σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία. Σε στατιστικές αναλύσεις που ακολούθησαν, η σωματική κακοποίηση ήταν σημαντικός παράγοντας εκδήλωσης βίας και στα δύο φύλα. Ωστόσο, η σεξουαλική κακοποίηση ήταν σημαντική μόνο στις γυναίκες. Τα ευρήματα τονίζουν την ανάγκη ανίχνευσης και αντιμετώπισης της βίας στους ασθενείς με διαταραχή χρήσης ουσιών και υποδηλώνουν ότι η σεξουαλική κακοποίηση μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την εκδήλωση βίας στα αδικήματα που διαπράττονται από γυναίκες.

Δεδομένης της σχέσης μεταξύ της κακοποίησης στην παιδική ηλικία και τις αρνητικές συνέπειες στη συμπεριφορά και τη σωματική και ψυχική υγεία, πρόσφατες έρευνες έχουν διερευνήσει εάν η παιδική κακοποίηση σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ψυχωτικών διαταραχών. Οι Matheson et al (2013) σε πρόσφατη μετα-ανάλυση διαπίστωσαν αυξημένα ποσοστά παιδικής κακοποίησης (που συμπεριελάμβανε σωματική κακοποίηση, σεξουαλική κακοποίηση και παραμέληση) σε ασθενείς με σχιζοφρένεια σε σύγκριση με υγιείς, αλλά και με άτομα με αγχώδεις διαταραχές. Τέτοιες εμπειρίες

στην παιδική ηλικία μπορεί όχι μόνο να αυξήσουν τον κίνδυνο ψύχωσης, αλλά να επηρεάσουν και την εμπειρία και το περιεχόμενο των ψυχωτικών συμπτωμάτων. Η πρώιμη κακομεταχείριση έχει βρεθεί ότι συνδέεται με θετικά συμπτώματα συμπεριλαμβανομένων των παραληρητικών ιδεών δίωξης (Freeman & Fowler 2009) και των ψευδαισθήσεων (Read et al 2001).

Οι Green, Browne & Chou (2017) βρήκαν πως ο κίνδυνος εκδήλωσης βίας ήταν μεγαλύτερος σε ασθενείς που ανέφεραν παιδική κακομεταχείριση σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Τα στοιχεία αυτά υποστηρίζουν μια σχέση μεταξύ πρώιμων εμπειριών κακοποίησης και κινδύνου εκδήλωσης βίας σε άτομα με ψύχωση. Αυτό το εύρημα είναι σύμφωνο με την υπόθεση ότι τα άτομα που έχουν εμπειρία κακοποίησης στην παιδική ηλικία είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν ψυχωτικά συμπτώματα, που περιλαμβάνουν υποτίμηση ή δίωξη, και μπορεί να σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο βίας.

Α. 2.3 Τυπολογία ασθενών που διαπράττουν αδικήματα

Η National Confidential Inquiry Into Suicide and Homicide by People With Mental Illness στην Αγγλία και Ουαλία εντόπισε 1.594 ανθρωποκτονίες στο δικαστικό σύστημα μεταξύ του Απριλίου 1996 και του Απριλίου 1999. Από αυτούς οι 85 είχαν σχιζοφρένεια (δηλαδή 5% όλων των ανθρωποκτονιών σε αυτά τα τρία χρόνια διαπράχθηκε από ασθενείς με σχιζοφρένεια). Η πλειοψηφία ήταν άνδρες (86%) και το ένα τρίτο (35%) ανήκε σε κάποια εθνική μειονότητα. 32% είχαν προηγούμενη καταδίκη για βία. 14% είχαν σκοτώσει κάποιον άγνωστο. Περισσότεροι από τους μισούς (56%) ήταν άρρωστοι για λιγότερο από 12 μήνες. 68% ήταν ψυχικά άρρωστοι κατά τη διάπραξη του εγκλήματος. Από τους 57 ασθενείς που είχαν παραληρητικές ιδέες κατά το αδίκημα, οι 32 (δηλαδή το 56%) παρουσίασαν μια ποιοτική αλλαγή στις ιδέες αυτές, συμπεριλαμβανομένων είτε της βεβαιότητας σχετικά, είτε της συναισθηματικής ανταπόκρισης στις ιδέες τον μήνα πριν το αδίκημα. 28% των ασθενών δεν είχαν καμία επαφή με υπηρεσίες ψυχικής υγείας πριν το έγκλημα, ενώ οι περισσότεροι ήταν άρρωστοι για πάνω από 3 χρόνια. 21% είχαν επαφή με υπηρεσίες ψυχικής υγείας, αλλά όχι τον τελευταίο χρόνο. 51% (43 άτομα) είχαν επισκεφθεί ειδικούς ψυχικής υγείας το έτος πριν το αδίκημα. Μόνον οι 24 από αυτούς είχαν αντιμετωπιστεί από διεπιστημονική ομάδα στην κοινότητα (Care Program Approach), 16 από αυτούς δεν προσήλθαν στο ραντεβού τους, ενώ το 39% δεν είχε καλή συμμόρφωση πριν το αδίκημα.

Σε μελέτη που είχε ως δείγμα 248 άνδρες με σχιζοφρένεια βρέθηκε πως ανεπαρκής συναισθηματική εμπειρία (ρηχό συναίσθημα, αναλγησία, έλλειψη μεταμέλειας, αδυναμία να δεχθεί κανείς την ευθύνη για τις πράξεις του) σχετίζεται με διάπραξη βίαιων εγκλημάτων και με αρνητική συμπτωματολογία, αλλά όχι με διαταραχή διαγωγής ή χρήση ουσιών (Sunak 2006). Μπορεί κανείς να υποθέσει ότι, μεταξύ των ασθενών με σχιζοφρένεια, η ανεπαρκής συναισθηματική εμπειρία (deficient affective

experience) μπορεί να έχει διακύμανση, όπως τα ψυχωτικά συμπτώματα, και όταν είναι παρούσα να αυξάνει την ευαλωτότητα για εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς σε τρίτους.

Από τη μελέτη της βιβλιογραφίας προκύπτουν λοιπόν τα εξής ερωτήματα:

- Ποιο ποσοστό ασθενών με σχιζοφρένεια ή ποιοι από αυτούς που θα εμφανίσουν σχιζοφρένεια θα διαπράξουν ανθρωποκτονία;
- Σε τι διαφέρουν από αυτούς με την ίδια διαταραχή που όμως δεν καταλήγουν στην ανθρωποκτονία;
- Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τον κίνδυνο για ανθρωποκτονία μεταξύ των ασθενών με σχιζοφρένεια;

Τα ερωτήματα αυτά είναι σημαντικά για την εκτίμηση του μελλοντικού κινδύνου για βίαιη συμπεριφορά, για την ανάπτυξη θεραπειών και την γενικότερη κατανόηση της διαταραχής.

Προς αυτή την κατεύθυνση και αφού μελέτησαν τους ψυχιατρικούς ασθενείς με παραβατική συμπεριφορά, οι Hodgins et al (2013) καταλήγουν πως, βάση της ηλικίας έναρξης και της συνεχιζόμενης ή όχι εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς, διακρίνονται τρεις τύποι παραβατών με σχιζοφρένεια. Ενδεχομένως κάθε φαινότυπος αντιδρά διαφορετικά στους περιβαλλοντικούς παράγοντες από τη σύλληψη και μετά, και παρουσιάζει διαφορετικές διαταραχές στη νευρωνική ανάπτυξη.

Σύμφωνα με την υπόθεση ότι υπάρχουν τρεις τύποι παραβατών που διαφέρουν στην ηλικία έναρξης και στα κοινωνικά χαρακτηριστικά, διακρίνονται οι εξής κατηγορίες:

- Παραβάτες με πρώιμη έναρξη, οι οποίοι εμφανίζουν επαναλαμβανόμενη αντικοινωνική συμπεριφορά από την παιδική ηλικία ή την αρχή της εφηβείας, η οποία παραμένει καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Συνήθως έχουν καταδίκες πριν την εμφάνιση της νόσου.
- Μια μεγάλη ομάδα παραβατών με σχιζοφρένεια χωρίς αντικοινωνικά στοιχεία πριν την εμφάνιση της νόσου, οι οποίοι επανειλημμένα εμφανίζουν επιθετική συμπεριφορά εναντίον άλλων
- Μια μικρή ομάδα παραβατών με χρόνια πορεία της νόσου, οι οποίοι δεν εμφανίζουν επιθετική ή βίαιη συμπεριφορά πριν την ηλικία των 40 (μεταξύ 35-45 περίπου), μέχρι τη διάπραξη σοβαρού αδικήματος, συνήθως ανθρωποκτονίας με θύμα κάποιο φροντιστή.

Έτσι μεταξύ των ασθενών που εμφανίζουν επιθετική συμπεριφορά πριν την έναρξη της θεραπείας υπάρχουν δύο τύποι: αυτοί οι οποίοι εμφανίζουν διαταραχή διαγωγής από την παιδική ηλικία και αυτοί που γίνονται επιθετικοί μετά την έναρξη της νόσου (Hodgins, Calem, Shimel et al 2011).

Α. 2.3.1 Εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο

Παρόλο που ένα μικρό ποσοστό όλων των ανθρωποκτονιών διαπράττεται από πάσχοντες από σχιζοφρένεια (Large et al 2009) υπάρχει στατιστική συσχέτιση μεταξύ ανθρωποκτονίας και σχιζοφρένειας (Fazel et al 2009a), ενώ περίπου οι μισές από αυτές τις ανθρωποκτονίες διαπράττονται πριν την έναρξη θεραπείας με αντιψυχωτικά (Large & Nielssen 2008). Επιπλέον μελέτες (case linkage studies) καταδεικνύουν πως ως και 50% της παραβατικότητας που αφορά βίαια αδικήματα από ασθενείς με σχιζοφρένεια συμβαίνει πριν την επαφή με υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Munkner et al 2003, Wallace et al 2004), προτείνοντας πως η πρώιμη ψύχωση (early psychosis) μπορεί επίσης να είναι μια περίοδος αυξημένου κινδύνου για λιγότερο σοβαρά αδικήματα.

Διεθνή δεδομένα υποστηρίζουν την αυξημένη επικινδυνότητα για σοβαρά εγκλήματα κατά της ζωής σε ασθενείς με πρώτο επεισόδιο ψύχωσης (Nielssen et al 2010). Ως πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο ορίζεται συνήθως η χρονική περίοδος μετά την έναρξη της ψυχωτικής συμπτωματολογίας και πριν την ύφεση αυτής με επαρκή (σε χρόνο και δοσολογία) αντιψυχωτική αγωγή (Nielssen et al 2010). Η παρατήρηση ότι περίπου οι μισοί ανθρωποκτόνοι με ψύχωση που τελικά κρίνονται ακαταλόγιστοι (βλ. σχετικά με τον καταλογισμό στην υποενότητα Α3) βρίσκονται στο πρώτο επεισόδιο της νόσου χωρίς προηγούμενη ψυχιατρική αντιμετώπιση ή θεραπεία, υποδηλώνει αυξημένο κίνδυνο για σοβαρά αδικήματα στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο (Meehan 2006, Nielssen et al 2011).

Οι Nielssen, Westmore, Large & Hayes (2002) σε μελέτη τους στην Αυστραλία βρήκαν πως το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για θανατηφόρο επίθεση. Πιο συγκεκριμένα περιέγραψαν 88 δράστες με ψύχωση που διέπραξαν ανθρωποκτονία. Η χρήση ουσιών, οι ακουστικές ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες δίωξης σχετίζονταν με θανατηφόρο επίθεση. Τα θύματα ήταν κυρίως μέλη της οικογένειας ή κοντινοί συγγενείς. Μόνον 9 θύματα ήταν άγνωστοι και σε τρείς περιπτώσεις ήταν συνασθενείς. Οι περισσότερες ανθρωποκτονίες διαπράχθηκαν στον πρώτο χρόνο της νόσου.

Από τις προηγούμενες παρατηρήσεις καταδεικνύεται πόσο σημαντική είναι η παρέμβαση στο πρώτο επεισόδιο με σημαντικά αποτελέσματα στη μείωση των διαπραχθέντων εγκλημάτων. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε μείωση των ανθρωποκτονιών στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο στις χώρες όπου μειώθηκε ο χρόνος μη θεραπευόμενης ψύχωσης, και στην Αγγλία και την Ουαλία μετά την ανάπτυξη

της πρωτοβάθμιας ψυχιατρικής φροντίδας (Large 2008), ενώ η έγκαιρη παρέμβαση μπορεί να μειώσει και τα ποσοστά αυτοκτονιών κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο (Altamura et al 2003, Clarke et al 2006).

Πολλές πρόσφατες μελέτες εξετάζουν τα ποσοστά βίας πριν τη θεραπεία και τους παράγοντες που σχετίζονται με εκδήλωση βίας σε δείγματα ασθενών με πρώτο επεισόδιο σχιζοφρένειας (Dean et al 2007, Foley et al 2005, Harris et al 2010, Milton et al 2001, Verma et al 2005). Ειδικότερα οι Meehan et al (2006) και οι Appleby & Shaw (2008) σε μελέτες τους στην Αγγλία και την Ουαλία βρήκαν πως 42% και 38% αντιστοίχως των ασθενών με σχιζοφρένεια που διέπραξαν ανθρωποκτονίες δεν είχαν λάβει ποτέ θεραπεία, ενώ επίσης μια μελέτη στην Αυστραλία βρήκε πως 61% των ανθρωποκτονιών κατά την ψυχωτική διεργασία διαπράχθηκαν στο πρώτο επεισόδιο της νόσου (Nielssen et al 2007).

Σε μετα-ανάλυση που διερευνά την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, οι συγγραφείς (Large & Nielssen 2011) καταλήγουν πως περίπου το ένα τρίτο των ασθενών σε πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο εκδηλώνει άλλοτε άλλου βαθμού βίαιη συμπεριφορά, η οποία είναι τόσο πιο σπάνια όσο βαρύτερο είναι το αδίκημα. Έτσι, 1 στους 6 επιτίθεται, αλλά 1 στους 100 προκαλεί σοβαρή σωματική βλάβη, ενώ 1 στους 630 θα διαπράξει ανθρωποκτονία, όπως αναφέρθηκε. Οι παράγοντες κινδύνου που ενοχοποιήθηκαν για την εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο δεν διαφέρουν από αυτούς που ενοχοποιούνται στην πορεία της νόσου (Swanson et al 2006), όπως και με αυτούς στην ευρύτερη κοινότητα, και δεν είναι άλλοι από τη νεαρή ηλικία, την έλλειψη μόρφωσης, τη χρήση ουσιών και το ιστορικό προηγούμενης παραβατικότητας.

Οι Nielssen et al (2011) μελέτησαν συγκριτικά τις δύο ομάδες ασθενών στην Αυστραλία και συγκεκριμένα 272 άτομα που βρέθηκαν αθώοι λόγω ψυχιατρικής διαταραχής για ανθρωποκτονία, απόπειρα ανθρωποκτονίας ή σοβαρή σωματική βλάβη. Από αυτούς περίπου οι μισοί (46%) ήταν σε πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο. Εστιάζοντας στις ανθρωποκτονίες διατηρείται αυτό το ποσοστό (52% των ανθρωποκτόνων ήταν σε πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο), ενώ όσον αφορά τις μη θανατηφόρες επιθέσεις το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 39%. Οι ασθενείς σε πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο βρέθηκε πως είναι νεότεροι, είναι πιθανότερο να μην έχουν ως μητρική γλώσσα την αγγλική, ενώ είναι πιθανότερο να έχουν χρησιμοποιήσει πυροβόλο όπλο στην επίθεση τους.

Οι Large & Nielssen (2007) σημειώνουν πως αν λάβει κανείς υπόψη του πως η επικράτηση της σχιζοφρένειας είναι περίπου 0,5% και η επίπτωση νέων περιστατικών είναι περίπου 0.02% του πληθυσμού κάθε χρόνο, ο κίνδυνος ανθρωποκτονίας κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο είναι 20 φορές υψηλότερος από τον κίνδυνο μετά τη χορήγηση επαρκούς θεραπείας.

Τέλος, οι Nielssen et al (2012) σε σχετικά πρόσφατη μετα-ανάλυση παρατηρούν πως ένα σημαντικό ποσοστό ψυχωτικών ασθενών που εξετάσθηκαν μετά από βίαιη απόπειρα ανθρωποκτονίας (49%), σοβαρό αυτοακρωτηριασμό (54%), ανθρωποκτονία (39%) και επίθεση με σοβαρό τραυματισμό (38%) ήταν στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο.

Γενικότερα υπάρχει πλήθος δεδομένων που υπογραμμίζουν τον κίνδυνο βίας στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο. Μελέτη πληθυσμού που εξέτασε 495 ασθενείς στην πρώτη τους επαφή για θεραπεία στο Ηνωμένο Βασίλειο (Dean, Walsh, Morgan et al 2007) αναφέρει πως στο 40% αυτών υπήρχε ιστορικό επιθετικότητας και από αυτούς περίπου οι μισοί ήταν βίαιοι.

Επιπλέον μελέτες στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο σημειώνουν πως ο κίνδυνος για βίαιη συμπεριφορά είναι μεγαλύτερος στην πρώτη εμφάνιση της νόσου από ότι στην πορεία μετά την έναρξη της θεραπείας (Nielsen et al 2010), πριν δηλαδή την όποια αντιμετώπιση της θετικής συμπτωματολογίας.

Α. 2.3.2 Ασθενείς που διαπράττουν αδικήματα στην πορεία της νόσου

Τα αποτελέσματα των ερευνών έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον όσον αφορά τους ασθενείς που διαπράττουν αδικήματα στην πορεία της νόσου, δηλαδή μετά από την πρώτη επαφή τους με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες υγείας, κι αφού έχουν λάβει θεραπεία. Πρόσφατη σουηδική μελέτη (Fazel et al 2010) υποδεικνύει πως κλινικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη διάπραξη ανθρωποκτονίας μέσα σε έξι μήνες από το εξιτήριο είναι η ύπαρξη σοβαρής ψυχιατρικής νόσου ένα έτος προ της εισαγωγής, η κατάχρηση ουσιών, προηγούμενη νοσηλεία για επιθετική συμπεριφορά και κακή συμμόρφωση στην προτεινόμενη θεραπεία.

Οι Meehan et al 2006 εντόπισαν 43 ασθενείς (μεταξύ των 85 ασθενών με σχιζοφρένεια που είχαν διαπράξει ανθρωποκτονία), οι οποίοι είχαν έρθει σε επαφή με υπηρεσίες ψυχικής υγείας το έτος πριν το αδίκημα. Το 62% είχε παραληρητικές ιδέες κατά τη διάπραξη του αδικήματος, και από αυτούς με παραλήρημα το 61% είχε κάποια αλλαγή στον τρόπο που βίωνε τις ιδέες αυτές τον μήνα πριν το αδίκημα. Από το σύνολο των 43 ασθενών οι 25 (58%) είχαν καταγεγραμμένο ιστορικό βίας απέναντι σε άλλο άτομο.

Οι Nielssen et al (2011b), όταν συνέκριναν ασθενείς που διέπραξαν βίαια αδικήματα στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο με αυτούς που τα διέπραξαν στην πορεία της νόσου. βρήκαν πως η δεύτερη ομάδα ήταν γηραιότεροι, χωρίς διαφορές όσον αφορά το φύλο, την εκπαίδευση, την ανεργία ή την χρήση. Ένα μεγαλύτερο ποσοστό αυτών παρουσίαζαν διαταραχή στην σκέψη στην αρχική εκτίμηση (33% vs 55%), και επίσης ένα μεγαλύτερο ποσοστό είχαν προηγούμενο ποινικό ιστορικό (38% vs 49%).

Οι Hodgins & Muller-Isberner (2004) μεταξύ των 158 ασθενών από ψυχιατροδικαστικές δομές που μελέτησαν, βρήκαν πως 77,8% αυτών είχαν προηγούμενη νοσηλεία με ένα μέσο όρο νοσηλειών 5,6. Τονίζουν πως ο εντοπισμός και η έγκαιρη αντιμετώπιση αυτής της ομάδας ασθενών είναι δύσκολο έργο. Η εξασφάλιση της συμμόρφωσης και η αντιμετώπιση τυχόν συννοσηρότητας με χρήση ουσιών είναι καίριας σημασίας.

Οι ασθενείς αυτής της ομάδας είναι συνήθως άνδρες στο τέλος της τέταρτης δεκαετίας, με χρόνια σχιζοφρένεια, χωρίς ιστορικό αντικοινωνικής ή επιθετικής συμπεριφοράς, που σκοτώνουν ή αποπειρώνται να σκοτώσουν συχνά κάποιον φροντιστή. Μεταξύ των ανδρών με σχιζοφρένεια ο αριθμός καταδικών για βίαια αδικήματα μειώνεται με την ηλικία της πρώτης καταδίκης (Hodgins 2004). Αυτό δεν ισχύει για τις ανθρωποκτονίες.

Μια σημαντική μελέτη που περιγράφει αυτόν τον τύπο παραβατών διεξήχθη στη Δανία και χρησιμοποίησε εθνικά αρχεία υγείας και ποινικά μητρώα (Munkner et al 2005). Όλοι οι Δανοί που γεννήθηκαν μετά το 1963 και έλαβαν διάγνωση σχιζοφρένεια μέχρι το 1999 συμπεριελήφθησαν. Εξαιρέθηκαν αυτοί που απεβίωσαν, μετανάστευσαν, εξαφανίστηκαν ή διαγνώστηκαν πριν την ηλικία των 15 ετών, οπότε παρέμειναν στη μελέτη 4619 ασθενείς με σχιζοφρένεια. Μεταξύ αυτών 422 ασθενείς διέπραξαν βίαια αδικήματα και 818 ασθενείς μη βίαια αδικήματα πριν την πρώτη επαφή με υπηρεσίες ψυχικής υγείας, 241 διέπραξαν για πρώτη φορά μη βίαιο έγκλημα και 144 βίαιο έγκλημα μετά την πρώτη επαφή, αλλά πριν τη διάγνωση σχιζοφρένειας. Οι 3138 ασθενείς που δεν είχαν διαπράξει αδίκημα ως τη διάγνωση ήταν κατά μέσο όρο 23,8 ετών κατά τη διάγνωση. Από αυτούς 396 (13 %) καταδικάστηκαν για μη βίαιο έγκλημα και 215 για βίαιο έγκλημα κατά τον χρόνο παρακολούθησης από 6 μήνες ως 20 χρόνια (κατά μέσο όρο 5,4 χρόνια). Το να καταδικαστεί κανείς για αδίκημα σχετιζόταν με νεαρότερη ηλικία, ανδρικό φύλο, και διαταραχή χρήσης ουσιών πριν ή κατά τη διάγνωση σχιζοφρένειας.

Α. 2.3.3 Ασθενείς που διέπραξαν αδικήματα ως ανήλικοι παραβάτες

Δεδομένου ότι είναι γνωστό ότι η προηγούμενη επιθετική συμπεριφορά αυξάνει τον κίνδυνο για παρόμοια συμπεριφορά στο μέλλον (Winsper et al), είναι σημαντικό να εξετάζουμε το ιστορικό επιθετικότητας σε όλους τους ασθενείς με σχιζοφρένια στο πρώτο επεισόδιο. Αυτοί με ιστορικό διαταραχής διαγωγής από την παιδική ηλικία είναι εύκολο να εντοπιστούν από αυτο-αναφορές, από πληροφορίες από τους γονείς ή από το ποινικό τους μητρώο. Πρόκληση αποτελεί η αντιμετώπιση τόσο της ψύχωσης, όσο και της αντικοινωνικότητας και της επιθετικότητας στη διαδρομή της ζωής. Και σε αυτή την κατηγορία ασθενών είναι απαραίτητη η χορήγηση αντιψυχωτικών, καθώς και άλλων θεραπειών για τη σχιζοφρένεια. Επιπλέον όμως, αυτή η κατηγορία χρειάζεται και προγράμματα

γνωστικής συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας, με στόχο τη μείωση των επιθετικών συμπεριφορών και την προαγωγή θετικής κοινωνικής συμπεριφοράς. Προς αυτή την κατεύθυνση βοηθούν και η μείωση της θυματοποίησης, καθώς και η προσοχή στην ύπαρξη απειλών προς τρίτους.

Συμβατά με τα επιδημιολογικά στοιχεία σχετικά με αυξημένα ποσοστά βίαιης συμπεριφοράς και αδικοπραξίας μεταξύ των ασθενών με σχιζοφρένεια, είναι τα σύγχρονα στοιχεία ότι η αντικοινωνική συμπεριφορά στην εφηβεία είναι πρόδρομος της σχιζοφρένειας. Ο Robbins (1966) ήταν ο πρώτος που παρατήρησε πως ένα δυσανάλογα υψηλό ποσοστό ανηλίκων παραβατών εμφανίζει στην πορεία σχιζοφρένεια. Κατέληξε πως τα άτομα που (θα) εμφανίζουν σχιζοφρένεια συμβάλλουν δυσανάλογα στα ποσοστά βίαιων εγκλημάτων.

Το 2014 βρέθηκε πως 42.000 ανήλικοι (ως την ηλικία των 17 ετών) αποτελούσαν το 0.6% του συνολικού πληθυσμού των φυλακών στις ΗΠΑ (Minton & Zeng 2015). Σύμφωνα με τον Puzzanchera (2014), πραγματοποιήθηκαν 1,3 εκατομμύρια συλλήψεις ανηλίκων το 2012 (10% του συνόλου των συλλήψεων). Οι συλλήψεις αυτές αποτελούν το 12% του συνόλου των βίαιων αδικημάτων και το 18% του συνόλου των εγκλημάτων κατά της ιδιοκτησίας. Σε μετα-ανάλυση που αφορούσε τον επιπολασμό των ψυχιατρικών νόσων σε ανήλικους κρατούμενους που διενεργήθηκε από τους Fazel, Doll & Langstrom (2008), οι συγγραφείς κατέληξαν πως οι ανήλικοι που εμπλέκονται στο ποινικό σύστημα δικαιοσύνης είναι πολύ πιθανότερο να έχουν κάποιο ψυχιατρικό πρόβλημα και να έχουν διαγνωστεί με μια ψυχιατρική διαταραχή συγκρινόμενοι με τους συνομηλίκους τους στον γενικό πληθυσμό.

Μεταξύ των ασθενών με σχιζοφρένεια, 20-40% παρουσιάζουν διαταραχή διαγωγής πριν την ηλικία των 15 ετών (Hodgins 2008, Hodgins, Piatosa & Schiffer 2014) και είναι υπεύθυνοι για τα περισσότερα αδικήματα που διαπράττονται από τους σχιζοφρενείς. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει πως μεταξύ των ασθενών με σχιζοφρένεια, όπως και σε αυτούς χωρίς, η σοβαρότητα της διαταραχής διαγωγής συνδέεται θετικά και γραμμικά με τον αριθμό καταδικών για βίαια και μη βίαια εγκλήματα, ακόμα και αφού συνυπολογιστεί η χρήση ουσιών (Hodgins, Cree, Alderton et al 2008, Hodgins, Tiihonen, Ross 2005, Swanson, van Dorn, Swartz et al 2008). Αυτά τα αποτελέσματα είναι σύμφωνα με μελέτες που καταδεικνύουν τα αυξημένα ποσοστά των εφήβων που αναπτύσσουν σχιζοφρένεια σε αναμορφωτήρια και σε κλινικές απεξάρτησης (Hodgins, Westerman, Larm 2016, Gosden, Kramp, Gabrielsen et al 2005).

Όταν συγκρίνονται με ασθενείς με σχιζοφρένεια, αυτοί με ιστορικό διαταραχής διαγωγής ή προβλημάτων διαγωγής έχουν διαπράξει συγκριτικά περισσότερα βίαια και μη βίαια εγκλήματα (Fulwiler & Ruthazer 1999, Crocker et al 2005, Mueser et al 2006), έχουν διαπράξει ένα μεγαλύτερο φάσμα εγκλημάτων (Hodgins 2004), κι έχουν ποινικό ιστορικό παρόμοιο με μη ψυχιατρικούς

παραβάτες που επίσης έχουν ιστορικό προβλημάτων διαγωγής στην παιδική τους ηλικία (Hodgins & Côté 1993, Schug et al 2007). Επιπλέον σχεδόν όλοι έκαναν κατάχρηση ουσιών στην πρώιμη εφηβεία (Fulwiler et al 1997, Moran and Hodgins 2004, Tengström et al 2001, Mueser et al 1999).

Οι Hodgins et al (2005) διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ διαταραχής διαγωγής (ΔΔ) πριν την ηλικία των 15 ετών και διάπραξης εγκλήματος και επιθετικής συμπεριφοράς σε δείγμα 248 ασθενών με σχιζοφρένεια, οι οποίοι ήταν 39,8 ετών κατά μέσο όρο την περίοδο της μελέτης. Εκτιμήθηκαν 2 εβδομάδες πριν το εξιτήριο χρησιμοποιώντας διάφορες πηγές πληροφόρησης, συμπεριλαμβανομένου του ποινικού μητρώου. 52 από αυτούς (21 %) πληρούσαν κριτήρια για διαταραχή διαγωγής πριν την ηλικία των 15 ετών. Η διάγνωση ΔΔ σχετιζόταν με αύξηση 2,29 φορές στον αριθμό καταδικών για βίαια αδικήματα μετά τη διόρθωση για συννοσηρότητα με διαταραχή χρήσης ουσιών/αλκοόλ.

Η ίδια ομάδα επιβεβαίωσε αυτά τα αποτελέσματα σε δείγμα νοσηλευόμενων ασθενών με σοβαρή ψυχική νόσο στο Ηνωμένο Βασίλειο (Hodgins et al 2007). Σε αυτή τη μελέτη μετά τη διόρθωση για το φύλο, την ηλικία, χρήση ουσιών ή αλκοόλ στην παρούσα φάση, η ΔΔ πριν την ηλικία των 15 ετών σχετιζόταν με διπλάσιο αριθμό καταδικών για βίαια αδικήματα. Τα αποτελέσματα αυτών των δύο μελετών δείχνουν πως στα άτομα που εμφανίζουν σχιζοφρένεια, όπως και σε αυτά χωρίς, η ΔΔ στην παιδική ηλικία είναι πρόδρομος διάπραξης βίαιων εγκλημάτων στην ενήλικη ζωή.

Οι Hodgins, Piatosa & Schiffer (2013) υποστηρίζουν πως δεδομένου ότι δεν υπάρχουν ακλόνητα δεδομένα για την αιτιολογία εμφάνισης σχιζοφρένειας και ΔΔ (SZ + CD), χρειάζεται να ερευνηθεί η υπόθεση ότι, μιας και οι δύο διαταραχές είναι νευροαναπτυξιακές, η συνύπαρξη και των δύο θα οδηγεί σε νευροαναπτυξιακή διαταραχή που θα έχει στοιχεία κοινά, αλλά και διαφορετικά μεταξύ των δύο διαταραχών.

Η διαταραχή διαγωγής εμφανίζεται 4 φορές συχνότερα σε άνδρες και 15 φορές συχνότερα σε γυναίκες που εμφανίζουν σχιζοφρένεια σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Τόσο γενετικοί όσο και περιβαλλοντικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια ευνοούν την εκδήλωση ΔΔ. Πολλαπλές ανεπάρκειες στην κινητική και τη γνωστική λειτουργία, συμπεριλαμβανομένης της δυσκολίας στην κατανόηση πληροφοριών που επικοινωνούνται με εκφράσεις του προσώπου, πιθανόν να εμποδίζουν την ανάπτυξη καταλληλότερων συμπεριφορών που αποφεύγουν τη βία. Οι περιορισμένες δυνατότητες των γονιών να δημιουργήσουν ασφαλείς δεσμούς, με επαρκή συνεπή επιβράβευση ή τιμωρία για τις συμπεριφορές των παιδιών, και μερικές φορές οι κακοποιητικές συμπεριφορές προάγουν την εμφάνιση διαταραχής διαγωγής και την ανάπτυξη ψύχωσης (Hodgins 2017).

Οι Hodgins & Klein (2017), τέλος, σχολιάζουν πως μέχρι τη μέση παιδική ηλικία, άτομα που θα αναπτύξουν σχιζοφρένεια μετέπειτα, παρουσιάζουν γνωστικά ελλείμματα και διαταραχές στην κινητικότητα, καθώς και ψυχωτικές εμπειρίες, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό παρουσιάζει επίσης ΔΔ. Αυτή σχετίζεται με πρόωρη κατάχρηση ουσιών, συμπεριλαμβανομένης της κάνναβης, που με τη σειρά τους αυξάνουν την εμφάνιση της σχιζοφρένειας μεταξύ των γενετικά ευάλωτων.

Α. 3 Καταλογισμός και ψυχική νόσος

Α. 3.1 Το νομικό πλαίσιο - Ο Νόμος 4509/2017- Σύγκριση με το παλαιότερο καθεστώς

Το ρήμα καταλογίζω σημαίνει καταρχάς αποδίδω ευθύνες σε κάποιον, λογαριάζω κάτι σε βάρος κάποιου, χρεώνω κάτι σε κάποιον, αποδοκιμάζω κάποιον για κάτι. Στο Ποινικό Δίκαιο (ΠΔ) εννοείται η απόδοση ποινικής ευθύνης στον δράστη ορισμένης τελικά άδικης πράξης, η αποδοκιμασία από την έννομη τάξη του δράστη που κρίθηκε ένοχος για την πράξη του. Με τον καταλογισμό αναδεικνύεται και ο πραγματικός χαρακτήρας του Ποινικού Δικαίου ως δικαίου της προσωπικής ευθύνης του δράστη για ορισμένη πράξη. Τυπικά, η έννομη τάξη αποδοκιμάζει τον δράστη, διότι δεν συμμορφώθηκε με τις προσταγές του ποινικού νόμου. Ουσιαστικά, όμως, τον αποδοκιμάζει, διότι με την πράξη του έδειξε έλλειψη σεβασμού και περιφρόνηση απέναντι στις κοινωνικές αξίες που προστατεύει ο ποινικός νομοθέτης.

Ο ισχύων Ποινικός Κώδικας δέχεται ότι η ικανότητα για καταλογισμό, δηλαδή η ικανότητα ενός προσώπου να έχει συνείδηση του αδίκου της πράξης του και να επιλέγει σύμφωνα με αυτήν, είναι ο κανόνας, ενώ η έλλειψη της η εξαίρεση (άρθρο 34 ΠΚ). Ο νομοθέτης προβλέπει την εφαρμογή μέτρων θεραπείας (ασφαλείας στο παρελθόν) εκεί όπου υπάρχει άρση του καταλογισμού, για την αντιμετώπιση των ακαταλόγιστων παραβατικών ασθενών. Ωστόσο, η ίδια η φύση αυτών των μέτρων ήταν μέχρι πρόσφατα αντικείμενο συζήτησης, καθώς, ήδη από τον τίτλο, δεν αναφερόταν καθόλου στη βελτίωση ή στη θεραπεία των προσώπων αυτών όσον αφορά την ψυχιατρική τους πάθηση. Κατά την Αιτιολογική Έκθεση Σχ. ΠΚ (1938), το χαρακτηριστικό γνώρισμα των μέτρων ασφαλείας ήταν ότι «αντιθέτως προς την ποινήν ενέχουσαν αποδοκιμασίαν του δράστου υπό της εννόμου τάξεως ταύτα συνιστώσιν απλήν φυσικήν προφύλαξιν της κοινωνίας από του κινδύνου τον οποίον ενέχει η προσωπικότητα του δράστου ή η ύπαρξις ωρισμένων αντικειμένων».

Διακηρυγμένος σκοπός του μέτρου ασφαλείας αποτελούσε, όπως φαίνεται, όχι ο κολασμός του δράστη (όπως στην ποινή), αλλά η προφύλαξη της κοινωνίας από την επικίνδυνη συμπεριφορά και η θεραπεία του υφιστάμενου το μέτρο. Μέσα για την υλοποίηση του παραπάνω σκοπού αποτελούσαν ο ακούσιος χαρακτήρας του μέτρου και οι συνθήκες φύλαξης, καθώς και το ψυχιατρικό κατάστημα ως χώρος εφαρμογής του μέτρου (Κοσμάτος 2008).

Αναλυτικότερα η σύγκριση της φύσης της ποινής και των μέτρων ασφαλείας μπορεί να αποδώσει τα εξής (Παρασκευόπουλος 1991):

Α) και στις δύο περιπτώσεις απαραίτητη προϋπόθεση για την επιβολή τους είναι η διάπραξη πράξης που περιγράφεται στο νόμο ως έγκλημα. Εφαρμόζοντας με συνέπεια την αρχή της ενοχής, θα περίμενε κανείς την πλήρη απαλλαγή του ακαταλόγιστου κατά τον χρόνο της πράξης δράστη, εφόσον κατά τον χρόνο της δίκης εμφανιζόταν ως υγιής, και την ύπαρξη συναίνεσης ως προϋπόθεση για την εφαρμογή οποιασδήποτε θεραπείας (Androulakis 1970).

Β) δεδομένου ότι όταν το μέτρο ασφάλειας συνίσταται σε φύλαξη του προσώπου, και στις δύο περιπτώσεις υπάρχει στέρηση της προσωπικής ελευθερίας, ποινή και μέτρα ασφαλείας δεν διαφέρουν σημαντικά. Αν από την εφαρμογή των μέτρων ασφαλείας λείψει ο θεραπευτικός χαρακτήρας ή δεν είναι πυρηνικό συστατικό τους, τότε αυτά ως αναγκαστικά μέτρα αποτελούν ουσιαστικά ποινή. Για τον θεραπευτικό χαρακτήρα των μέτρων προϋπόθεση είναι η συναίνεση, ενώ αυτή εκλείπει πάντοτε στην επιβολή της ποινής (Szasz 1979).

Η φύλαξη, λοιπόν, των ακαταλόγιστων εγκληματιών σε δημόσιο θεραπευτικό κατάστημα αποτελεί, σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν πιο πάνω, αναπληρωματικό μέτρο της ποινής, όπως προβλεπόταν από τον μέχρι πρότινος ισχύοντα ΠΚ στα άρθρα 69 και 70 ΠΚ. Η φύλαξη επιβαλλόταν υποχρεωτικά εφόσον συνέτρεχαν οι ακόλουθες προϋποθέσεις (Παρασκευόπουλος 1991):

Α) να έχει τελέσει ο δράστης κακούργημα ή πλημμέλημα απειλούμενο από το νόμο με ποινή ανώτερη από 6 μήνες.

Β) να έχει απαλλαγεί ο δράστης από την ποινή εξαιτίας νοσηρής διατάραξης των πνευματικών του λειτουργιών (34ΠΚ) ή κωφαλαλίας (33ΠΚ).

Γ) να κριθεί ο δράστης επικίνδυνος για τη δημόσια ασφάλεια. Η επικινδυνότητα όμως αυτή και η εκτίμηση της δεν θα πρέπει να τεκμαίρεται ή να βασίζεται κυρίως στο ήδη διαπραχθέν έγκλημα. Αυτό θα οδηγούσε στο εύκολο συμπέρασμα πως η διάπραξη ενός αδικήματος, συνεπάγεται αυτονόητα τη διάγνωση της επικινδυνότητας του δράστη, χωρίς την εκτίμηση όλων των παραγόντων.

Ήδη από την ανασκόπηση της σχετικής νομολογίας αναδύεται η αντιφατικότητα του μέτρου της φύλαξης των ακαταλόγιστων εγκληματιών, καθώς στο σκεπτικό των αποφάσεων αναγνωρίζεται συνήθως ότι τα μέτρα ασφαλείας δεν αποσκοπούν στον κολασμό του δράστη για το έγκλημα που τελέστηκε, αλλά στην καταπολέμηση της επικίνδυνης ψυχικής κατάστασης του εγκληματία ή την απλή φυσική προφύλαξη από αυτήν. Ωστόσο, ενώ θα περίμενε κανείς κάποιες ευνοϊκές για το δράστη συνέπειες, συνήθως ακολουθούν δυσμενείς.

Με βάση τα άρθρα 69 και 70 (πριν την αναμόρφωσή τους στον Ν.4509/2017) σε σχέση με το καθεστώς του ποινικού κρατούμενου ο ακαταλόγιστος παραβάτης μειονεκτούσε στα εξής (Σκαραγκάς 2002):

- Στον ακαταλόγιστο παραβάτη επιβαλλόταν θεραπεία - φύλαξη που η διάρκεια της ήταν αόριστη, ενώ αντίθετα ο καταδικασθείς εξέτιε ποινή συγκεκριμένης χρονικής διάρκειας (Παρασκευόπουλος 1991)
- Ο ακαταλόγιστος παραβάτης στερούνταν του δικαιώματος έφεσης, δικαίωμα που σαφώς απολάμβανε ο καταδικασθείς (Γρίβας 1985)
- Ο ακαταλόγιστος παραβάτης δεν μπορούσε να προσβλέπει, όπως ο καταδικασθείς, σε απονομή χάριτος ή μείωση της ποινής μέσω της απόλυσης υπό όρους (άρθρο 105ΠΚ)
- Η έξοδος του ακαταλόγιστου δεν αποφασιζόταν με βάση αντικειμενικά ποινικά κριτήρια, όπως στην περίπτωση του καταδικασθέντος παραβάτη, καθώς βασιζόταν στην ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη σχετικά με τη βελτίωση ή θεραπεία του (ιατρικά κριτήρια), αλλά και στην κρίση του δικαστηρίου σχετικά με την άρση της επικινδυνότητας του ή όχι, η οποία εμπεριέχει υποκειμενικά-αξιολογικά κριτήρια.

Από την άλλη πλευρά σε σχέση με το καθεστώς του κοινού ψυχιατρικού ασθενούς ο ακαταλόγιστος εγκληματίας μειονεκτούσε στα εξής (Σκαραγκάς 2002):

- Κάθε ψυχιατρικός ασθενής που εισάγεται στο νοσοκομείο για θεραπεία εκουσίως ή ακουσίως μπορεί να εξέλθει με εξιτήριο όταν κρίνουν οι θεράποντες, ενώ ο ακαταλόγιστος στον οποίο έχει επιβληθεί το μέτρο ασφάλειας του άρθρου 69 ΠΚ, εκτός από τη σύμφωνη γνώμη των θεραπόντων, χρειαζόταν και τη σχετική δικαστική απόφαση, η οποία ήταν συχνά απορριπτική, ειδικά στις περιπτώσεις που το διαπραχθέν αδίκημα ήταν σοβαρό (Στριγγάρης 1989)
- Κάθε ψυχιατρικός ασθενής έχει το δικαίωμα να εξέρχεται με θεραπευτική άδεια από την ψυχιατρική κλινική που νοσηλεύεται, ενώ ο ακαταλόγιστος στερούνταν τυπικά του δικαιώματος αυτού
- Ο ακαταλόγιστος παραβάτης παρέμενε συνήθως στο ψυχιατρείο πολλαπλάσιο χρονικό διάστημα σε σχέση με τους υπόλοιπους ψυχιατρικούς ασθενείς με την ίδια διάγνωση.

Σύμφωνα με τη ρύθμιση του άρθρου 70ΠΚ (πριν τον Ν4509/2017), η φύλαξη συνεχιζόταν εξάλλου όσο το επέβαλε η δημόσια ασφάλεια, και η διάρκεια της ελεγχόταν κάθε τρία χρόνια από δικαστήριο των πλημμελειοδικών του τόπου όπου εκτελούνταν η φύλαξη. Επισημαίνεται ότι ο όρος αυτός για την απόλυση σχετικά με τη διαφύλαξη της δημόσιας ασφάλειας, δεν θα πρέπει να οδηγήσει στο πρόχειρο συμπέρασμα ότι κάποτε ο δράστης θα μπορούσε να έχει θεραπευθεί από τη νοσηρή διατάραξη των πνευματικών του λειτουργιών, και ωστόσο να παρέμενε στο θεραπευτικό κατάστημα, επειδή η

προσωπικότητα του επιτρέπει τη σκέψη ότι μπορεί να εγκληματήσει εκ νέου στο μέλλον. Η εκδοχή αυτή κρίνεται ως μη παραδεκτή σύμφωνα με τη φιλοσοφία ακόμη και της ισχύουσας έννομης τάξης, καθώς σύμφωνα με το άρθρο 2 § 1 και άρθρο 5 § 1 Συντάγματος (Μάνεσης 1982) ο σεβασμός της αξιοπρέπειας του ανθρώπου είναι πρωταρχικής σημασίας. Επίσης η παραμονή στο ψυχιατρείο ενός προσώπου μπορεί να παρατείνεται μόνον στην περίπτωση που γνωματεύεται από τους ειδικούς πως συνεχίζει να υφίσταται η ψυχική διαταραχή. Η παράταση του εγκλεισμού ενός υγιούς (είτε επικίνδυνου είτε μη) αντιβαίνει στις αυξημένης κατά το Σύνταγμα (άρθρο 2§1) ισχύος διατάξεις της Ευρωπαϊκής Σύμβασης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου. Εξάλλου, σε εφαρμογή του άρθρου 5§1 της Σύμβασης, κατά το έτος 1979 κρίθηκε από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (υπόθεση Winterwerp) ότι όταν ο εγκλεισμός σε ψυχιατρείο διαρκεί για αόριστο χρόνο, πρέπει να υπάρχει περιοδικός δικαστικός έλεγχος της ψυχικής υγείας ή τουλάχιστον δυνατότητα ελέγχου σε εύλογα χρονικά διαστήματα. Το άρθρο 70§2 ΠΚ αναφέρει, βέβαια, ότι η φύλαξη διαρκεί όσο το επιβάλει η δημόσια ασφάλεια, δηλαδή η επικινδυνότητα. Ωστόσο, η διάταξη αυτή ακολουθεί αμέσως το άρθρο 69 ΠΚ, που ορίζει την ύπαρξη νοσηρής διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών ως αναγκαία προϋπόθεση εγκλεισμού. Η ρύθμιση του άρθρου 69ΠΚ αποτελεί προφανώς νομική και λογική προϋπόθεση εφαρμογής του επόμενου άρθρου 70ΠΚ που αφορά τη διάρκεια του εγκλεισμού.

Ωστόσο, χρειάζεται να σημειωθεί πως οι μείζονες ψυχιατρικές παθήσεις, οι οποίες διαταράσσουν τις ανώτερες πνευματικές λειτουργίες και αποτελούν λόγους άρσης τους καταλογισμού, δεν είναι συνήθως ιάσιμες. Πρόκειται κυρίως για ψυχώσεις που εμφανίζουν εξάρσεις και υφέσεις κατά τη φυσική τους πορεία. Στόχος της ψυχιατρικής αντιμετώπισης είναι οι μακρές υφέσεις και η έγκαιρη παρέμβαση στις τυχόν υποτροπές. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, μείωση και αντιμετώπιση των υποτροπών οδηγεί σε μείωση της επιθετικής συμπεριφοράς.

Τέλος, σύμφωνα με το Σχέδιο για τις Αρχές, Οδηγίες και εγγυήσεις για την προστασία προσώπων που κρατούνται εξαιτίας της ψυχικής τους διαταραχής (1986) του ΟΗΕ: «η περίοδος της κράτησης εξαρτάται αποκλειστικά από την εξέλιξη της πάθησης του ασθενούς και από τη μείωση των κινδύνων που δημιουργεί για τη ζωή και την ασφάλεια τη δική του και των άλλων. Μόνο ιατρικές υπηρεσίες είναι σε θέση να κρίνουν τα γεγονότα αυτά. Η σύμπραξη των διοικητικών ή δικαστικών αρχών ή και των δύο γίνεται δεκτή εδώ ως πρόσθετη εγγύηση, αλλά οι αρχές αυτές αποφασίζουν με βάση ιατρικές συμβουλές για την αναγκαιότητα ή μη της παράτασης της διάρκειας της κράτησης. Σε συνάρτηση με την αρχική διαδικασία κράτησης, μόνο καθαρά ιατρικοί λόγοι μπορούν να αναπτυχθούν για την επιμήκυνση ή συνέχιση της κράτησης του ασθενούς».

Συγκριτικά με την ακούσια νοσηλεία, η οποία επιβάλλεται προληπτικά πριν το άτομο εγκληματήσει, το άρθρο 98 του 2071/1992 φαίνεται να αποτελεί ώριμο προϊόν της πράξης και της θεωρίας (Παρασκευόπουλος 1997). Ορίζει ότι οι συνθήκες ακούσιας νοσηλείας πρέπει να εξυπηρετούν τις ανάγκες της θεραπείας, και ότι τα αναγκαία περιοριστικά μέτρα δεν επιτρέπεται να αποκλείουν απαραίτητα θεραπευτικά εργαλεία, όπως οι άδειες, οι οργανωμένες έξοδοι και η διαμονή σε χώρους που εποπτεύονται έξω από τα κλειστά ιδρύματα. Επίσης, ότι σε κάθε περίπτωση πρέπει να επιδεικνύεται σεβασμός στην προσωπικότητα του ασθενή και οι περιορισμοί στην ατομική ελευθερία να προσδιορίζονται μόνο από την κατάσταση της υγείας του και τις ανάγκες της νοσηλείας.

Σημείο αναφοράς για τις αλλαγές στα άρθρα 69 και 70ΠΚ αποτέλεσαν οι εξελίξεις στη διεθνή και ευρωπαϊκή έννομη τάξη μετά το 1950, που δεσμεύουν τον Έλληνα νομοθέτη και επιβάλλουν τη συμμόρφωσή του σε θεμελιώδη κείμενα προάσπισης των δικαιωμάτων του ανθρώπου. Ενδεικτικά αναφέρονται οι εγγυήσεις που παρέχονται από την Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου του Συμβουλίου της Ευρώπης, από τη Σύμβαση του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία και από τον Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επίσης, όπως αναφέρεται από τη Νομοπαρασκευαστική Επιτροπή, σημείο αναφοράς επιπλέον υπήρξαν οι νέες επιστημονικές ψυχιατρικές και άλλες διεπιστημονικές προσεγγίσεις που οδήγησαν από την κλειστή ασυλική περίθαλψη στην κοινοτική φροντίδα ψυχικής υγείας. Ειδικότερες παρατηρήσεις για το ισχύον καθεστώς της «θεραπευτικής φύλαξης» του άρθρου 69 ΠΚ είχαν διατυπώσει κατά καιρούς η Εθνική Επιτροπή των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, ο Συνήγορος του Πολίτη, καθώς και η Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία. Οι επισημάνσεις αυτές στο μεγαλύτερο μέρος τους ενσωματώνονται στον Ν4509/2017.

Σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση για τον Ν4509/2017 παρατηρούνται μια σειρά από αλλαγές στο άρθρο 69, ξεκινώντας από τον καθορισμό του δικαστηρίου ως μόνου αρμόδιου για την επιβολή των μέτρων. Ο όρος «ακαταλόγιστοι εγκληματίες» καταργείται και οι παραβατικοί ασθενείς αναφέρονται πια ως «άτομα που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής».

Ορίζεται ότι για να επιβληθεί το μέτρο, πρέπει το πλημμέλημα να απειλείται με ποινή τουλάχιστον ενός (1) έτους και όχι τουλάχιστον έξι (6) μηνών, όπως προβλεπόταν προηγουμένως. Ωστόσο, ο νέος νόμος επιτρέπει την επιβολή του μέτρου και στην περίπτωση επικίνδυνης σωματικής βλάβης, μειώνοντας την απαιτούμενη βαρύτητα του αδικήματος σε περίπτωση εγκλημάτων κατά της ζωής ή της σωματικής ακεραιότητας (ποινή τουλάχιστον 3 μήνες). Απαγορεύει όμως ρητά την επιβολή του μέτρου σε περιπτώσεις εγκλημάτων κατά της ιδιοκτησίας και της περιουσίας που δεν εμπεριέχουν χρήση βίας ή απειλή βίας, όπως άλλωστε και σε πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Διευκρινίζει ότι τα μέτρα επιβάλλονται από το δικαστήριο όταν κρίνει ότι, «εξαιτίας της κατάστασης του υπαιτίου, υπάρχει κατά το χρόνο έκδοσης της απόφασης κίνδυνος, αν αφεθεί ελεύθερος, να τελέσει και άλλα τουλάχιστον ανάλογης βαρύτητας εγκλήματα», αποφεύγοντας γενικές στιγματιστικές αναφορές σε «επικίνδυνους για τη δημόσια ασφάλεια».

Προϋποθέτει τη σύνταξη δύο πραγματογνωμοσυνών, μία πλησιέστερα στο αδίκημα και μία πλησίον της δίκης, στις οποίες προτείνεται και το κατάλληλο μέτρο θεραπείας. Οι γιατροί που συντάσσουν την πραγματογνωμοσύνη εισηγούνται και το κατάλληλο μέτρο, δηλαδή νοσηλεία σε (ειδικό ή γενικό) ψυχιατρικό τμήμα (ειδικού ή γενικού) δημόσιου νοσοκομείου ή υποχρεωτική παρακολούθηση σε Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείου ή Κέντρο Ψυχικής Υγείας για το συγκεκριμένο άτομο.

Αντίστοιχες αλλαγές στο άρθρο 70**,** σύμφωνα και πάλι με την αιτιολογική έκθεση του νόμου, αποτελούν η αλλαγή του όρου «φύλαξη» σε «θεραπεία», καθώς και ο ορισμός μέγιστου χρόνου διάρκειας του μέτρου, ως 2 (δύο) έτη για τα πλημμελήματα και ως 5 (πέντε) έτη για τα κακουργήματα. Ωστόσο επιτρέπει την παράταση του μέτρου για τον ίδιο κατά ανώτατο χρόνο, αν αυτό επιβάλλεται για τις ανάγκες θεραπείας.

Επιπλέον, διευκρινίζεται ότι θα ελέγχεται σε ετήσια βάση αυτεπαγγέλτως από το δικαστήριο η ανάγκη διατήρησης, άρσης ή αντικατάστασης του μέτρου, σε αντίθεση με τον έλεγχο ανά τριετία με το παλαιό καθεστώς. Στο δικαστήριο αυτό θα πρέπει να καλείται ο θεραπευόμενος μαζί με τον συνήγορό του, καθώς και η διεύθυνση της μονάδας όπου εκτελείται το μέτρο, να διατυπώσουν τις θέσεις τους. Σε περίπτωση απόρριψης της αίτησης, υποχρεούται το δικαστήριο να αιτιολογήσει σχετικά με την ανάγκη διατήρησης του μέτρου θεραπείας. Σε περίπτωση που ο θεραπευόμενος δεν έχει συνήγορο, διορίζεται συνήγορος αυτεπαγγέλτως, κατά τις διατάξεις του άρθρου 340 του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας, τόσο για παράσταση στο Τριμελές Πλημμελειοδικείο, όσο και στο Εφετείο.

Διευρύνεται η ομάδα των ασθενών στους οποίους μπορεί να επιβληθεί το μέτρο, ώστε να περιλαμβάνει και τα άτομα με μειωμένο καταλογισμό λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής, όταν το δικαστήριο κρίνει ότι υπάρχει κατά το χρόνο έκδοσης της απόφασης κίνδυνος να τελέσουν και άλλα τουλάχιστον ανάλογης βαρύτητας εγκλήματα. Επίσης, περιλαμβάνονται επιπλέον άτομα με ψυχιατρικό ιστορικό μέχρι την εκδίκαση της υπόθεσής τους, ώστε να διασφαλιστεί η θεραπεία τους. Για την τελευταία αυτή περίπτωση η επιβολή του περιοριστικού όρου της νοσηλείας στον υπόδικο κατηγορούμενο είναι υποχρεωτική για το δικαστικό συμβούλιο.

Με οδηγό τη διαφύλαξη των θεμελιωδών δικαιωμάτων των ασθενών παρέχεται πλέον στον κατηγορούμενο δικαίωμα άσκησης έφεσης κατά της αθωωτικής απόφασης που επιβάλλει το μέτρο του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα, αλλά και κατά εκείνης που διατάσσει την παράτασή του.

Διευκρινίζεται με τρόπο σαφή ότι τα μέτρα υπηρετούν θεραπευτικούς σκοπούς, ενώ κατά την εφαρμογή τους πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι διεθνώς αναγνωρισμένοι κανόνες προάσπισης των ατομικών ελευθεριών και ο Κώδικας Ιατρικής και Νοσηλευτικής Δεοντολογίας, τα αναγνωρισμένα πρωτόκολλα ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς η αναλογικότητα των διατάξεων του Σωφρονιστικού Κώδικα, εφόσον αυτή δεν προσκρούει στους επιδιωκόμενους θεραπευτικούς σκοπούς. Δεδομένου ότι σκοπός του μέτρου είναι η θεραπεία, η οποία πρέπει να εξατομικεύεται για να είναι αποτελεσματικότερη, ο νόμος επιτρέπει ένα ευρύ φάσμα σύγχρονων θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Ρυθμίζεται επιπλέον ο νέος θεσμός της υποχρεωτικής θεραπείας και παρακολούθησης σε εξωνοσοκομειακή μονάδα ψυχικής υγείας (Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας) ή σε εξωτερικό ιατρείο δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου. Από τον νομοθέτη κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική καινοτομία ότι ο θεράπων ψυχίατρος οφείλει να προτείνει εξατομικευμένο θεραπευτικό σχέδιο, το οποίο κοινοποιεί στον αρμόδιο εισαγγελέα, αλλά και ενημερώνει σχετικά με την ανταπόκριση και συμμόρφωση του θεραπευόμενου προς αυτό, αλλά και για την πιθανή ανάγκη τροποποίησής του.

Ο εισαγγελέας που ενημερώνεται και εποπτεύει όλες τις διαδικασίες που ορίζονται από τα άρθρα 69 και 70^{A} του Ποινικού Κώδικα, ορίζεται κάθε έτος από την Εισαγγελία του τόπου όπου εφαρμόζεται το μέτρο. Ο ρόλος του είναι κρίσιμος τόσο ως προς τη διασφάλιση του σεβασμού των ατομικών ελευθεριών των θεραπευόμενων, όσο και ως προς την τήρηση των περιορισμών που επιβάλλουν οι δικαστικές αρχές.

Προς την κατεύθυνση ακριβώς της προστασίας των δικαιωμάτων αυτής της ευάλωτης ομάδας του πληθυσμού ορίζονται οι Αρχές που ελέγχουν την εκτέλεση των μέτρων θεραπείας τόσο γενικά, όπως ο Συνήγορος του Πολίτη και η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, όσο και ειδικά, όπως το Σώμα Επιθεώρησης και Ελέγχου Καταστημάτων Κράτησης του Υπουργείου Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων για τα ψυχιατρικά τμήματα των καταστημάτων κράτησης και το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας του ν. 2920/2001 για τις μονάδες που υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας.

Τέλος, ορίζεται σαφώς ότι «τα μέτρα λήγουν όταν εκλείψει ο λόγος για τον οποίο επιβλήθηκαν, όταν, δηλαδή, δεν θεωρείται πλέον πιθανό ότι το άτομο θα τελέσει νέα εξίσου σοβαρά εγκλήματα στο μέλλον». Η διαδικασία ξεκινά με ευθύνη του επιστημονικού διευθυντή όπου εκτελείται το μέτρο, ο οποίος μεριμνά περαιτέρω για τη συνέχεια της φροντίδας και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ατόμου.

Σε κάθε περίπτωση το μέτρο θεραπείας που αφορά σε ενδονοσοκομειακή νοσηλεία εφαρμόζεται στα τρία ψυχιατρεία της χώρας: Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης και Δρομοκαΐτειο. Ο ν.4509/2017 ορίζει με σαφήνεια τον τρόπο λειτουργίας ψυχιατρικών τμημάτων και τονίζει τον θεραπευτικό χαρακτήρα, καθώς και τον επανενταξιακό προσανατολισμό της νοσηλείας.

Α. 3.2 Ψυχιατρική εκτίμηση της ικανότητας καταλογισμού

Όσον αφορά την ψυχιατρική, η εκτίμηση του δράστη ενός αδικήματος γίνεται στα πλαίσια της ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης, η οποία ορίζεται ως εκτίμηση που πραγματοποιείται από ψυχιάτρους στα πλαίσια της ποινικής διαδικασίας, προκειμένου να βοηθήσει το δικαστήριο να καταλήξει σε ορθή απόφαση. Είναι σαφές πως αυτή η εκτίμηση δεν έχει θεραπευτικό σκοπό και δεν προστατεύεται από το ιατρικό απόρρητο, οπότε ο εξεταζόμενος πρέπει να ενημερωθεί σχετικά. Σκοπός της πραγματογνωμοσύνης είναι να απαντήσει σε ερωτήματα που τίθενται από το δικαστήριο, όπως η ψυχική κατάσταση κατά την τέλεση του αδικήματος, η ικανότητα να αντιληφθεί ο δράστης το άδικο της πράξης του, καθώς και την απειλούμενη ποινή, η ικανότητα να παραστεί κανείς στο δικαστήριο κλπ.

Ο πραγματογνώμων διορίζεται είτε αυτεπαγγέλτως από την εισαγγελία, είτε από τους διαδίκους. Κατά την προετοιμασία, ο πραγματογνώμων λαμβάνει πληροφορίες από τον ίδιο τον ασθενή, αλλά και από άλλες πηγές, χορηγεί και εκτιμά ψυχομετρικά τεστ, και τέλος οδηγείται σε συμπεράσματα όσο το δυνατόν πιο αντικειμενικά, τα οποία καταγράφει συντάσσοντας την πραγματογνωμοσύνη. Η πραγματογνωμοσύνη πρέπει να χαρακτηρίζεται από απλό, λιτό και σαφή λόγο, προκειμένου να γίνει κατανοητή από το δικαστήριο και να είναι εμφανές και σε μη ψυχιάτρους πως βασίζεται σε ευρήματα από την εξέταση (Heilbrun et al 2003).

Η συλλογή των στοιχείων περιλαμβάνει προηγούμενα ψυχιατρικά ιστορικά και θεραπείες που είχαν δοκιμαστεί, το αποτέλεσμα των προηγούμενων θεραπευτικών επιλογών, προηγούμενες ψυχομετρικές δοκιμασίες, λοιπό ιατρικό ιστορικό, επίπεδο εκπαίδευσης και πιστοποιητικά σπουδών, κοινωνικό και εργασιακό ιστορικό, στοιχεία από τη δικογραφία, καθώς και τυχόν κείμενα του δράστη (Δουζένης 2008).

Κατά τη συνέντευξη ο πραγματογνώμων θέτει ανοικτές ερωτήσεις, προκειμένου να επιτρέψει, αλλά και να παροτρύνει τον δράστη να εκφράσει ελεύθερα την άποψη του για το συμβάν. Στην πορεία μπορεί να εστιάσει σε θέματα ή σημεία που ο ίδιος θεωρεί πιο ουσιαστικά στην εξέταση ή που χρειάζονται περαιτέρω διευκρινίσεις. Είναι αναμενόμενο ο εξεταζόμενος να επιχειρήσει να δώσει πληροφορίες για μια εκδοχή της πραγματικότητας ευνοϊκότερη προς αυτόν, οπότε ο πραγματογνώμων

πρέπει να το λαμβάνει αυτό υπόψη του. Έτσι, μπορεί ο δράστης από τη δική του μεριά να προσπαθεί να μειώσει τη βαρύτητα των πράξεων, ενώ αντιθέτως το θύμα να υπερβάλλει για το μέγεθος της βλάβης,

Ο χρόνος της πραγματογνωμοσύνης είναι συχνά καθοριστικός, διότι αν η εξέταση απέχει χρονικά από την πράξη, η ανάμνηση μπορεί να μην είναι ακριβής ή να είναι επηρεασμένη από μεταγενέστερα γεγονότα ή και από επιρροές τρίτων. Επίσης το συναίσθημα, η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, συμπεριλαμβανομένου του αλκοόλ κλπ., μπορούν να επηρεάσουν τη δυνατότητα του δράστη να ανακαλέσει τα γεγονότα τα σχετικά με το συμβάν. Επιπλέον, ο δράστης μπορεί να έχει προετοιμαστεί από τον συνήγορό του, προκειμένου να επηρεάσει την έκβαση, αλλά και ο ίδιος ο δράστης μπορεί να μάθει πώς να απαντά σε ερωτήσεις προς όφελός του, αν υποβληθεί σε πολλαπλές αξιολογήσεις από διάφορους εξεταστές.

Η χορήγηση ψυχομετρικών δοκιμασιών από εκπαιδευμένο αξιολογητή, μπορεί να δώσει πληροφορίες για την ψυχική κατάσταση του δράστη, όσον αφορά την προσωπικότητα, το άγχος, το συναίσθημα, την ύπαρξη ψυχωτικής διεργασίας κλπ. Ειδικά τα προβολικά τεστ μπορούν να δώσουν σημαντικές πληροφορίες για το ενδεχόμενο ψύχωσης και είναι αρκετά αξιόπιστα, καθώς ο εξεταζόμενος δεν μπορεί να προβλέψει την ερμηνεία των απαντήσεών του. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν διάφορα εργαλεία με άλλοτε άλλη εξειδίκευση, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε ευρήματα που συνεκτιμώνται με την κλινική εικόνα.

Μετά τη συλλογή όλων των δεδομένων, ακολουθεί η ανάλυσή τους. Αυτή μπορεί να αποδειχθεί επίπονη ως διαδικασία, καθώς πολλές φορές είναι δύσκολο να διαχωριστούν κάποιες καταστάσεις μεταξύ τους, ακριβώς λόγω των πολλών παραγόντων που μπορεί να οδηγούν στη διάπραξη ενός αδικήματος. Αν υπάρχει πχ ψυχωτική διεργασία, αλλά και χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, τα δεδομένα αλλάζουν. Λαμβάνονται υπόψη, επίσης, και όλοι οι ψυχοπιεστικοί παράγοντες πριν το αδίκημα που μπορεί να επηρέασαν σημαντικά τον δράστη.

Στα πλαίσια της πραγματογνωμοσύνης χρειάζεται να εκτιμηθεί επιπλέον αν ο δράστης συνεχίζει να είναι επικίνδυνος προς τον εαυτό ή τρίτους, και αν είναι πιθανό να διαπράξει άλλα τουλάχιστον ίδιας βαρύτητας εγκλήματα. Από τη σκοπιά βέβαια της ψυχιατρικής, αυτό είναι πολύ δύσκολο εγχείρημα, καθώς θεωρεί πως όλες οι συμπεριφορές είναι αποτέλεσμα πολύπλοκων αλληλεπιδράσεων μεταξύ περιβαλλοντικών παραγόντων με την προσωπικότητα και τη βιολογική κατάσταση του υποκειμένου τη δεδομένη στιγμή. Από τη συνεκτίμηση όλων των παραγόντων και των κινδύνων, γίνεται προσπάθεια ώστε να μην χαρακτηριστεί ως επικίνδυνος ένας ασθενής που δεν θα εγκληματήσει στο

μέλλον, και χωρίς επικινδυνότητα κάποιος που, απολαμβάνοντας τις ελευθερίες αυτής της εκτίμησης, θα διαπράξει ένα νέο αδίκημα.

Α. 3.3 Καταλογισμός στις ψυχιατρικές παθήσεις

Ο νομοθέτης σύμφωνα με τον ισχύοντα ως το 2019 Ποινικό Κώδικα επέλεξε να μιλά για διατάραξη των πνευματικών λειτουργιών, εννοώντας ενδεχομένως όλες τις πνευματικές λειτουργίες, δηλαδή και το συναίσθημα και τη βούληση, και όχι μόνον τις ανώτερες πνευματικές λειτουργίες, όπως η μνήμη, η προσοχή και η συγκέντρωση (Λειβαδίτης 2008). Ο όρος νοσηρή διατάραξη φαίνεται να χρησιμοποιείται κατ' αναλογία της ψυχικής διαταραχής, όπως χρησιμοποιείται στην ψυχιατρική, αφήνοντας όμως με αυτόν τον τρόπο περιθώρια για παρερμηνείες ή τουλάχιστον δυσκολία στη διεπιστημονική επικοινωνία.

Επιπλέον, ο νομοθέτης αναφερόταν στη διατάραξη της συνείδησης, υπονοώντας ενδεχομένως καταστάσεις που από μόνες τους είναι ή δεν είναι νοσηρές, ωστόσο μπορούν να επηρεάσουν την ικανότητα του ατόμου να δράσει ανάλογα με την αντίληψη του για την πραγματικότητα τη δεδομένη χρονική στιγμή (Λειβαδίτης 2008), όπως η υπνηλία, η υπογλυκαιμία η επιληψία στην επιληπτική κρίση κλπ.

Σήμερα, με την εφαρμογή του ν.4619/2019, το άρθρο34 αναφέρει πια «Η πράξη δεν καταλογίζεται στον δράστη αν λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής ή διατάραξης της συνείδησης κατά τον χρόνο τέλεσής της, δεν είχε την ικανότητα να αντιληφθεί το άδικο της πράξης του ή να ενεργήσει σύμφωνα με την αντίληψή του για το άδικο αυτό». Με αυτόν τον τρόπο ο νομοθέτης επιχείρησε να εξομαλύνει την επικοινωνία μεταξύ της ψυχιατρικής και της ποινικής δικαιοσύνης, χρησιμοποιώντας όρους που προτείνει σήμερα η ιατρική επιστήμη.

Δύο είναι τα κριτήρια που χρησιμοποιούσε και χρησιμοποιεί ο νόμος για τη διαπίστωση της ανικανότητας για καταλογισμό:

- Ένα βιολογικό ή περιγραφικό κριτήριο που έχει ως περιεχόμενο την ψυχική ή διανοητική διαταραχή ή την απλή διατάραξη της συνείδησης του δράστη και
- Ένα αξιολογικό ή ψυχολογικό κριτήριο, που έχει ως περιεχόμενο την ανικανότητα του δράστη να αντιληφθεί τον άδικο χαρακτήρα της πράξης του ή να ενεργήσει σύμφωνα με την αντίληψή του για αυτόν τον άδικο χαρακτήρα.

Η ανικανότητα αντίληψης του άδικου χαρακτήρα της πράξης θα μπορούσε να παρομοιασθεί με την συμπεριφορά ενός οδηγού αυτοκινήτου που δεν βλέπει ότι πάει στον γκρεμό. Η ανικανότητα

συμμόρφωσης με την αντίληψη για το άδικο θα μπορούσε να παρομοιασθεί με την συμπεριφορά ενός οδηγού αυτοκινήτου, που βλέπει μεν ότι πάει στο γκρεμό, αλλά δεν μπορεί να φρενάρει, διότι δεν πιάνουν τα φρένα του (mylinablog 2013). Ο νόμος ζητά ο δράστης, όταν τελεί την πράξη, να βρίσκεται είτε σε ανικανότητα αντίληψης του άδικου χαρακτήρα της πράξης, είτε σε ανικανότητα συμμόρφωσης αν καταλάβαινε ότι αυτό που κάνει είναι άδικο. Πρέπει συνεπώς για να κριθεί ανίκανος για καταλογισμό ο δράστης να υπάρχουν στο πρόσωπό του και τα δύο κριτήρια που ζητάει ο νόμος, και το βιολογικό και το αξιολογικό.

Στην ιστορική εξέλιξη της έννοιας και του τρόπου απονομής δικαιοσύνης, ένας από τους σημαντικότερους σταθμούς είναι η δημόσια αναγνώριση ότι ορισμένοι δράστες εγκλημάτων δεν έχουν ευθύνη για τις πράξεις τους και δεν πρέπει να τιμωρούνται. Με απλότητα διατύπωσε αυτό το νόημα το 1822, η Β' Εθνική Συνέλευση των Ελλήνων στο Άστρος Κυνουρίας: «Ο μανιακός και ο έχων ηλικίαν κατωτέραν των 7 ετών, εάν φονεύση να συγχωρείται». Έτσι, η διαπίστωση της ανευθυνότητας του δράστη είχε ως επακόλουθο να μην του καταλογίζεται η πράξη και να απαλλάσσεται από κάθε ποινή (Στριγγάρης Ποιν Χρ ΛΓ).

Για τον μειωμένο καταλογισμό σύμφωνα με το Άρθρο 36 ΠΚ: 1.« Αν εξαιτίας κάποιας από τις ψυχικές καταστάσεις που αναφέρονται στο άρθρο 34, δεν έχει εκλείψει εντελώς, μειώθηκε όμως σημαντικά η ικανότητα για καταλογισμό που απαιτείται κατά το άρθρο αυτό, επιβάλλεται ποινή ελαττωμένη (άρθρο 83).» 2. Η διάταξη της προηγούμενης παραγράφου δεν εφαρμόζεται στην περίπτωση της υπαίτιας μέθης». Σήμερα με τον ν.4619/2019 η παράγραφος 2 αντικαταστάθηκε ως εξής: «Η διάταξη αυτή δεν εφαρμόζεται σε περίπτωση υπαίτιας κατά την έννοια του άρθρου 35 πρόκλησης της μειωμένης ικανότητας».

Η ελαττωμένη ή περιορισμένη ικανότητα για καταλογισμό συνιστά μια ιδιαίτερη μορφή της ικανότητας για καταλογισμό, υπό την έννοια ότι ο ελαττωμένα ικανός για καταλογισμό είναι κατ' αρχάς ικανός για καταλογισμό, και έτσι θα πρέπει να ενσωματώνεται σε εκείνη την ομάδα ατόμων από την οποία το δίκαιο δικαιούται να προσδοκά συμμόρφωση προς τους κανόνες του. Θέση που επιβεβαιώνεται και νομολογιακά, καθώς έχει κριθεί «πως η ελαττωμένη ικανότητα προς καταλογισμό δεν αποτελεί ενδιάμεσο μέγεθος μεταξύ υπάρξεως και ελλείψεως ικανότητας για καταλογισμό, αλλά ιδιάζουσα μορφή ικανότητας προς καταλογισμό, μέσω της οποίας λαμβάνεται υπόψη το γεγονός ότι και στον ικανό για καταλογισμό δράστη μπορεί να είναι ευκολότερο ή δυσκολότερο να επιτύχει την αναμενόμενη (και απαιτούμενη) από το δίκαιο αντίληψη του αδίκου (ΑΠ 846/2012, 642/2011, 1563/2010, 1316/2009, 1218/2008 (Α' δημοσίευση ΝΟΜΟΣ), συνεπώς και τον αντίστοιχο έλεγχο της συμπεριφοράς του (Συμβ. Πλημ. Ξάνθης 22/2009 ΠοινΔικ 2010,973, Συμβ. ΑΠ 1487/2004 Ποιν. Δικ

2004, 142, Συμβ. ΑΠ 135/2001 Ποιν. Χρ ΝΑ',552). Συνεπώς όπως παρατηρεί ο Μαγκάκης «δεν ομιλούμε για μερική ικανότητα διάκρισης του αδίκου, αλλά για λόγο μείωσης της βαρύτητας της προσωπικής μομφής του δράστη».

Έτσι ο δράστης, δεδομένου ότι βρισκόταν σε κατάσταση όπου δυσκολευόταν να αντιληφθεί το άδικο της πράξης του ή να ενεργήσει σύμφωνα με την αντίληψή του για το άδικο αυτό, κρίνεται μεν αξιόμεμπτος, γιατί δεν μπόρεσε να υπερβεί αυτή τη δυσκολία, αλλά όχι τόσο όσο οι δράστες που δεν παρουσιάζουν παρόμοιες διαταραχές. Τυπικές περιπτώσεις αποτελούν και εδώ η νοητική έκπτωση, η ψύχωση, μέτρια αλλοίωση της συνείδησης (πχ σύγχυση), η δράση υπό το κράτος μιας έντονης παρόρμησης (οργή, χαρά, θλίψη, δυσφορία κλπ.) ή και η άμβλυνση των ανασταλτικών ψυχικών λειτουργιών (όπως ο φόβος ή η ντροπή) στα πλαίσια μιας ψυχολογικής (πχ παλινδρόμηση) ή οργανικής διεργασίας (πχ μέθη).

Οι ψυχώσεις παραμένουν μια ακραία κατάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης, που από τη γέννηση της κλινικής ψυχιατρικής έχουν σαν κύριο χαρακτηριστικό τη διαταραχή της σχέσης του πάσχοντος με την πραγματικότητα. Ο ψυχικά πάσχων σαφώς δεν μοιράζεται την ίδια πραγματικότητα με τους υγιείς, τους κανόνες, τους νόμους, τα όρια και θεωρείται πως ο ίδιος δεν έχει επίγνωση των συνεπειών του λόγου και των πράξεων του, δεν μπορεί να συναινέσει στην τήρηση του ισχύοντος κοινωνικού συμβολαίου. Από μια άλλη οπτική, ο ψυχιατρικός παραβατικός ασθενής χρειάζεται να αντιμετωπιστεί τόσο από τη νομική επιστήμη όσο και από την ψυχιατρική, ως δρών υποκείμενο, για το οποίο η πράξη του έχει το δικό της νόημα, που χρειάζεται να κατανοηθεί. Υποστηρίζεται ότι το ψυχικό του δράμα δεν τον καθιστά ανεύθυνο, καθώς και για λόγους ψυχικής οικονομίας ο ίδιος νιώθει πως θα πρέπει να τιμωρηθεί. Το ψυχωτικό υποκείμενο είναι και πρέπει να θεωρείται υποκείμενο δικαίου από αυτή την οπτική (Στυλιανίδης 1997).

Η μετάβαση από την τιμωρία στη θεραπεία, τόσο ψυχικά όσο και πρακτικά, εμπλέκοντας όμως και τον ίδιο τον ασθενή με υπευθυνότητα, είναι ουσιαστική για την αντιμετώπιση αυτής της ειδικής κατηγορίας ασθενών. Τη στιγμή βέβαια που η ψυχιατρική αναλαμβάνει τη διαχείριση της σοβαρής ψυχικής νόσου έρχεται αντιμέτωπη με μια βασική αντίθεση που τη χαρακτηρίζει διαχρονικά, τη θέση της μεταξύ θεραπείας- φροντίδας του πάσχοντος υποκειμένου και κοινωνικού ελέγχου της εκτροπής.

Α. 4 Ο ρόλος των Μ.Μ.Ε και το διπλό στίγμα των ακαταλόγιστων ψυχιατρικών ασθενών

Οι ακρότητες και οι συγκρούσεις προσδιορίζουν την «εμπορική αξία» της είδησης. Συνεπώς, τα βίαια ή ακραία περιστατικά, το έγκλημα, η επικινδυνότητα ή ακόμα και η θυματοποίηση του ψυχικά πάσχοντα, είναι αυτά που κατεξοχήν προβάλλονται ως αναφορά στην ψυχική νόσο.

Τα συνηθέστερα κοινωνικά στερεότυπα που συντηρούν τον στιγματισμό των ψυχικά ασθενών είναι (Byrne 1997, Angermeyer & Matscinger H.2004, Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία 2003):

- «Οι ψυχικά ασθενείς είναι απρόβλεπτοι, βίαιοι, επικίνδυνοι και ενδέχεται να μολύνουν άλλους με την τρέλα τους».
- «Είναι προσωπικά υπεύθυνοι για τη νόσο τους, η οποία οφείλεται στα προσωπικά τους λάθη, στον ασθενικό τους χαρακτήρα, στις ηθικές τους αδυναμίες (το άτομο θα μπορούσε να το ξεπεράσει αν το ήθελε)».
- «Υπεύθυνοι για τη σχιζοφρένεια είναι οι γονείς».

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η αναζήτηση σχετικά με το από πού ενημερώνεται το κοινό και πώς σχηματίζει γνώμη. Πανελλαδική έρευνα στον γενικό πληθυσμό έδειξε ότι η πλειοψηφία ενημερώνεται για θέματα που αφορούν την ψυχική υγεία και ασθένεια από τα ΜΜΕ. Ως βασική πηγή πληροφόρησης του κοινού αναδείχθηκε η τηλεόραση (66%), ενώ ακολουθούν οι εφημερίδες (6,6%), τα περιοδικά (4,3%) και το ραδιόφωνο (3,7%). Η τηλεόραση αναδείχθηκε ως βασική πηγή πληροφόρησης στους εφήβους (Οδηγός για τους επαγγελματίες των ΜΜΕ, 2007).

Το στίγμα που συνοδεύει τις ψυχικές διαταραχές αποδεικνύεται ανθεκτικό στον χρόνο, παρά την επιστημονική πρόοδο και τον εξορθολογισμό των αντιλήψεων. Οι αρνητικές κοινωνικές στάσεις απέναντι στα άτομα με ψυχική νόσο, απηχώντας δοξασίες του παρελθόντος, ενσαρκώνονται, στην πιο πρόσφατη εκδοχή τους, σε φόβους διατάραξης και απειλής. Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ) φαίνεται να έχουν παίξει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της σύγχρονης εικόνας του ψυχικά ασθενούς και στη διαιώνιση του στίγματος (Οικονόμου και συν 2005). Διεθνή στοιχεία επιβεβαιώνουν πως η ακραία βία αντιμετωπίζεται ως αποτέλεσμα ψυχικής ασθένειας και, αντιστρόφως, η εικόνα του ψυχικά ασθενούς παραπέμπει σε σοβαρά εγκλήματα (Cutcliffe & Hannigan 2001, Coverdale, Nairn & Claasen 2002).

Οι Economou M et al (2005) σε μια πρώτη συστηματική μελέτη αποσπασμάτων τύπου όπου υπήρχαν αναφορές στην ψυχική ασθένεια από το Πρόγραμμα «αντι-στίγμα», αποτύπωσαν μια εικόνα που προσομοιάζει με τα διεθνή ερευνητικά στοιχεία. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 204 άρθρα εγχώριων εφημερίδων και περιοδικών που δημοσιεύθηκαν κατά την περίοδο Ιούλιος–Νοέμβριος 2001. Αυτά κατηγοριοποιήθηκαν στις ακόλουθες θεματικές ενότητες: δομές ψυχικής υγείας (40,2%), αγχώδεις διαταραχές (19,1%), συναισθηματικές διαταραχές (13,7%), προσωπικές γνώμες (13,7%) και σχιζοφρένεια (13,2%). Στα αποτελέσματα της η μελέτη καταλήγει πως το 10,3% των δημοσιευμάτων ήταν στιγματιστικά, με επικρατέστερη αναπαράσταση για την ψυχική ασθένεια –και ειδικότερα για

τη σχιζοφρένεια– τη σύνδεσή της με τη βία και την επικινδυνότητα. Παρατηρήθηκε ότι τα δημοσιεύματα που αναπαρήγαγαν με τρόπο στιγματιστικό τη σύνδεση της ψυχικής νόσου με το έγκλημα είχαν υπερμεγέθεις και εμφατικούς τίτλους, σε σύγκριση με τα ουδέτερα ή τα αντι-στιγματιστικά άρθρα. Επίσης, από την έρευνα προέκυψε ότι, ενώ στις μισές περιπτώσεις των άρθρων που συμπεριελήφθησαν (τα οποία ήταν γραμμένα από δημοσιογράφους) συμπεριλάμβαναν απόψεις και σχόλια ειδικών επιστημόνων και το 1/4 των δημοσιευμάτων έκανε αναφορά σε σχετική επιστημονική έρευνα, ωστόσο, μόλις στο 6,9% το άρθρο είχε γραφεί από ειδικούς στην ψυχική υγεία, ενώ βεβαίως απουσίαζε η «φωνή» των ίδιων των ασθενών και των οικογενειών τους ή και των οργανώσεων που τους εκπροσωπούν.

Ακολούθως, οι ερευνητές συνέκριναν τα αποτελέσματα μεταξύ 2001 και 2011 για τον τρόπο που ο τύπος αναπαριστά την ψυχική ασθένεια. Παρατήρησαν βελτίωση σχετικά με το παρελθόν, γεγονός που καταδεικνύει υποχώρηση της στιγματιστικής «διάθεσης» των δημοσιευμάτων, ειδικά ως προς τη σχιζοφρένεια. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε θεαματική αύξηση των ουδέτερων απέναντι στον ψυχικά πάσχοντα κειμένων. Οι συγγραφείς καταλήγουν πως η υποχώρηση της τάσης για συναισθηματικά φορτισμένες περιγραφές και η στροφή των δημοσιογραφικών πρακτικών προς πιο αντικειμενικές παρουσιάσεις μπορεί να αποδοθεί στις στοχευμένες στον χώρο των ΜΜΕ δράσεις για αντιμετώπιση του στίγματος που έχουν γίνει κατά την τελευταία δεκαετία. Ωστόσο, η έκφραση στίγματος ενδεχομένως να ακολουθεί λανθάνουσες οδούς, όπως προκύπτει από τις σημασιολογικές υποδηλώσεις της μεταφορικής χρήσης ψυχιατρικών όρων και την επίμονη προβολή της ψυχικής νόσου (ως αδιαφοροποίητης οντότητας) με αφορμή βίαια εγκλήματα (Οικονόμου και συν 2015).

Από τα ανωτέρω προκύπτει ότι, δεδομένου ότι είναι μικρός ο αριθμός των ψυχικά πασχόντων που διαπράττουν ανθρωποκτονία, ο φόβος της κοινής γνώμης για την εγκληματικότητα των ψυχικά πασχόντων δεν δικαιολογείται από τη συχνότητα διάπραξης εγκλημάτων από τους ασθενείς αυτούς. Το απρόβλεπτο της συμπεριφοράς, αλλά και η βιαιότητα που χαρακτηρίζει αυτά τα εγκλήματα, οδηγούν σε αυτή την υπερπροβολή από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Επίσης, σημαντικό ρόλο παίζει ο τρόπος που δραματοποιούνται αυτές οι ειδήσεις, με πομπώδη μουσική, ζουμ στα πρόσωπα του δράματος, χρήση λέξεων με βαρύ συναισθηματικό φορτίο και πομπώδες ύφος του δημοσιογράφου που καλύπτει το συμβάν. Με αυτόν τον τρόπο στοχεύουν στην εντονότερη συναισθηματική αντίδραση του κοινού, αναφέρονται ή επιχειρούνται βιαστικές διαγνώσεις από μη ειδικούς, ενισχύοντας τις αντιλήψεις περί επικινδυνότητας της ψυχικής ασθένειας. Συχνά προβάλλονται συνεντεύξεις που τονίζουν την πρότερη φιλήσυχη ζωή του εγκληματία, ακολουθεί χαρακτηρισμός του εγκλήματος με επίθετα όπως «φρικιαστικό», «αποτρόπαιο», στοχεύοντας τελικά στην ανάδειξη του απρόβλεπτου και

τελικά στον φόβο. Ο φόβος αυτός όμως εγκλωβίζει τόσο αυτούς που τον νιώθουν, όσο κι αυτούς που τον εισπράττουν, δημιουργεί προκαταλήψεις και τελικά περιορίζει τη σκέψη και στερεί ελευθερία.

Σε έρευνα στις ΗΠΑ που εξέτασε τα ρεπορτάζ για εγκληματικές ενέργειες στη χώρα αποκαλύφθηκε ότι πάνω από τα τρία τέταρτα (76%) του κοινού υποστήριξαν ότι οι απόψεις τους για το έγκλημα καθορίζονται από τα ρεπορτάζ που προβάλλονται στα δελτία ειδήσεων ή δημοσιεύονται στις εφημερίδες, σε αντίθεση με ένα αρκετά μικρότερο ποσοστό (22%), οι οποίοι δήλωσαν ότι οι πρωτογενείς πληροφορίες για εγκληματικές πράξεις προέρχονται από προσωπικά βιώματα (Dorfman 2001).

Ο ρόλος των ΜΜΕ γίνεται φανερός, αν λάβει κανείς υπόψη του πανελλαδική έρευνα που επιβεβαιώνει πως η πλειοψηφία του γενικού πληθυσμού ενημερώνεται για θέματα ψυχικής υγείας και ασθένειας κυρίως από την τηλεόραση, όπως προαναφέρθηκε. Στην ίδια έρευνα διαπιστώθηκε πως οι γνώσεις του κοινού είναι ελλιπείς και εμποτισμένες με μύθους, όπως ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν διχασμένη προσωπικότητα (81.3%), δεν μπορούν να εργαστούν (78%) ή είναι βίαια και επικίνδυνα (74.6%). Από την άλλη μεριά, η έρευνα έδειξε πως η γνώση και η εξοικείωση με τη συγκεκριμένη πραγματικότητα του ατόμου με σχιζοφρένεια είναι αυτή που συντελεί ουσιαστικά στη μείωση της κοινωνικής αντίδρασης (Οδηγός για τους Επαγγελματίες των ΜΜΕ).

Α. 5 Ψυχιατρικές διαταραχές σε κρατούμενους

Ο πληθυσμός των τροφίμων των σωφρονιστικών ιδρυμάτων ανήκει στις ευάλωτες ομάδες για την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών, αφού, στο σύνολό του σχεδόν, χαρακτηρίζεται από μια σειρά ψυχοκοινωνικών παραγόντων κινδύνου, οι οποίοι συμβάλλουν στην εμφάνιση ψυχοπαθολογίας και στον γενικό πληθυσμό (Lindquist & Lindquist 1997). Τέτοιοι παράγοντες, είναι η χαμηλή μόρφωση, το να προέρχεται κανείς από μειονοτικές ομάδες, η ηλικία και το φύλο.

Στις ΗΠΑ το Bureau of Justice Statistics αναφέρει πως, βάση έρευνας το 2002 που κατέγραψε με εργαλεία αυτο-αναφοράς πάνω από 6.000 τυχαίους κρατούμενους σε κρατητήρια (προ της δίκης και του ορισμού ποινής φυλάκισης), 64% αυτών είχαν κάποια ψυχιατρική πάθηση (κατάθλιψη, μανία ή ψύχωση) και 24% είχαν ψυχωτική συμπτωματολογία τον τελευταίο χρόνο. Επίσης, 1/3 αυτών με ψυχιατρικά προβλήματα ανέφεραν χρήση ουσιών κατά τη σύλληψη, και 76% είχαν ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ ή ουσιών. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους κρατούμενους χωρίς ψυχιατρική πάθηση ήταν 20% και 53%.

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι φυλακισμένοι μπορούν να διαχωριστούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τα άτομα που παρουσιάζουν μια από τις γνωστές

ψυχικές ασθένειες (Nurse et al 2003). Μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας σχετικά με την ψυχική υγεία των κρατουμένων έχει επικεντρωθεί σε επιδημιολογικές μελέτες επιπολασμού αυτών των τυπικών προβλημάτων ψυχικής υγείας (White & Whiteford 2006). Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τα άτομα που δεν έχουν κάποια από τις γνωστές ψυχικές ασθένειες, ωστόσο υποφέρουν ψυχικά λόγω των σκέψεων, των αισθημάτων και των εμπειριών τους μέσα στις φυλακές. Αναφορικά με την επίδραση των περιβαλλοντικών παραγόντων μέσα στα καταστήματα κράτησης, η απομόνωση, η έλλειψη πνευματικής αναζωογόνησης, η κατάχρηση φαρμάκων, οι απόμακρες σχέσεις με το προσωπικό των φυλακών, οι κακές σχέσεις μεταξύ των φυλακισμένων και η απουσία επαφής με την οικογένεια ήταν καθοριστικοί παράγοντες που επιδρούσαν αρνητικά στην ψυχική υγεία των φυλακισμένων (Nurse et al 2003). Οι δραστηριότητες και ο τρόπος ζωής μέσα στη φυλακή και τα στρεσογόνα γεγονότα συνδέθηκαν σημαντικά και με διαταραχές ύπνου (Elger 2009). Σχετικά με την ποινική κατάσταση η πρώιμη φάση της φυλάκισης συσχετίστηκε με μετρίως υψηλή συχνότητα εμφάνισης διαταραχών προσαρμογής (Andersen 2004). Οι υπόδικοι (κυρίως οι γυναίκες) είχαν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης από τους κατάδικους (Office of Population Censuses and Surveys, 2002). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συστήνει να αξιολογούνται οι επιπτώσεις του περιβάλλοντος της φυλακής στην ψυχική υγεία και να λαμβάνονται μέτρα για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των κρατουμένων (Gatherer et al 2005).

Τα υψηλά επίπεδα ψυχιατρικής νοσηρότητας αναφέρονται με σταθερό τρόπο σε κρατούμενους από πολλές χώρες (Fazel & Seewald 2012). Η επικράτηση ενός ευρέως φάσματος ψυχιατρικών διαταραχών είναι περισσότερο από διπλάσια από την αντίστοιχη της κοινότητας (White & Whiteford 2006). Η ψυχική υγεία των κρατουμένων όμως δεν επηρεάζει μόνο την παραμονή τους στη φυλακή, αλλά και την αποκατάστασή τους στην κοινωνία (Gunn et al 1991).

Α. 5.1 Συναισθηματικές διαταραχές

Οι Fazel & Seewald (2012) αφού συγκέντρωσαν στοιχεία από 24 χώρες (συνολικά για 33.588 κρατούμενους) βρήκαν πως 10,2% των ανδρών και 14,1% των γυναικών έπασχαν από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Αλλά και παλαιότερα, οι Fazel & Danesh (2002) είχαν καταλήξει σε παρόμοια ποσοστά (10% των ανδρών και 12% των γυναικών πάσχουν από κατάθλιψη σε καταστήματα κράτησης από 12 χώρες). Ο Teplin (1990) βρήκε την εφ' όρου ζωής επικράτηση της κατάθλιψης 2-3 φορές μεγαλύτερη στους κρατούμενους στις ΗΠΑ σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό της ίδιας περιοχής. Προκύπτει βεβαίως αναπόφευκτα το ερώτημα αν η κατάθλιψη προϋπήρχε ή είναι απότοκος της φυλάκισης.

Επιπλέον μελέτες σε νεαρούς κρατούμενους διαπιστώνουν ιστορικό συναισθηματικής διαταραχής και ενεργού καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ποσοστά που μπορεί να ξεπερνούν και το 40%. Συχνά συνυπάρχει σε αυτούς τους πληθυσμούς και χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών. Οι Pliszka et al (2000) διαπίστωσαν ισχυρή συσχέτιση της συναισθηματικής διαταραχής με διαταραχή διαγωγής σε νεαρούς παραβάτες, ενώ στο συνολικό τους δείγμα 1 στους 5 εμφάνιζε κατάθλιψη. Σειρά μελετών επίσης σημειώνουν πως αδιάγνωστη κατάθλιψη που δεν αντιμετωπίζεται επηρεάζει σημαντικά την τελική πορεία των νεαρών παραβατών, καθώς αυτοί εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά υποτροπής στο έγκλημα (Clark-Jones 1999, Cocozza 1992, Whitbeck, Hoyt & Bao 2000). Νεαροί με διαταραχή διαγωγής και καταθλιπτική συμπτωματολογία εμφανίζουν υψηλό κίνδυνο να εγκαταλείψουν το σχολείο, να απορριφθούν από συνομηλίκους, να εμφανίσουν βίαιη συμπεριφορά, να υπερκαταναλώνουν αλκοόλ και ουσίες, να αυτοκτονήσουν, καθώς και να εμφανίσουν ψυχιατρική νόσο ως ενήλικες και να εκδηλώσουν σοβαρή εγκληματική συμπεριφορά (Capaldi 1991, Capaldi 1992, Rapp & Wodarski 1997, Robinson, Jenson &Yaffe 1992).

Α. 5.2. Ψυχωτικές διαταραχές

Αν υπολογίσουμε ότι παγκόσμια, έχουμε περίπου 10 εκατομμύρια κρατουμένους/ες στις φυλακές και λάβουμε υπόψη το αυξημένο ποσοστό εμφάνισης ψύχωσης σε κρατούμενους, τότε πρέπει να έχουμε περίπου 400.000 κρατούμενους με ψύχωση (Fazel et al 2002). Στις ΗΠΑ αυτό αναλογεί σε έναν απόλυτο αριθμό 80.000 κρατουμένων με ψύχωση (Geller et al 2008). Αυτός ο αριθμός, υπερτερεί των δημόσιων ψυχιατρικών κλινών και πρέπει να μας κάνει να αναλογιστούμε την τεράστια ανάγκη παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών στη φυλακή, που πολλές φορές υποτιμάται ή αμελείται. Επιπλέον, σε πολλές χώρες του κόσμου, ο αριθμός των ψυχιατροδικαστικών κλινών σε ειδικά νοσοκομεία αυξάνεται σε σημαντικό βαθμό (Priebe 2005, Gu et al 2009). Η φροντίδα παραβατών με σοβαρή ψυχική νόσο, αποτελεί προτεραιότητα για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Kumar et al 2005)

Μια μελέτη του Office for National Statistics (1997) διαπίστωσε ότι το 14% των γυναικών κρατουμένων και 7% των ανδρών κρατουμένων είχαν ψυχωτική νόσο. Στην ανασκόπηση των Fazel & Seewald (2012) σε μελέτες με συνολικό δείγμα 33.588 κρατουμένων από 24 χώρες ο επιπολασμός της ψύχωσης ήταν μικρότερος: 3,6% στους άνδρες κρατούμενους και 3,9% στις γυναίκες κρατούμενες (σε σύγκριση με τον επιπολασμό της μείζονος κατάθλιψης που ήταν 10,2% στους άνδρες κρατούμενους και 14,1% στις γυναίκες όπως αναφέρθηκε ανωτέρω). Τα αντίστοιχα ποσοστά στον γενικό πληθυσμό είναι σημαντικά μικρότερα (Fazel & Seewald 2012). Ακόμη, η συχνότητα των αυτοκτονιών είναι έξι φορές πιο συχνή στους φυλακισμένους σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (Nurse et al 2003).

Α. 5.3. Διαταραχές προσωπικότητας

Ορισμένες διαταραχές προσωπικότητας είναι επίσης συχνές στους κρατούμενους. Στην έρευνα των Black et al (2007) στις φυλακές της Αϊόβα ο επιπολασμός της Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας ήταν 29,5%, ενώ ποσοστό 93,2% είχαν τουλάχιστον ένα χαρακτηριστικό της διαταραχής σύμφωνα με το DSM-IV. Το ποσοστό ήταν περισσότερο από διπλάσιο στις γυναίκες. Σε μεταγενέστερη έρευνα των Black et al (2010) το ποσοστό της Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας ήταν 35,3%, χωρίς να παρατηρούνται διαφορές μεταξύ των φύλων. Ακόμη, ο επιπολασμός της ψυχοπάθειας ήταν χαμηλότερος στις ευρωπαϊκές φυλακές σε σχέση με τις φυλακές της Βόρειας Αμερικής (Andersen 2004).

Σε μελέτη στις ελληνικές φυλακές (Apostolopoulos et al 2018) που είχε ως στόχο να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ διαταραχών προσωπικότητας και βίαιων εγκλημάτων/ανθρωποκτονίας από άνδρες κρατούμενους στην Ελλάδα, μελετήθηκε δείγμα 308 ατόμων που επιλέχθηκε τυχαία από έναν πληθυσμό 1.300 ανδρών κρατουμένων που κρατούνταν σε δύο ελληνικές φυλακές, μία αστική και μία αγροτική. Η παρουσία διαταραχών προσωπικότητας αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας το Mini International Neuropsychiatric Συνέντευξη (MINI) και το Διαγνωστικό ερωτηματολόγιο προσωπικότητας PDQ-4. Χρησιμοποιώντας μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης οι διαταραχές προσωπικότητας και τα Clusters αυτών ως ανεξάρτητες μεταβλητές συσχετίστηκαν με "βίαια / μη βίαια εγκλήματα" και "ανθρωποκτονίες / μη ανθρωποκτονίες » ως εξαρτώμενες μεταβλητές. Βρέθηκε πως οι διαταραχές προσωπικότητας του Cluster A (Παρανοειδής, Σχιζοειδής, Σχιζότυπη) διαγνώστηκαν στο 16,2%, Cluster B (Αντικοινωνική, Μεταιχμιακή, Ιστριονική, Ναρκισσιστική) στο 66,9% και Cluster C (Ιδεοψυχαναγκαστική, Εξαρτητική, Αποφευκτική) στο 2,9% του υπό μελέτη πληθυσμού. Τα βίαια εγκλήματα και οι ανθρωποκτονίες βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά με Cluster A διαταραχές ($p = 0.022$ και $p = 0.020$ αντιστοίχως). Ο λόγος πιθανότητας διάπραξης βίαιων εγκλημάτων ήταν 2,86 φορές υψηλότερος για ασθενείς με διαταραχές Cluster A από ό, τι χωρίς διαταραχή. Επιπλέον, ο λόγος πιθανότητας διάπραξης ανθρωποκτονιών ήταν 4,25 φορές υψηλότερος για ασθενείς με διαταραχές του Cluster A. Σε ξεχωριστές αναλύσεις, η διάπραξη βίαιων εγκλημάτων καθώς και ανθρωποκτονιών, συνδέθηκε σημαντικά με Σχιζοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας ($p = 0.043$, $p = 0.020$ αντίστοιχα) και Σχιζότυπη ($p = 0.017$, $p = 0.030$ αντίστοιχα). Συμπερασματικά, οι συγγραφείς καταλήγουν πως η πλειονότητα των κρατουμένων βρέθηκε να πάσχει από διαταραχή προσωπικότητας, κυρίως αντικοινωνικού τύπου του Cluster B, αλλά τα βίαια εγκλήματα και οι ανθρωποκτονίες σχετίστηκαν σημαντικά μόνο με διαταραχές του Cluster A, και συγκεκριμένα με τη Σχιζοειδή και τη Σχιζότυπη διαταραχή.

Α. 5.4. Εξαρτήσεις

Ο πληθυσμός των κρατουμένων εμφανίζει σε μεγάλο βαθμό προβλήματα κατάχρησης ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ και επηρεάζεται με αυτό τον τρόπο δυσμενώς η ποιότητα ζωής τους. Στην ανασκόπηση των Fazel et al (2006) με δείγμα 7563 κρατούμενους οι εκτιμήσεις για την εξάρτηση από το αλκοόλ και τον επιπολασμό της κατάχρησης αλκοόλ κυμάνθηκαν μεταξύ 18 - 30% για τους άνδρες κρατούμενους και 10-24% για τις φυλακισμένες γυναίκες. Οι εκτιμήσεις για τον επιπολασμό της κατάχρησης ναρκωτικών και της εξάρτησης κυμάνθηκαν μεταξύ 10-48% για τους άνδρες κρατούμενους και 30 - 60% για τις φυλακισμένες γυναίκες. Τα ποσοστά αυτά είναι πολύ υψηλότερα από τα αντίστοιχα του γενικού πληθυσμού, ειδικά όσον αφορά τις γυναίκες (Fazel et al 2006).

Η εξάρτηση από οπιοειδή είναι η πιο συχνή διαταραχή χρήσης και τα άτομα που έκαναν ενέσιμη χρήση αντιπροσώπευαν μια πιο δυσλειτουργική ομάδα σε σχέση με άτομα που κάπνιζαν ηρωίνη (Andersen 2004). Δύο άλλοι σημαντικοί παράγοντες που βρέθηκε ότι επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των κρατουμένων ήταν η χρήση ψυχοφαρμάκων και το κάπνισμα. Οι Griffiths et al (2012) επισημαίνουν ότι υπάρχουν πολλές μαρτυρίες για κακή πρακτική σχετικά με τη συνταγογράφηση ψυχοφαρμάκων στους φυλακισμένους (πολυφαρμακία, θεραπεία με υψηλή δόση κλπ). Ο επιπολασμός του καπνίσματος μεταξύ των κρατουμένων ήταν επίσης εξαιρετικά υψηλός και συχνά συνυπήρχε με αλκοολισμό, χρήση ναρκωτικών, ψυχικές ασθένειες και άλλα προβλήματα υγείας (Richmond et al 2012).

Σε πολύ πρόσφατη μελέτη με 18. 388 φυλακισμένους από 10 χώρες τη χρονική περίοδο 1966-2015 σε σύνολο 24 μελετών οι Fazel, Yoon & Hayes (2017) υπολόγισαν πως σε ποσοστό 24% υπήρχε διαταραχή χρήσης αλκοόλ (η διακύμανση στους άνδρες ήταν 16-51% και στις γυναίκες 10-30%). Για τη διαταραχή χρήσης ουσιών τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 30% στους άνδρες και 51% στις γυναίκες.

Όσον αφορά τα ελληνικά δεδομένα (Αποστολόπουλος και συν 2018), 308 άνδρες κρατούμενοι αφού μελετήθηκαν, βρέθηκε πως έχουν ιστορικό χρήσης αλκοόλ (88,3%). Ιστορικό χρήσης κάνναβης ανέφερε το 67,5% των κρατουμένων. Από αυτούς οι περισσότεροι (63,9%) άρχισαν τη χρήση νωρίς στην εφηβεία (10–15 ετών). Ιστορικό χρήσης ναρκωτικών ανέφεραν οι 179 κρατούμενοι (58,5%), όπου οι μισοί περίπου εξ αυτών (50,3%) ανέφεραν συνδυασμό ναρκωτικών ουσιών. Και σε αυτή την ομάδα χρηστών το 40,8% (n=73) αναφέρει έναρξη της χρήσης ναρκωτικών στην ηλικία 10–15 ετών, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (46,4%) των κρατουμένων, αναφέρει ως ηλικία έναρξης τα 16–20 έτη.

Α. 5.5. Συμπερασματικά

Σε συστηματική ανασκόπηση των Fazel et al (2002) που συμπεριέλαβε 62 μελέτες που εξέταζαν τη διάγνωση ψυχικής νόσου (δηλ. ψύχωση, μείζων κατάθλιψη και διαταραχή προσωπικότητας) και τελικά συμπεριέλαβε 22790 άντρες και γυναίκες κρατούμενους, βρέθηκε πως, ενώ στους άντρες η διάγνωση ψυχωτικής διαταραχής ήταν 3,7%, στις γυναίκες ήταν 4%. Αντίστοιχα τα ποσοστά για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή στους άντρες ήταν 10% και 12% για γυναίκες, με την διαταραχή προσωπικότητας να αντιστρέφει την εικόνα (65%) για άντρες και (42%) για γυναίκες. Οι ερευνητές συμπέραναν ότι η παρουσία σοβαρής ψυχικής διαταραχής είναι πολύ υψηλότερη στα σωφρονιστικά ιδρύματα από ότι στον γενικό πληθυσμό. Η συννοσηρότητα διαταραχών στον άξονα Ι φαίνεται να υπερτερεί στις γυναίκες από ότι στους άντρες, τόσο στις φυλακές, όσο και στον γενικό πληθυσμό (Singleton et al 1998, Frank 2000).

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, το ποσοστό σοβαρών ψυχικών διαταραχών σε φυλακές στις ΗΠΑ είναι 20%. 8-19 % των κρατουμένων σύμφωνα με τον Metzner (1997) φαίνεται πως πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή, ενώ ένα επιπλέον 15-20% χρειάζεται κάποιας μορφής ψυχιατρική παρέμβαση. Από την άλλη πλευρά, οι Gunter et al (2008) σε μελέτη τους στη φυλακή της Αιόβα των ΗΠΑ εξέτασαν 320 πρόσφατα φυλακισμένους κρατούμενους και ανίχνευσαν την ύπαρξη ψυχικών διαταραχών χρησιμοποιώντας το MINI (264 άντρες και 56 γυναίκες). Με το MINI βρέθηκε (για παρουσία σε όλη τη ζωή τους) ότι το 93% των αντρών και γυναικών είχαν τουλάχιστον μια ψυχική διαταραχή, ενώ το 80,3% βρέθηκε να έχει πάνω από μια διαταραχή και το 63,4% τρείς ή περισσότερες ψυχικές διαταραχές. Συγκρίνοντας τα δύο φύλα βρέθηκε ότι οι άντρες σε σχέση με τις γυναίκες παρουσιάζουν επίπτωση ζωής για ψύχωση 35,5% και 33,9% αντίστοιχα, για συναισθηματική διαταραχή 53% και 60,7% αντίστοιχα, για κατάχρηση ουσιών 76,9% με 75% αντίστοιχα, διαταραχή αλκοόλ 77,7% με 55,3% αντίστοιχα (η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική) και αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας 37,1% με 26,8% αντίστοιχα. Τα ποσοστά ήταν ανάλογα στα δύο φύλα τόσο στην παρουσία διαταραχής σε όλη τη ζωή, όσο και κατά τη νοσηλεία.

Το Υπουργείο Δικαιοσύνης των ΗΠΑ ανέφερε παρουσία ψυχιατρικής διαταραχής σε κρατούμενους σε ποσοστό 16,3% το 1999 και 64% το 2006 (Ditton 1999, James et al 2006). Φαίνεται πως για κάποιους παραβατικούς ψυχιατρικούς ασθενείς, τα σωφρονιστικά καταστήματα αποτελούν άσυλα στο τέλος της διαδρομής τους.

Τέλος, στο Ηνωμένο Βασίλειο οι Bebbington et al (2017) στα πλαίσια του προγράμματος Assessing Needs for Psychiatric Treatment in Prisoners εξέτασαν άνδρες και γυναίκες που κρατούνταν στο Λονδίνο. Συγκεκριμένα πραγματοποίησαν κλινικές συνεντεύξεις σε 197 άνδρες και 171 γυναίκες. Η

ψυχιατρική νοσηρότητα σε άνδρες και γυναίκες ήταν πολύ υψηλότερη σε συχνότητα και σε βαρύτητα συγκρινόμενη με τον αντίστοιχο γενικό πληθυσμό. 12% πληρούσαν κριτήρια για ψύχωση, 53,8% για καταθλιπτική διαταραχή, 26,8% για αγχώδεις διαταραχές, 33,1% ήταν εξαρτημένοι από το αλκοόλ και 57,1% ήταν εξαρτημένοι από ουσίες. 34,2% είχαν κάποια διαταραχή προσωπικότητας, ενώ 69,1% έπασχαν από τουλάχιστον δύο διαταραχές. Επιπλέον, τον χρόνο πριν τη φυλάκιση 25,3% χρησιμοποίησαν υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Οι συγγραφείς καταλήγουν πως η εκτροπή των ψυχικά πασχόντων παραβατών από το σύστημα δικαιοσύνης και σωφρονισμού στο σύστημα υγείας παραμένει ανεπαρκής, με σοβαρές συνέπειες στο καλώς έχειν των ανθρώπων αυτών και στην υποτροπή της παραβατικότητας.

Όσον αφορά τα στοιχεία στην Ελλάδα, φαίνεται ότι σε φυλακές και θεραπευτικές υπηρεσίες έχουμε αρκετές διαγνώσεις αγχωδών διαταραχών (32%), συναισθηματικών διαταραχών (25%) και σχιζοφρένειας (6%) (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2004: 1). Σε διδακτορική διατριβή (Δουζένης 1995, Ψυχικές διαταραχές και εγκληματικότητα, Περιγραφή ενός ελληνικού ψυχιατροδικαστικού πληθυσμού, Αθήνα) μελετήθηκαν 494 κρατούμενοι ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στο Κρατικό Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Αθηνών από το 1953 ως το 1986. Οι περισσότεροι από αυτούς είχαν κριθεί ακαταλόγιστοι (54%). Συνολικά οι ασθενείς αυτοί έπασχαν από σχιζοφρένεια σε ποσοστό 54%, συναισθηματικές διαταραχές 7%, σχιζοσυναισθηματικές διαταραχές 6,1%, εθισμό σε ψυχοδραστικές ουσίες/αλκοόλ 6,2%, νοητική υστέρηση 6,3%, οργανικές ψυχικές διαταραχές 6,9% και διαταραχές προσωπικότητας 12,1%.

Σε μεταγενέστερη διατριβή (Τσόπελας 2013) μελετήθηκαν 189 γυναίκες στην Κλειστή Φυλακή Γυναικών Κορυδαλλού το 2008 με μέσο χρόνο παραμονής 33,8 μήνες και διάμεση τιμή 23 μήνες. Οι ηλικίες τους κυμαίνονταν από 18-77 ετών με μέση τιμή 40,67. Τα αδικήματα σχετικά με τα ναρκωτικά ήταν συχνότερα 42,3%. Βρέθηκε χωρίς ψυχιατρική διάγνωση το 45%, με αγχώδεις διαταραχές το 7,9%, κατάθλιψη / δυσθυμία το 23,8%, διπολική διαταραχή το 8,5%, σχιζοφρένεια και παραληρητικές διαταραχές το 4,2% και διαταραχή χρήσης ουσιών το 10,6%.

Επιπλέον σχετικά με ελληνικά δεδομένα, σε μελέτη των Fotiadou et al (2016) εξετάστηκαν 80 κρατούμενοι ελληνικής φυλακής. Διαγνώστηκε ψυχιατρική διαταραχή στο 78,7%. Οι κύριες διαγνώσεις ήταν: αγχώδεις διαταραχές 37,5%, μείζων κατάθλιψη 27,5%, αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας 37,5%, εξάρτηση από αλκοόλ 26,3%, εξάρτηση από οπιοειδή 27,5%, και σχιζοφρένεια ή διπολική διαταραχή 11,2%. 73,8% έκαναν χρήση κάνναβης και 13,8% έκαναν κατάχρηση αλκοόλ και παράνομων δραστικών ουσιών

Σε μελέτη των Alevizopoulos & Igoumenou (2016) με συνολικό δείγμα 495 άνδρες κρατούμενους στις φυλακές Κορυδαλλού βρέθηκε πως σχεδόν οι μισοί έχουν τουλάχιστον μία διάγνωση ψυχιατρικής διαταραχής. Ο συνολικός επιπολασμός των ψυχιατρικών διαταραχών βρέθηκε τουλάχιστον 3 φορές μεγαλύτερος από αυτόν στον γενικό πληθυσμό της Ελλάδας (Skapinakis et al 2013). Η διαταραχή προσωπικότητας ήταν ο συνηθέστερος τύπος ψυχιατρικής διαταραχής αγγίζοντας το 15,9%. Ακολουθούσαν οι διαταραχές χρήσης με επιπολασμό 14,5%. Σοβαρές ψυχικές νόσοι, όπως οι σχιζοφρενικόμορφες ψυχώσεις και οι συναισθηματικές διαταραχές, αναγνωρίστηκαν στο 2,6% και 5,5%, του πληθυσμού αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα όσον αφορά τις ψυχωτικές διαταραχές ή τη μανία (3,6%) είναι συγκρίσιμα με την ανασκόπηση των Fazel & Danesh (3,7% για άνδρες κρατούμενους), ωστόσο ο επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης ήταν σημαντικά χαμηλότερος (4,4% στην πρώτη και 10% στη δεύτερη περίπτωση). Οι συγγραφείς εξηγούν το αποτέλεσμα αυτό λόγω της συνολικά χαμηλότερης εμφάνισης κατάθλιψης στον ελληνικό πληθυσμό (2.9%, Skapinakis et al 2013). Επιπλέον, βρέθηκε ότι οι διαταραχές προσωπικότητας σχετίζονταν με βίαια αδικήματα ($p < 0,05$). Επίσης, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της διαταραχής χρήσης ουσιών με τη διάπραξη αδικημάτων σχετιζόμενων με ουσίες ($p < 0,05$). Τέλος, βρέθηκε ότι η κατάθλιψη σχετίζεται με αδικήματα περί ναρκωτικών ($p < 0,05$). Σχετικά με την συσχέτιση αυτή, οι συγγραφείς προτείνουν ως πιθανές εξηγήσεις την καταθλιπτικογόνο δράση κάποιων ουσιών, την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στην αποχή και τη χρήση ουσιών ως αυτο-θεραπεία στην κατάθλιψη.

Τέλος, στην έρευνα των Αποστολόπουλος και συν (2018), στην οποία εξετάστηκαν 308 άρρενες κρατούμενοι από δύο ελληνικές φυλακές όπως προαναφέρθηκε, βρέθηκε πως το προφίλ των κρατουμένων είναι το εξής: είναι συχνότερα κάτοικοι αστικών περιοχών (67,2%), νέοι, άγαμοι (69,1%) που συνάπτουν μικρής διάρκειας σχέσεις (53,8%). Συνήθως έχουν εκπληρώσει τη στρατιωτική τους θητεία, δεν ζουν μόνοι και εργάζονται σε χειρωνακτική εργασία πριν το αδίκημα. Έχουν κακές σχολικές επιδόσεις και είναι συνολικά χαμηλού μορφωτικού επιπέδου. Στο σχολείο διαπληκτίζονταν με τους συμμαθητές τους, ενώ επιπλέον παρουσίαζαν υψηλά ποσοστά πυρομανίας (66,2%) και κακοποίησης ζώων (65,2%). Συχνά βίωσαν βία στη γονεϊκή σχέση (49,3%) και κάποιου είδους βία από τους γονείς κυρίως από τον πατέρα (87,3%), αλλά και από τη μητέρα (57,1%).

Τα ευρήματα αυτά στη σύνθεσή τους τονίζουν την ανάγκη διάγνωσης και αντιμετώπισης των ψυχιατρικών διαταραχών στους κρατούμενους, με απώτερο στόχο και τη μείωση της εγκληματικής υποτροπής.

Α. 6 Αποασυλοποίηση, μείωση κλινών σε ψυχιατρικές δομές και εγκληματικότητα

Από το 1950 η αποασυλοποίηση ως φιλοσοφία και πράξη επικράτησε στη μεταρρύθμιση της ψυχικής υγείας στη Δυτική Ευρώπη. Μεγάλα άσυλα έκλεισαν ή συρρικνώθηκαν και ο συνολικός αριθμός νοσοκομειακών κλινών μειώθηκε δραματικά. Δόθηκε έμφαση στην ανάπτυξη της ψυχιατρικής στην κοινότητα σε άλλοτε άλλο βαθμό στις διάφορες χώρες. (Becker et al 2001, Fakhoury & Priebe 2002, Freeman 1999, Jones 1993).

Διατυπώθηκε όμως, από την άλλη πλευρά, το επιχείρημα ότι μια νέα εποχή ασυλοποίησης έχει ξεκινήσει, η οποία έχει περάσει εν πολλοίς απαρατήρητη από το ευρύ κοινό και με λίγη συζήτηση από τους ειδικούς (Priebe & Turner 2003). Κύρια χαρακτηριστικά της είναι ο αυξανόμενος αριθμός των κλινών σε ψυχιατροδικαστικές δομές, η αύξηση των ακούσιων νοσηλειών και των προστατευόμενων δομών διαβίωσης στην κοινότητα. Ήδη από το 1939 ο Penrose παρατήρησε πως υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της μείωσης των ψυχιατρικών κλινών και της αύξησης του πληθυσμού των φυλακών, αφού συγκέντρωσε δεδομένα από 18 ευρωπαϊκές χώρες. Κατέληγε πως υπάρχει ένας πληθυσμός που χρειάζεται να παραμένει στα ιδρύματα και πως η αύξηση των ψυχιατρικών κλινών θα μπορούσε να οδηγήσει σε μείωση του πληθυσμού των φυλακών.

Από τους Priebe et al (2005) μελετήθηκαν σχετικά στοιχεία για 6 ευρωπαϊκές χώρες (Αγγλία, Γερμανία, Ιταλία, Ισπανία, Ολλανδία και Σουηδία) στις περιόδους 1990-1 και 2002-3. Παρατηρήθηκε αύξηση στον αριθμό των ψυχιατροδικαστικών κλινών και στις δομές προστατευόμενης διαβίωσης σε όλες τις χώρες. Οι ακούσιες νοσηλείες αυξήθηκαν κυρίως στη Γερμανία, αλλά και στην Αγγλία και την Ολλανδία. Αντίθετα, αυτές μειώθηκαν ελαφρώς στην Ιταλία, την Ισπανία και τη Σουηδία. Ο αριθμός των ψυχιατρικών νοσοκομειακών κλινών μειώθηκε σε όλες τις χώρες. Στην Αγγλία, την Ισπανία και τη Σουηδία ο αριθμός των καταργούμενων κλινών ήταν μεγαλύτερος από αυτόν που αναπτύχθηκαν σε ψυχιατροδικαστικές δομές και δομές προστατευόμενης διαβίωσης. Στην Ιταλία και την Ολλανδία, αντίθετα, η αύξηση των ψυχιατροδικαστικών κλινών και των κλινών προστατευόμενης διαβίωσης ήταν κατά πολύ μεγαλύτερη από τη μείωση στα νοσοκομειακά κρεβάτια την ίδια περίοδο, ενώ στη Γερμανία φαίνεται να υπάρχει μια ισορροπία στα δύο αυτά μεγέθη (τον αριθμό των ψυχιατροδικαστικών κλινών και των νοσοκομειακών κλινών). Επιπλέον παρατηρήθηκε αύξηση στον συνολικό αριθμό κρατουμένων σε όλες τις χώρες. Στην Αγγλία και την Ισπανία, που οι ψυχιατροδικαστικές κλίνες αυξήθηκαν λιγότερο, παρατηρήθηκε η μεγαλύτερη αύξηση του πληθυσμού στις φυλακές. Οι συγγραφείς προτείνουν διάφορους παράγοντες που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε αυτά τα αποτελέσματα, όπως η αυξανόμενη χρήση παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών,

η αυξανόμενη απασχόληση των γυναικών σε θέσεις εργασίας, η νοσηλεία ασθενών με διαταραχές προσωπικότητας, η ανάπτυξη των ιδιωτικών κλινικών κλπ.

Σε πιο πρόσφατη μελέτη οι Chow & Priebe (2016) συγκέντρωσαν στοιχεία από 11 χώρες από το 1990 ως το 2012 σχετικά με τις ψυχιατρικές κλίνες και τον πληθυσμό των φυλακών. Παρατήρησαν πως ο αριθμός των ενδονοσοκομειακών κλινών ανά 100.000 πληθυσμού μειώθηκε σε όλες τις χώρες στο χρονικό διάστημα της μελέτης. Επίσης, ο πληθυσμός των φυλακισμένων αυξήθηκε σε όλες τις χώρες. Οι κλίνες σε ψυχιατροδικαστικές δομές αυξηθήκαν σχεδόν σε όλες τις χώρες, ενώ οι αλλαγές στις δομές προστατευόμενης διαβίωσης ήταν διαφορετικές από χώρα σε χώρα.

Αντιθέτως, οι Wallace et al (2004) βρήκαν πως η συχνότητα με την οποία καταδικάζονται για αδικήματα εκείνοι που προσέρχονται στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, καθώς διαγιγνώσκονται με σχιζοφρένεια, αυξήθηκε κατά την περίοδο της αποασυλοποίησης μεταξύ 1975 και 1995 (από 14,8% σε 25,0%). Ωστόσο, υπογραμμίζουν πως παρατηρήθηκε μια παρόμοια αύξηση μεταξύ των υγειών μαρτύρων στην κοινότητα (από 5,1% σε 9,6%).

Είναι πλέον αναμφισβήτητο γεγονός η αποασυλοποίηση, στο βαθμό βέβαια που έχει εφαρμοστεί σε κάθε χώρα. Το 1955 περίπου το 27% των ατόμων με σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή στις ΗΠΑ ζούσαν σε ιδρύματα (τρία τέταρτα αυτών σε ψυχιατρικά νοσοκομεία), ενώ το 2014 το ποσοστό αυτό είναι μόνον 7%, όπου περίπου τα δύο τρίτα αυτών σε φυλακές, αντανακλώντας το πολύ υψηλότερο συνολικά ποσοστό φυλάκισης (Frank et al 2006).

Ωστόσο, πρόσφατες μελέτες προτείνουν πως δεν υπάρχει σαφής σχέση μεταξύ της αποασυλοποίησης και των μοτίβων εκδήλωσης βίας ή φυλάκισης ατόμων με σοβαρή ψυχιατρική ασθένεια (Fazel et al 2009, Raphael et al 2013). Οι Glied & Frank (2014) θεωρούν ότι η απουσία σχέσης μεταξύ της αποασυλοποίησης και του ποσοστού βίας ή φυλάκισης μπορεί να αποδοθεί στο ότι σήμερα τα περισσότερα άτομα που ζουν στην κοινότητα λαμβάνουν θεραπεία, αντίθετα με παλαιότερα. Οι συγγραφείς θεωρούν πως η επιστροφή στην εποχή της ασυλοποίησης δεν είναι ούτε εφικτή ούτε αποτελεσματική στη μείωση της βίας, και θα καταπατούσε εδραιωμένες πια ελευθερίες των πολιτών.

Επί του παρόντος όμως, οι ψυχιατρικές υπηρεσίες φαίνεται πως αποτυγχάνουν να εκτιμήσουν και να αντιμετωπίσουν την επικινδυνότητα ή να προσφέρουν ικανοποιητικές θεραπείες, ώστε να μειώσουν τα ποσοστά εγκληματικότητας σε αυτό τον πληθυσμό (Hodgins 2008), με αποτέλεσμα όλο και περισσότεροι ασθενείς να μεταφέρονται σε ψυχιατροδικαστικά θεραπευτικά καταστήματα για εγκλεισμό (Hodgins and Muller-Isbrener 2004). Τις τελευταίες δεκαετίες η αντιμετώπιση των ασθενών με σχιζοφρένεια συμπεριλαμβάνει θεραπεία με νευροληπτικά σε διάσπαρτες (τομεοποιημένες) υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην κοινότητα με μικρές νοσηλείες σε τμήματα οξέων

περιστατικών κατά τις υποτροπές. Οι Hodgins et al (2006) θεωρούν πως αυτό έχει μακροπρόθεσμα οδηγήσει σε αύξηση των κρεβατιών στις ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Τα ευρήματα έχουν εντυπωσιακή ομοιότητα παρά τις όποιες διαφοροποιήσεις από χώρα σε χώρα.

Οι Schanda et al (2004) υποστηρίζουν ότι στην Αυστρία υπάρχει ανεπαρκής παροχή υπηρεσιών και αναποτελεσματική φροντίδα "δύσκολων", αλλά όχι ιδιαίτερα επικίνδυνων ψυχωτικών ασθενών που ζουν στην κοινότητα, και αυτό το φαινόμενο ολοένα αυξάνεται. Οι Vevera et al (2005) σημειώνουν πως νοσοκομειακή φροντίδα πρέπει να παρέχεται σε ασθενείς με παράγοντες που σχετίζονται με εγκληματογένεση, όπως προβλήματα στέγασης, φτώχεια, έλλειψη κοινωνικής στήριξης και κακή συμμόρφωση στη θεραπεία, παρόλο που ο γενικότερος στόχος στην Τσεχία είναι η αντιμετώπιση της πλειοψηφίας των ασθενών να παρέχεται σε επίπεδο κοινότητας με μείωση ταυτόχρονα του αριθμού και του χρόνου των νοσηλειών. Οι Kramp & Gabrielsen (2009) στη Δανία έδειξαν πως με την πάροδο του χρόνου η μείωση στον αριθμό των κλινών γενικής ψυχιατρικής σχετίζεται σημαντικά με την αύξηση των κρεβατιών στις ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες για ασθενείς που διέπραξαν ανθρωποκτονία και εμπρησμό. Οι ασθενείς αυτοί τελικά δεν είναι μόνον παραβάτες, αλλά και θύματα ενός ανεπαρκούς θεραπευτικού συστήματος.

Ταυτόχρονα, κατά την εφαρμογή της πολιτικής προς την αποασυλοποίηση στον χώρο της ψυχιατρικής στις περισσότερες χώρες γινόταν προσπάθεια για τον περιορισμό των εντολών για ακούσιες νοσηλείες και κάποιες φορές δινόταν το δικαίωμα στον ασθενή να αρνηθεί τη θεραπεία. Ωστόσο, οι μελέτες που αναφέρθηκαν ανωτέρω προτείνουν ότι, κατά την εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση των ασθενών που εξέρχονται από ψυχιατροδικαστικές δομές, είναι απαραίτητη η υποχρεωτική θεραπεία και παρακολούθηση προκειμένου να εξασφαλιστεί η συμμόρφωση, και άρα η καλύτερη ανταπόκριση στη θεραπεία. Η υπόθεση αυτή τέθηκε σε δοκιμασία στη Φινλανδία, όπου πριν το 1978 ήταν δυνατό να υποχρεωθεί κάποιος παραβατικός ψυχιατρικός ασθενής σε θεραπεία μετά το εξιτήριο. Δύο μελέτες πριν το 1978, η μία με διάρκεια παρακολούθησης μετά το εξιτήριο 9,3 χρόνια και η άλλη 4,1 χρόνια, έδειξαν πως δεν διαπράχθηκαν νέα εγκλήματα (Hakola 1979, Tuovinen 1973), ενώ δύο μελέτες μετά την αλλαγή του νόμου διαπίστωσαν υποτροπές και διάπραξη νέων αδικημάτων σε σημαντικό βαθμό (Eronen, Hakola, & Tiihonen 1996, Vartiainen & Hakola 1992). Οι μελέτες αυτές καταδεικνύουν την ανάγκη ύπαρξη δυνατότητας υποχρεωτικής παρακολούθησης και θεραπείας για αυτή τη μερίδα ασθενών τουλάχιστον.

Πάντως δεν λείπουν οι φωνές που ισχυρίζονται πως η συζήτηση για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας και της βίας συχνά αγνοεί βασικά δεδομένα κλειδιά (Glied & Frank 2014). Πολλοί

άνθρωποι πάσχουν από ψυχικές ασθένειες, με αποτέλεσμα το να έχει διαγνωστεί κανείς με ψυχική ασθένεια δεν αποτελεί ειδικό παράγοντα πρόβλεψης της βίαιης συμπεριφοράς. Αυτό σημαίνει ότι οι πολιτικές που προτείνουν διευρυμένους διαγνωστικούς ελέγχους έως και ασυλοποίηση, είναι απίθανο να είναι αποτελεσματικές. Επιπλέον βελτίωση στην πρόσβαση σε αποτελεσματικές θεραπείες, αν και επιθυμητό σαν αποτέλεσμα, θα έχει τελικά μόνο μέτρια επίδραση στα ποσοστά βίας. Τα περισσότερα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας δεν διαπράττουν βίαια αδικήματα και οι περισσότερες βίαιες πράξεις δεν προέρχονται από άτομα με διαγνωσμένες ψυχικές διαταραχές. Ωστόσο, συγκεκριμένοι ασθενείς με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά ενδεχομένως να είναι σε αυξημένο κίνδυνο παραβατικότητας και αυτοί θα πρέπει να εντοπίζονται και να αντιμετωπίζονται.

Α. 7 Πορεία ασθενών που εξήλθαν από ψυχιατροδικαστικές δομές, ψυχιατρικά τμήματα ή φυλακές

Στην παρούσα φάση οι υπηρεσίες γενικής ψυχιατρικής αντιμετωπίζουν τους ασθενείς που αργότερα θα καταλήξουν σε ψυχιατροδικαστικές δομές για αρκετά χρόνια, κατά τη διάρκεια των οποίων συνεχίζουν να διαπράττουν αδικήματα (Hodgins et al 2004, Hodgins et al 2006). Οι ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες διαφέρουν ως προς την αντιμετώπιση των ασθενών αυτών στο βαθμό που δεν αντιμετωπίζουν μόνον την ψυχωτική συμπτωματολογία, αλλά και την αντικοινωνική και επιθετική συμπεριφορά γενικότερα. Έτσι, σε μελέτη που παρακολούθησε ασθενείς με σχιζοφρένεια για δύο χρόνια μετά το εξιτήριο, βρέθηκε πως οι ασθενείς που εξήλθαν από ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες εμφάνιζαν χαμηλότερα επίπεδα τόσο ως προς την ψυχωτική συμπτωματολογία, όσο και ως προς τη χρήση ουσιών και την επιθετική συμπεριφορά (Hodgins et al 2007). Οι ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες έχουν γενικότερα περισσότερους ανθρώπινους πόρους, κάνουν πιο εξειδικευμένες εκτιμήσεις, νοσηλεύουν τους ασθενείς για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα, εφαρμόζουν θεραπείες που αντιμετωπίζουν τα διάφορα προβλήματα που αντιμετωπίζουν αυτοί οι ασθενείς, ενώ επίσης το εξιτήριο εξαρτάται από τον βαθμό εμπλοκής τους σε ψυχοθεραπευτικές διαδικασίες που στοχεύουν τόσο στην πρωταρχική νόσο, όσο και στην επιθετική συμπεριφορά. Επίσης, οι ασθενείς εξέρχονται από τις ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες με δικαστική εντολή για υποχρεωτική θεραπεία και παρακολούθηση. Όλοι αυτοί οι πολύπλευροι τρόποι αντιμετώπισης που χρειάζεται να επιστρατευτούν, υποχρεώνουν για ανάπτυξη κατάλληλων ψυχιατροδικαστικών υπηρεσιών που θα διαφοροποιήσουν την πορεία των ασθενών αυτών (Hodgins 2009).

Οι Fazel, Wolf, Fimińska & Larsson (2016) μελέτησαν την έκβαση 6.500 περίπου ασθενών που εξήλθαν από ψυχιατροδικαστικές δομές. Σε μία περίοδο follow-up περίπου 15 ετών, το 30% αυτών απεβίωσαν με μέσο όρο ζωής τα 52 χρόνια. Το 69% των ασθενών επανανοσηλεύτηκαν και το 40%

διέπραξε νέα αδικήματα. Η χρήση ουσιών σαν πρωταρχική διάγνωση σχετιζόταν με αυξημένη θνησιμότητα και η διαταραχή προσωπικότητας με νέα αδικήματα.

Από την άλλη πλευρά όμως, μελέτες στην Νέα Νότια Ουαλία, Αυστραλία, που παρακολούθησαν 134 ψυχωτικούς ανθρωποκτόνους, μόνον ένας από αυτούς διέπραξε νέα ανθρωποκτονία σε 17 έτη (Nielssen et al 2011a, Nielssen et al 2011b, Nielssen et al 2007). Μελέτες στην Αυστρία (Schanda et al 2004) και τη Νέα Ζηλανδία (Simpson et al 2004) που παρακολούθησαν τους ανθρωποκτόνους για διαστήματα 25 και 30 ετών αντίστοιχα, δεν αναφέρουν κανέναν ψυχωτικό να έχει διαπράξει μια νέα ανθρωποκτονία.

Οι Golenkov et al (2013) διεξήγαγαν αναδρομική μελέτη 30 ετών 1981-2010 στη Ρωσία μελετώντας σχιζοφρενείς ανθρωποκτόνους, όπου βρήκαν πως στο 11% των περιπτώσεων (16/149) είχαν διαπράξει μια προηγούμενη ανθρωποκτονία, με πιθανούς παράγοντες κινδύνου τη διαβίωση στην επαρχία και την ύπαρξη στοιχείων αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας.

Ειδικά όσον αφορά τη διάπραξη νέας ανθρωποκτονίας από φυλακισμένους που εξέρχονται από σωφρονιστικά καταστήματα, οι Sturup & Lindqvist (2014) παρακολούθησαν 153 ανθρωποκτόνους για διάστημα 21 ετών. Μόνον 15 από αυτούς διέπραξαν νέο αδίκημα, 5 από αυτούς μια νέα ανθρωποκτονία, εκ των οποίων μόνον ένας ήταν διεγνωσμένος με ψυχωτική διαταραχή. Ωστόσο, 5 από αυτούς που διέπραξαν νέο σοβαρό αδίκημα ήταν ψυχωτικοί.

Τέλος, όσον αφορά την πορεία των ασθενών με ψύχωση γενικότερα, σε μια νορβηγική μελέτη (Langeveld et al 2014) παρακολουθήθηκαν 178 ασθενείς που αρχικά εξετάσθηκαν στο πρώτο τους ψυχωτικό επεισόδιο και εκτιμήθηκαν στα πέντε και δέκα έτη μετά την αρχική αντιμετώπιση. Κατά τη δεκαετία παρακολούθησης, 20% των ασθενών βρέθηκαν έγκλειστοι ή συλληφθέντες. 15% των ασθενών απείλησαν ή βιαιοπράγησαν τον χρόνο πριν τη 10ετή εκτίμηση. Η χρήση παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών κατά την αρχική και την εκτίμηση στην πενταετία, καθώς και ο μακρότερος χρόνος επιμονής των ψυχωτικών συμπτωμάτων αναγνωρίστηκαν ως προγνωστικοί παράγοντες για την εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς τον χρόνο πριν το δεκαετές follow-up. Οι ερευνητές καταλήγουν πως μετά την έναρξη της θεραπείας στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, η συνολική επικράτηση της βίας στους ψυχωτικούς ασθενείς μειώνεται σταδιακά σε ποσοστά κοντά σε αυτά του γενικού πληθυσμού. Παρόλα αυτά η σταθερή χρήση ουσιών είναι ισχυρός προγνωστικός παράγων για εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς, ακόμη και πολύ μετά την έναρξη της θεραπείας. Η γρήγορη επίτευξη της ύφεσης και η αντιμετώπιση της χρήσης μπορούν να συμβάλλουν σε μακροπρόθεσμα χαμηλό κίνδυνο για βίαιη συμπεριφορά στους ασθενείς που αντιμετωπίζονται για πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο.

Η εκτίμηση του κινδύνου βίας στην ψυχιατρική πρακτική έχει μετακινηθεί από τις μη δομημένες αξιολογήσεις προς τη χρήση δομημένων μέσων που πραγματοποιούνται σε συγκεκριμένα χρονικά σημεία στην πορεία του ασθενούς, ενώ γίνεται αρκετή συζήτηση για το ποιο είδος δομημένου οργάνου είναι προτιμότερο, ενώ υπάρχουν περιορισμοί στην προγνωστική τους ακρίβεια. Πρόσφατα οι Wolf, Fanshawe, Sariaslan, Cornish, Larsson & Fazel (2018) εντόπισαν όλους τους ασθενείς που είχαν απαλλαγεί από νοσοκομεία ασφαλείας στη Σουηδία μεταξύ της 1ης Ιανουαρίου 1992 και της 31ης Δεκεμβρίου 2013. Χρησιμοποιώντας πολλαπλή παλινδρόμηση Cox, προκαθορισμένοι παράγοντες εγκληματικού, κοινωνικο-δημογραφικού και κλινικού κινδύνου συμπεριλήφθηκαν σε ένα μοντέλο που δοκιμάστηκε για την πρόβλεψη του βίαιου εγκλήματος στους 12 και 24 μήνες μετά την απαλλαγή. Όταν η πρόβλεψη για τη διάπραξη ενός νέου αδικήματος ήταν ως 5% χαρακτηρίστηκε χαμηλή, ενώ πάνω από 20% υψηλή, έναντι του μέσου κινδύνου (>5% και <20%). Οι ερευνητές εντόπισαν και μελέτησαν τα δεδομένα για 2.248 ασθενείς με 2.933 απαλλαγές για διαβίωση στην κοινότητα και ανέπτυξαν ένα μοντέλο 12 στοιχείων. Σε 24 μήνες μετά την έξοδο, χρησιμοποιώντας το όριο 5%, η ευαισθησία ήταν 96% και η ειδικότητα ήταν 21%. Οι θετικές και αρνητικές προγνωστικές τιμές ήταν 19% και 97%, αντίστοιχα. Χρησιμοποιώντας το όριο 20%, η ευαισθησία ήταν 55%, η ειδικότητα 83% και οι θετικές και αρνητικές προγνωστικές τιμές ήταν 37% και 91%, αντίστοιχα. Το μοντέλο χρησιμοποιήθηκε για την ανάπτυξη ενός δωρεάν διαδικτυακού εργαλείου (FoVOx).

Τέλος, τα 11 πιο συχνά χρησιμοποιούμενα εργαλεία για πρόβλεψη της επικινδυνότητας σε ψυχιατροδικαστικούς πληθυσμούς διεθνώς είναι

- Το Brøset Violence Checklist (BVC, Almvik, Woods, Rasmussen, 2000),
- το Classification of Violence Risk (COVR, Monahan, Steadman, Robbins, 2005),
- το Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA, Ogloff, Daffern, 2002),
- το Level of Service Inventory-Revised (LSI-R, Andrews, Bonta, 1995),
- το Psychopathy Checklist Revised (PCL-R, Hare, 1991),
- το Psychopathy Checklist Screening Version (PCL:SV, Hart, Cox, Hare, 1995),
- το Violence Risk Appraisal Guide (VRAG, Quinsey, Harris, Rice, 2006),
- το Violence Risk Scale (VRS, Wong, Gordon, 2000),
- το Historical Clinical Risk Management-20 (HCR-20, Webster, Douglas, Eaves, 1997),
- το Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START, Webster, Martin, Brink, 2004),

- το Violence Risk Screening-10 (V-RISK-10, Hartvig, Østberg, Alfarnes, 2007).

Σε κάθε περίπτωση τα αποτελέσματα συνεκτιμώνται με την κλινική εικόνα.

Α. 8 Ηθική στάση και συναισθήματα ψυχιατρικών ασθενών

Ως ηθική ικανότητα ορίζεται η ικανότητα του ατόμου να εμφανίζει συγκεκριμένο ηθικό προσανατολισμό με συνεπή και διαφοροποιημένο από άλλους τρόπο, όταν καλείται να κρίνει πάνω σε θέματα ηθικής. Μιλώντας γενικότερα, αποστολή της ηθικής θεωρίας είναι να μας προμηθεύσει αρχές και κανόνες, ώστε να κατανοούνται με συνέπεια νομοτέλειες που υπόκεινται των ηθικών συναισθημάτων και κρίσεων ή/και να καθοδηγούνται αποτελεσματικά οι αντίστοιχες επιλογές/συμπεριφορές μας (Παπαγεωργίου 2014). Οι άνθρωποι μεταξύ τους διαφέρουν σημαντικά όσον αφορά την ηθική ικανότητα, αλλά λίγα είναι γνωστά για το πως αυτό αντικατοπτρίζεται στον εγκέφαλο.

Η ηθική ήταν παραδοσιακά πεδίο των ηθικών φιλοσόφων, ωστόσο πρόσφατα οι νευροεπιστήμες έχουν αρχίσει να εξερευνούν τις φυσιολογικές και νευροβιολογικές διεργασίες που διέπουν τις ηθικές κρίσεις. Σε αντίθεση με την ορθολογιστική άποψη της ηθικής συλλογιστικής ως προϊόντος συνειδητής συλλογιστικής, οι μελέτες αυτές υποδεικνύουν ότι οι συναισθηματικές διεργασίες μέσω του μεσοκοιλιακού προμετωπιαίου φλοιού, είναι πολύ σημαντικές στην ηθική κρίση. Ο Lind (2008) συνθέτοντας τις γνωστικές και συναισθηματικές διαδικασίες που εμπλέκονται, πρότεινε τη Θεωρία των Δύο Πτυχών (Dual Aspect Theory), στην οποία η ηθική ορίζεται ως αποτελούμενη από δύο ξεχωριστές, αλλά αδιαχώριστες πτυχές: προτιμήσεις για ορισμένους ηθικούς προσανατολισμούς (επηρεάζουν τη συναισθηματική πτυχή) και την ικανότητα να κρίνουμε με συνέπεια σύμφωνα με αυτές τις προτιμήσεις (γνωστική πτυχή).

Κατά τον Pujol (2012) η ρύθμιση της ηθικής συμπεριφοράς περιλαμβάνει πολύπλοκα (κυρίως μετωπιαία και κροταφικά) εγκεφαλικά συστήματα που υποστηρίζουν τις συναισθηματικές διαδικασίες και τη στοχοκατευθυνόμενη συλλογιστική, ενώ η σύνδεση μεταξύ τους μπορεί να ενσωματώσει συναισθηματικές και γνωστικές λειτουργίες απέναντι σε ηθικά διλήμματα. Σύγχρονες νευροαπεικονιστικές μελέτες αναδεικνύουν τον ρόλο του μέσου μετωπιαίου λοβού, του οπίσθιου προσαγωγίου και της γωνιώδους έλικας (Greene et al 2001, Harrison et al 2008). Πρόσφατες, επίσης, μελέτες υποδεικνύουν ότι οι συναισθηματικές διεργασίες, στις οποίες μεσολαβεί ο μεσοκοιλιακός προμετωπιαίος φλοιός (VentroMedial Prefrontal Cortex -VMPC), διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ηθική κρίση (moral judgment). Νευρολογικοί ασθενείς με δυσλειτουργία του VMPC (πχ αλκοολικοί στη συγκεκριμένη μελέτη) φαίνεται πως οδηγούνται σε ηθικές κρίσεις με ωφελιμιστικό-χρησιμοθηρικό χαρακτήρα συχνότερα, π.χ. είναι πιο πιθανό να επιδοκιμάσουν κατακριτέες δράσεις,

προκειμένου να μεγιστοποιήσουν το συνολικό τους όφελος, όταν αντιμετωπίζουν προσωπικά ηθικά διλήμματα στα οποία κινητοποιείται το συναίσθημα (Khemiri et al 2012).

Γενικότερα, οι ηθικές επιδόσεις ανθρώπων εξουθενωμένων ή νοητικά επιβαρυμένων φαίνεται πως υστερούν (Παπαγεωργίου 2014). Η έρευνα στη νευροαπεικόνιση αποδεικνύει την εμπλοκή ενός καλά καθορισμένου δικτύου που μεσολαβεί στην ηθική κρίση στον γενικό πληθυσμό, και έχει υπονοήσει την ακατάλληλη χρήση αυτού του δικτύου στην εγκληματική ψυχοπάθεια. Οι λειτουργικοί χάρτες του εγκεφάλου που έχουμε πια στη διάθεση μας επιβεβαίωσαν ότι το δίκτυο που εξυπηρετεί τη λειτουργία της ηθικής κρίσης υπολειτουργεί στις ψυχοπαθητικές προσωπικότητες σε καταστάσεις ηθικών διλημμάτων. Επιπλέον, τα δεδομένα μας παρέχουν στοιχεία σχετικά με μεταβολές του δικτύου αυτού σε αυτόν τον πληθυσμό και εκτός ηθικών διλημματικών καταστάσεων, με μια λειτουργική αποσύνδεση μεταξύ συναισθηματικών και γνωστικών στοιχείων, που συνεργατικά διαμορφώνουν την ηθική κρίση (Pujol 2012) .

Πολλές μελέτες με λειτουργικές μαγνητικές τομογραφίες σε διαφόρων ειδών δοκιμασίες με ηθικό περιεχόμενο εντοπίζουν ένα σταθερό μοτίβο ενεργοποίησης, ειδικά σε περιοχές του εγκεφάλου που εμπλέκονται σε γνωστικές και συναισθηματικές λειτουργίες. Αυτές οι περιοχές περιλαμβάνουν τον μεσοκοιλιακό προμετωπιαίο φλοιό (ventromedial prefrontal cortex- vmPFC), τον μέσο μετωπιαίο φλοιό, τον οπίσθιο γωνιώδη φλοιό, που αποτελούν το λεγόμενο default mode network (Greene et al 2001, Buckner and Carroll, 2006), καθώς και τους κροταφικούς πόλους, την οπίσθια άνω κροταφική αύλακα (posterior superior temporal sulcus- pSTS), την αμυγδαλή, τον έξω ραχιαίο προμετωπιαίο φλοιό (dorsolateral prefrontal cortex- DLPFC), και τον βρεγματικό λοβό (Greene & Haidt 2002, Moll et al 2005, Prehn & Heekeren 2009). Επιπλέον νευροαπεικονιστικές και κλινικές μελέτες παρέχουν συγκλίνοντα στοιχεία ότι γνωστικές και συναισθηματικές διεργασίες και ανταγωνίζονται (Greene & Haidt 2002, Koenigs et al 2007) και συνεργάζονται στη λήψη ηθικών αποφάσεων (Moll & de Oliverira-Souza 2007, Moll et al 2008). Έτσι, οι ερευνητές έχουν προτείνει ότι η ικανότητα του ατόμου να χρησιμοποιεί έξυπνα τις συναισθηματικές και τις γνωστικές λειτουργίες, τις σχετικές με το περιεχόμενο της συγκεκριμένης ηθικής δοκιμασίας, είναι κριτικής σημασίας στη λήψη αποφάσεων, τονίζοντας τον ρόλο των ατομικών διαφορών στην συναισθηματική και γνωστική επεξεργασία της πληροφορίας (Prehn & Heekeren 2009, 2014, Talmi & Frith 2007).

Οι Jung et al (2016) σε μελέτη υγειών που δοκιμάστηκαν με το Moral Competence Test (MCT, που προηγουμένως ονομαζόταν Moral Judgment Test, MJT), βρήκαν σημαντική αύξηση στη λειτουργική σύνδεση μεταξύ της αμυγδαλής και του μεσοκοιλιακού προμετωπιαίου φλοιού σε αυτούς που είχαν υψηλή βαθμολογία στη δοκιμασία συγκριτικά με εκείνους με χαμηλή βαθμολογία. Επιπλέον η

διαδικτυακή συνδεσιμότητα μεταξύ του δικτύου της αμυγδαλής και του μετωποβρεγματικού δικτύου (fronto-parietal control networks -FPCN) ελέγχου βρέθηκε μειωμένη στην ομάδα με την υψηλή βαθμολογία. Μελέτες σε ανθρώπους με ψυχοπαθητική διαταραχή προσωπικότητας (psychopaths) έχουν δείξει μειωμένη δραστηριότητα στις περιοχές αυτές κατά τη λήψη ηθικών αποφάσεων (Glenn et al 2009, Harenski et al 2014).

Όσον αφορά στη σχιζοφρένεια, υποστηρίζεται πως δυσλειτουργεί η συνεργατικότητα του προμετωπιαίου φλοιού με το μεταιχμιακό σύστημα. Επίσης, δεδομένα από λειτουργικές και απεικονιστικές μελέτες του εγκεφάλου συνδέουν την προμετωπιαία και μεταιχμιακή δυσλειτουργία με παρορμητική συμπεριφορά. Υποστηρίζεται, λοιπόν, ότι στη σχιζοφρένεια αλλά και στην επιθετικότητα υπάρχουν προβλήματα σύνδεσης των ανωτέρω εγκεφαλικών σχηματισμών, που οδηγούν σε παραβατικότητα τους σχιζοφρενείς, σε συνδυασμό πάντα με τη ντοπαμινεργική ανισορροπία (Μουρίκης & Δουζένης 2008).

Όσον αφορά πιο πολύπλοκες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις όπως η αμοιβαιότητα, η εμπιστοσύνη και η συνεργασία, οι ψυχίατροι από τον 19ο αιώνα έχουν αναγνωρίσει και περιγράψει ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν σημαντικές δυσκολίες να αντιληφθούν πλήρως και να εκτιμήσουν ηθικούς κανόνες (Kahlbaum 1885). Για παράδειγμα, είχαν παρατηρήσει σε δοκιμασίες με σύντομες βινιέτες που απαιτούσαν την αντίληψη ηθικών κανόνων πως αυτοί οι ασθενείς χρησιμοποιούν λιγότερο συχνά ανθρωπιστικές αποκρίσεις, ενώ αντίθετα επιλέγουν πιο απολυταρχικές και αυτο-προστατευτικές απαντήσεις, που υποδηλώνουν ότι τείνουν να απορρίπτουν την ευθύνη για την ευημερία των άλλων (Baruk 1968, Johnson 1960). Ομοίως, έφηβοι με σχιζοφρένεια βρέθηκε πως προσαρμόζουν τις ηθικές τους αποφάσεις σε σχέση με τη δύναμη, την κοινωνική θέση και τα υλικά αγαθά και όχι με την ισότητα ή την αμοιβαιότητα (Benson 1980).

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν στιγματιστεί ως μη ικανοί να αντιληφθούν τις κοινωνικές και ηθικές αξίες, γεγονός που μπορεί να είναι και απόρροια του ιδρυματισμού ή μακροχρόνιων νοσηλειών, και όχι σχετικό με τη διαταραχή ή την εξέλιξή της. Οι Wischniewski & Bruene (2011) βρήκαν (με δοκιμασίες όπως το Ultimatum Game και το Dictator Game) ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια φαίνεται να είναι λιγότερο ευαίσθητοι στην αδικία απέναντί τους, αλλά τιμωρούν την αδικία παρόμοια με τους υγιείς μάρτυρες, γεγονός που αντιτίθεται στην άποψη της κοινής γνώμης. Έτσι, δεδομένου ότι οι ασθενείς αυτοί είναι πιο ευάλωτοι να τους εκμεταλλευτούν, μπορούν να εξηγηθούν και τα υψηλά ποσοστά θυματοποίησης (Hodgins, Lincoln, & Mak 2009).

Η διερεύνηση της ηθικής στάσης και των συναισθημάτων στον υπό μελέτη πληθυσμό έχει επιπλέον ενδιαφέρον, διότι διακρίνονται διαφορετικές κατηγορίες παραβατικών ασθενών, με διαφορές ως προς

τη συμπτωματολογία, το ιστορικό προηγούμενης επιθετικότητας, το ιστορικό κατάχρησης ουσιών και τα θύματα τους (Μουρίκης & Δουζένης 2008). Σε αυτά τα ευρήματα προστίθενται στοιχεία για ανατομικολειτουργικές διαφορές μεταξύ των ομάδων αυτών κυρίως όσον αφορά τον κογχομετωπιαίο φλοιό και τον ιππόκαμπο (Naudts et al 2006).

Ειδικό μέρος

Β. Μεθοδολογία

Β.1 Περιγραφή της έρευνας

Οι αδικοπραγούντες ασθενείς που απαλλάχθηκαν από την ποινή λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής είναι ένας πληθυσμός που δεν έχει μελετηθεί ως προς τα ποιοτικά του χαρακτηριστικά επισταμένως μέχρι σήμερα. Ένας από τους λόγους μπορεί να είναι η διασπορά τους σε διάφορα τμήματα και νοσοκομεία στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη. Στα τμήματα που νοσηλεύονται οι εν λόγω ασθενείς αποτελούν τη μειοψηφία (συνήθως 3-5 σε κάθε τμήμα). Στη Θεσσαλονίκη έχει περιγραφεί ο πληθυσμός του Τμήματος Ακαταλόγιστων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης σε διδακτορικές διατριβές όσον αφορά ποσοτικά χαρακτηριστικά κυρίως (Σκαραγκάς 1997, Η έννοια του ακαταλόγιστου, διερεύνηση της ψυχιατροδικαστικής της χρήσης ως λόγου άρσης του καταλογισμού) και ως προς τον χρόνο εγκλεισμού τους (Κοσμάτος 1998, Η διάρκεια του εγκλεισμού σε ψυχιατρικό κατάστημα κατά το άρθρο 70 του Ποινικού Κώδικα).

Η διατριβή αυτή έχει ως σκοπό να μελετήσει το σύνολο των ασθενών που έχουν νοσηλευτεί στο Τμήμα Ακαταλόγιστων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης από τον Ιανουάριο 2015 μέχρι τον Ιανουάριο 2020. Στην κλινική νοσηλεύεται κατά αποκλειστικότητα το σύνολο των ακαταλόγιστων ψυχιατρικών ασθενών ολόκληρης της Βορείου Ελλάδας, το οποίο αποτελεί στην παρούσα χρονική περίοδο (από το 1988 έως σήμερα) το μόνο ψυχιατρικό τμήμα που νοσηλεύει αποκλειστικά ακαταλόγιστους πανελλαδικά με δύναμη 45 κλίνες, που όμως άγγιξε τις 63 στα τέλη 2017, και αποτελεί ταυτόχρονα το πολυπληθέστερο τμήμα του ΨΝΘ.

Β. 2 Σκοπός της έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να συγκριθούν οι διάφορες κατηγορίες ασθενών ως προς τα δημογραφικά, κλινικά, νομικά και ψυχομετρικά τους χαρακτηριστικά για να εντοπιστούν τυχόν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Επίσης, η έρευνα στοχεύει στο να αναδείξει ομάδες ασθενών με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά από το ιστορικό τους ή από την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων στις ψυχομετρικές δοκιμασίες, με απώτερο σκοπό την εκτίμηση του κινδύνου, αλλά και την εκτίμηση των αναγκών αυτών των ασθενών για θεραπεία.

Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων θα διερευνηθεί πρωτίστως αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς που διαπράττουν τα αδίκημα στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο και σε αυτούς που το διαπράττουν στην πορεία της νόσου. Επιπλέον θα διερευνηθεί αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τα χαρακτηριστικά που μελετώνται (δημογραφικά, κλινικά, νομικά και ψυχομετρικά) ανάλογα με το φύλο. Θα συγκριθούν επίσης εκείνοι

με ιστορικό εξάρτησης, ιστορικό αυτοκτονικότητας ή ετεροκαταστροφικότητας και ιστορικό διαταραχής διαγωγής με αυτούς που δεν έχουν παρόμοιο ιστορικό. Επιπροσθέτως, θα αξιολογηθεί η βελτίωση που παρουσιάζουν οι ασθενείς στην πορεία της νοσηλείας τους τόσο σαν σύνολο, όσο και στις δύο κατηγορίες που προκύπτουν ανάλογα με το κριτήριο διαφοροποίησης.

Τέλος θα επιχειρηθεί να απαντηθεί το ερώτημα αν υπάρχει δυνατότητα κατάταξης των ασθενών σε ομάδες με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά (δημογραφικά, ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς, εξάρτηση από ουσίες, προηγούμενες καταδίκες κλπ.), ώστε να προκύψουν ορισμένα προφίλ ασθενών. Θα επιχειρηθεί να γίνει πρόβλεψη σε ικανοποιητικό ποσοστό σχετικά με την κατάταξη των ατόμων σε αυτούς που διαπράττουν το έγκλημα κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο και σε όσους προβαίνουν σε ποινικό αδίκημα κατά την πορεία της νόσου, δηλαδή μετά την επαφή με υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οπότε και προτάθηκε ψυχιατρική παρακολούθηση και λήψη φαρμακευτικής αγωγής.

Β.3 Ερευνητική Στρατηγική

Μελετήθηκαν ως προς τα χαρακτηριστικά τους 2 ομάδες ασθενών:

- οι ασθενείς σε πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο που διέπραξαν το αδίκημα πριν την επαρκή ψυχιατρική αντιμετώπιση ή/και θεραπευτική αγωγή και
- οι ασθενείς που διέπραξαν το αδίκημα στην πορεία της νόσου, αφού προηγήθηκε η επαφή τους με ψυχιατρικές υπηρεσίες στα πλαίσια παρακολούθησης ή και νοσηλείας.

Οι ομάδες αυτές μελετήθηκαν ως προς τα δημογραφικά, τα κλινικά και τα εγκληματολογικά τους στοιχεία. Η έρευνα περιλαμβάνει κλινική εκτίμηση και διάγνωση σύμφωνα με το DSM-5 και συλλογή των στοιχείων για αποκλειστικά ερευνητικούς επιστημονικούς σκοπούς και τηρήθηκε πλήρης ανωνυμία των συμμετεχόντων.

Αρχικά ο προσδιορισμός του χρόνου έναρξης της ψύχωσης, καθώς και η έννοια του χρόνου μη θεραπευόμενης ψύχωσης (DUP- αναφερόμενη στο χρονικό διάστημα από την έναρξη της ψύχωσης ως την έναρξη της θεραπείας) φαίνονται αρκετά απλά. Μετά από περαιτέρω εξέταση όμως, γίνεται σαφές ότι η ταυτοποίηση των δύο αυτών χρονικών σημείων – της έναρξης της ψύχωσης και της έναρξης της θεραπείας- που ορίζουν τον χρόνο μη θεραπευόμενης ψύχωσης μπορεί να είναι πολύπλοκη.

Οι πιθανές προκλήσεις στην αναγνώριση της εμφάνισης της ψύχωσης περιλαμβάνουν τη διαφορετικότητα και ποικιλομορφία των συμπτωμάτων που χρησιμοποιούνται για τον ορισμό της ψύχωσης (π.χ. αν περιορίζεται σε ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες ή συμπεριλαμβάνει την

αποδιοργάνωση της σκέψης), τη λεπτή διάκριση ίσως και αυθαιρεσία κάποιων κρίσεων ως προς το αν ή πότε η εμπειρία ή η συμπεριφορά ενός ατόμου έχει περάσει το όριο από την εκκεντρικότητα ή το ασυνήθιστο στο ψυχωτικό, και ουσιαστικά την ιδιαιτερότητα της φύσης κάποιων αρχικών ψυχωτικών συμπτωμάτων, που μπορούν να οδηγήσουν τους ασθενείς να αναγνωρίσουν έναν διαφορετικό χρόνο έναρξης από τους παρατηρητές. Ίσως η εκδήλωση υποκειμενικών συμπτωμάτων, όπως οι ψευδαισθήσεις ή το παραλήρημα, μπορεί να αναγνωριστεί καλύτερα από τον ασθενή, ενώ τα μέλη της οικογένειας ή άλλοι παρατηρητές μπορούν να παρέχουν τις πιο έγκυρες αναφορές αλλαγών συμπεριφοράς.

Οι δυσκολίες που συνήθως συνδέονται με την αναδρομική ανάκληση των συμβάντων, μπορούν να συνδυαστούν με τυχόν δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο ασθενής κατά τον προσδιορισμό της έναρξης της ψύχωσης και ακολούθως κατά τον προσδιορισμό του χρόνου μη θεραπευόμενης ψύχωσης. Για παράδειγμα, εάν ο ασθενής εξακολουθεί να αντιμετωπίζει ψυχωτικά συμπτώματα ή έλλειψη εναισθησίας, αυτός ή αυτή μπορεί να μην είναι σε θέση να ανακαλέσει την εμφάνιση τους με ακρίβεια. Από την άλλη πλευρά, η ανάκληση των παρατηρητών σχετικά με την έναρξη της ψύχωσης μπορεί να επηρεαστεί από την αντίληψή τους, την πιθανή άρνηση, την ανοχή για την εκκεντρικότητα και την έκταση στην οποία αυτή συνοδεύεται από παράξενες συμπεριφορές.

Η έναρξη της θεραπείας, από την άλλη πλευρά, συνήθως πραγματοποιείται με τη χορήγηση αντιψυχωτικής φαρμακευτικής αγωγής. Επειδή μια συνταγή είναι γενικά αδιαμφισβήτητη, μπορεί κανείς να υποθέσει ότι το τελικό σημείο του χρόνου μη θεραπευόμενης ψύχωσης είναι πιο εύκολα προσδιορισμένο από την χορήγησή της. Παρ' όλα αυτά, η βιβλιογραφία αποκαλύπτει σημαντικές διαφορές μεταξύ των μελετών σχετικά με το εάν ο χρόνος μη θεραπευόμενης ψύχωσης θεωρείται ότι έχει τελειώσει με την έναρξη οποιουδήποτε επιπέδου αντιψυχωτικής θεραπείας ή μόνο όταν μια τέτοια θεραπεία πληροί κάποιο συγκεκριμένο κριτήριο για την επάρκεια της σε χρόνο ή/ και σε δοσολογία. Διαφωνίες προκύπτουν μεταξύ και εκείνων που προσπαθούν να καθορίσουν την επαρκή θεραπεία, για παράδειγμα οι Loebel et al (1992) θεωρούν ως τέτοια την θεραπεία έως και 12 εβδομάδες, ενώ οι Larsen et al (1996) θεωρούν ότι υπάρχει επαρκής θεραπεία όταν οι ασθενείς έλαβαν για 3 εβδομάδες το κατάλληλο φάρμακο. Επιπλέον, τέτοια κριτήρια συνήθως δεν λαμβάνουν υπόψη τη συμμόρφωση των ασθενών στο συνταγογραφούμενο φάρμακο, ακόμα και μετά το εξιτήριο.

Οι Larsen et al (1996) πιο συγκεκριμένα όρισαν την εμφάνιση των ψυχωτικών συμπτωμάτων ως εξής: βαθμολογία 4 ή υψηλότερη στα λήμματα της θετικής υποκλίμακας PANSS και εκδήλωση ψυχωτικών συμπτωμάτων, όπως ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, διαταραχές σκέψης ή ακατάλληλη ή παράξενη συμπεριφορά, όταν τα συμπτώματα δεν οφείλονται προφανώς σε οργανικά αίτια. Αυτά τα συμπτώματα πρέπει να διαρκούν όλη την ημέρα, για αρκετές ημέρες ή να εμφανίζονται αρκετές φορές

την εβδομάδα, και όχι για μερικές στιγμές. Δεν αξιολόγησαν την έναρξη του συνδρόμου ή τον χρόνο κατά τον οποίο ο ασθενής πληρούσε τη διάρκεια και τα κριτήρια σοβαρότητας για βραχεία αντιδραστική ψύχωση. Ο χρόνος μη θεραπευόμενης ψύχωσης ορίστηκε ως το διάστημα μεταξύ της έναρξης των ψυχωτικών συμπτωμάτων και της νοσηλείας για ψύχωση ή την έναρξη κατάλληλης θεραπείας. Η έναρξη των συμπτωμάτων εκτιμήθηκε είτε κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων για συμπλήρωση της PANSS, είτε κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων για αξιολόγηση με SCID. Όταν οι ασθενείς αναγνώρισαν το συγκεκριμένο ψυχωτικό σύμπτωμα, τους ζητήθηκε να εντοπίσουν πότε αυτό άρχισε. Παρόμοιες πληροφορίες ζητήθηκαν και από την οικογένεια από τον θεράποντα ιατρό. Όρισαν ως κατάλληλη βιολογική θεραπεία τη χορήγηση αντιψυχωτικού φαρμάκου που δόθηκε σε επαρκή χρόνο και ποσότητα, ώστε να οδηγήσει σε κλινική ανταπόκριση στον μέσο ασθενή με μη χρόνια σχιζοφρένεια (π.χ. αλοπεριδόλη 5 mg / ημέρα για 3 εβδομάδες).

Οι Large & Nielssen (2008) αποδέχθηκαν την εισαγωγή στο νοσοκομείο ως ορισμό της λήψης προηγούμενης θεραπείας, καθώς ακόμη και την προσέλευση σε ειδικές υπηρεσίες πρώιμης ψύχωσης, διότι το 80% των ασθενών εισάγονται στο νοσοκομείο νωρίς στη θεραπεία τους (Sipos et al 2001, Wade et al 2006). Παρόλο που μια μειονότητα ασθενών αντιμετωπίζεται επιτυχώς στην κοινότητα χωρίς εισαγωγή στο νοσοκομείο, άλλοι ασθενείς με πρώτο επεισόδιο δεν λαμβάνουν επαρκή θεραπεία παρά την επαφή με τις υπηρεσίες ή ακόμα και κατά την είσοδο στο νοσοκομείο (Craig et al 2004).

Για τη μελέτη αυτή ο όρος "πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο" χρησιμοποιήθηκε για να δηλώσει ψύχωση που δεν έχει υποβληθεί ποτέ σε θεραπεία, αλλά και την ψύχωση ως τις πρώτες 3 εβδομάδες αντιψυχωτικής θεραπείας, που δεν έχει ακόμη ανταποκριθεί στη θεραπεία. Το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο ορίστηκε ως η περίοδος μεταξύ της έναρξης των θετικών συμπτωμάτων της ψύχωσης και της κατάλληλης περιόδου θεραπείας σε χρόνο και σε δοσολογία, ανεξάρτητα από το αν υπήρξαν προηγουμένως υφέσεις της συμπτωματολογίας χωρίς θεραπεία. Συνεπώς, ολιγοήμερη νοσηλεία (ως 15 ημέρες) χωρίς συμμόρφωση αμέσως μετά το εξιτήριο, όπως αναφέρεται από τον ίδιο τον άρρωστο ή το περιβάλλον του, αξιολογήθηκε ως χωρίς επαρκή θεραπεία, άρα ως πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο. Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν ως έχοντες ψύχωση προηγουμένως υποβληθείσα σε θεραπεία, εάν είχαν λάβει για επαρκή χρονική περίοδο θεραπεία με αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή, ανεξάρτητα από το αν ο ασθενής ήταν συμμορφούμενος στη θεραπεία τη στιγμή του αδικήματος ή αν η ψύχωση ήταν ανθεκτική στη θεραπεία (Nielsen 2011). Επίσης, περιπτώσεις όπου υπήρχαν δύο ή περισσότερες νοσηλείες ή/και χορήγηση σκευάσματος μακράς διάρκειας δράσης σε οποιαδήποτε στιγμή στο ιστορικό τους κατηγοριοποιήθηκαν ως έχοντες λάβει θεραπεία.

Από τους 84 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν το χρονικό διάστημα της μελέτης εξαιρέθηκαν 6. Οι 2 από αυτούς διότι δεν είχαν ιστορικό ψύχωσης και άρα δεν πληρούσαν ένα από τα βασικά κριτήρια ένταξης

στη μελέτη. Τρεις επιπλέον εξαιρέθηκαν διότι έπασχαν από σοβαρής βαρύτητας άνοια και δεν μπορούσαν να απαντήσουν σε ερωτηματολόγια, ενώ δεν υπήρχαν μέλη της οικογένειας που να μπορούσαν να δώσουν επαρκείς πληροφορίες για το ιστορικό τους. Τέλος, ένας ασθενής βρισκόταν όλο το διάστημα εκπόνησης της μελέτης αυτής σε μακροχρόνια φυγή, και άρα δεν μπορούσε να συμπεριληφθεί.

Β.4 Ερευνητικά Εργαλεία

Στοιχεία συγκεντρώθηκαν από τέσσερεις διασταυρούμενες πηγές:

- Ιατρικοί φάκελοι και Δικαστικά έγγραφα των ασθενών
- Συνέντευξη
- Πληροφορίες που δόθηκαν από το προσωπικό του τμήματος και τους συγγενείς των ασθενών
- Συμπλήρωση ερωτηματολογίων.

Πιο συγκεκριμένα τα δεδομένα που συλλέχθηκαν αφορούσαν:

- **Δεδομένα από τον ιατρικό φάκελο και τα δικαστικά έγγραφα:**

Ιατρικός φάκελος: Στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής, όπως σε κάθε κλινική, διατηρείται ο ιατρικός φάκελος κάθε ασθενούς στο αρχείο. Περιλαμβάνει ιατρικό ιστορικό από τις πρώτες μέρες της εισαγωγής, καθώς και σημειώσεις για κάθε συνέντευξη-εξέταση με τους ιατρούς έκτοτε (ειδικούς-ειδικευόμενους, θεράποντες-εφημερεύοντες, ψυχιάτρους-παθολόγους). Στον φάκελο συμπεριλαμβάνεται και έντυπο καταγραφής όλων των ψυχιατρικών, αλλά και παθολογικών θεραπειών, από την εισαγωγή ως το εξιτήριο. Στον ιατρικό φάκελο φυλάσσονται επιπλέον και οι ψυχολογικές εκτιμήσεις (με συνέντευξη και ψυχομετρικά τεστ) από τον εκάστοτε ψυχολόγο, καθώς και η κοινωνική έρευνα από την εκάστοτε κοινωνική λειτουργό του τμήματος.

Δικαστικά έγγραφα: Μέρος του ιατρικού φακέλου αποτελούν και τα δικαστικά έγγραφα (Βουλεύματα, αποφάσεις ΜΟΔ ή Πλημμελειοδικείων), καθώς και στοιχεία από την προδικασία (καταθέσεις μαρτύρων κλπ.), αλλά συχνά και οι πραγματογνωμοσύνες σχετικά με τον καταλογισμό. Με αυτόν τον τρόπο συλλέγονταν πληροφορίες σχετικά με το αδίκημα, αλλά και για την εικόνα του ασθενούς πριν και κατά το αδίκημα, όπου αυτό ήταν δυνατό, αυξάνοντας την αξιοπιστία των ευρημάτων συνολικά, παρόλο που τελικά δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα καταγεγραμμένα στοιχεία και τις προσωπικές αναφορές των ασθενών και των οικογενειών τους. Η διαπίστωση αυτή αυξάνει την εγκυρότητα των ευρημάτων γενικότερα στην έρευνα αυτή.

- **Συνέντευξη**

Όλες οι συνεντεύξεις έλαβαν χώρα στον χώρο της κλινικής ή στα εξωτερικά ιατρεία του Ψυχιατρικού

Νοσοκομείου Θεσσαλονίκη σε ατομική συνάντηση χωρίς την παρουσία λοιπού προσωπικού. Η συνέντευξη αρχικά αποσκοπούσε στη συμπλήρωση ενός μέσου συλλογής δεδομένων δημογραφικών, ψυχιατρικών, νομικών κι εγκληματολογικών. Η συνέντευξη ακολουθούσε τη δομή του μέσου συλλογής δεδομένων, όπως παρατίθεται στο παράρτημα. Συγκεκριμένα καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία σχετικά την με ηλικία, τα έτη και το επίπεδο εκπαίδευσης, την οικογενειακή κατάσταση, το ιστορικό απασχόλησης και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Επίσης, καταγράφηκαν στοιχεία σχετικά με την ψυχιατρική νόσο, την αγωγή, προηγούμενες νοσηλείες, τη χρήση ουσιών, το οικογενειακό ιστορικό, προδιαθεσικούς παράγοντες, οργανικές νόσους κλπ. Επιπλέον καταγράφηκαν στοιχεία σχετικά με το αδίκημα/αδικήματα, τα θύματα και τη σχέση τους με τον ασθενή, το μέσο διάπραξης του αδικήματος, καθώς και το είδος της δικαστικής απόφασης (βούλευμα, απόφαση Μικτού Ορκωτού Δικαστηρίου ή Πλημμελειοδικείου ή Εφετείου). Ταυτόχρονα όμως, καθ' όλη τη διάρκεια της συνέντευξης δινόταν η δυνατότητα σε κάθε ασθενή να εκφρασθεί και να δώσει περαιτέρω πληροφορίες όποτε το επιθυμούσε.

- **Συνεντεύξεις με το προσωπικό του τμήματος και των συγγενών**

Είναι καθημερινή πρακτική η συλλογή πληροφοριών ή και οι συνεντεύξεις με το προσωπικό, καθώς πάντοτε συμπληρώνουν την κλινική εικόνα με πληροφορίες και στοιχεία που επιβεβαιώνουν τη διάγνωση και δίνουν μια πιο ολοκληρωμένη και χρήσιμη περιγραφή της συμπεριφοράς και των σχέσεων του κάθε ασθενούς με τους υπόλοιπους συνασθενείς, αλλά και το ίδιο το προσωπικό, στην πολύμηνη ή και πολυετή παραμονή του στο τμήμα. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκαν μέλη οικογένειας σαν πηγή τέτοιων πληροφοριών είτε τηλεφωνικά είτε με φυσική παρουσία. Σε κάθε περίπτωση είναι σαφές πως πάντοτε οι πληροφορίες αυτές μπορεί να είναι υποκειμενικές, ειδικά όταν προέρχονται από την οικογένεια. Αντιθέτως, οι πληροφορίες από το προσωπικό κρίθηκαν περισσότερο αντικειμενικές, τόσο λόγω της εκπαίδευσής και της εμπειρίας του, αλλά και του μεγάλου χρονικού διαστήματος της παρατήρησης, όπως προαναφέρθηκε. Έτσι, το προσωπικό προσέφερε χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο που κάθε ασθενής συμπεριφερόταν μέσα στην κλινική και τις σχέσεις που είχε συνάψει κατά τη νοσηλεία, αλλά και επιπλέον πληροφορίες από παρατηρήσεις στα επισκεπτήρια, πλαισιώνοντας το ιστορικό και τελικά οδηγώντας σε μεγαλύτερη αξιοπιστία των αποτελεσμάτων της έρευνας αυτής.

- **Συμπλήρωση ερωτηματολογίων**

Η συλλογή των δεδομένων ολοκληρώθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίων και κλιμάκων που είχαν προεπιλεγεί με βάση την κλινική εμπειρία, αλλά και τη σχετική βιβλιογραφία, προκειμένου να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα.

Τα ερωτηματολόγια και οι κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν ήταν:

1. M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview). Είναι μιας μικρής διάρκειας δομημένη διαγνωστική συνέντευξη, που σχεδιάστηκε από κοινού από ψυχιάτρους και κλινικούς στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη, για τα ταξινομητικά συστήματα DSM και ICD των ψυχιατρικών διαταραχών. Με ένα μέσο χρόνο χορήγησης 15 λεπτών, είναι μια μικρή αλλά ακριβής δομημένη ψυχιατρική συνέντευξη, σχεδιασμένη για πολυκεντρικές κλινικές έρευνες και επιδημιολογικές μελέτες. Με βάση τα δεδομένα από τη συμπλήρωση του M.I.N.I. 5.0.0. λαμβάνονταν τα παρακάτω στοιχεία σχετικά με ψυχιατρική διάγνωση στον άξονα Ι: Μείζων καταθλιπτική διαταραχή μοναδικό επεισόδιο ή υποτροπιάζουσα, Τρέχον επεισόδιο με μελαγχολικά στοιχεία, Δυσθυμία κατά τη διάρκεια της ζωής, Αυτοκτονικότητα τον τελευταίο μήνα, Διπολική διαταραχή κατά τη διάρκεια της ζωής, Διαταραχή πανικού τον τελευταίο μήνα, Αγοραφοβία τον τελευταίο μήνα, Κοινωνική φοβία τον τελευταίο μήνα, Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή τον τελευταίο μήνα, Διαταραχή μετατραυματικού στρες τον τελευταίο μήνα, Κατάχρηση και εξάρτηση από αλκοόλ κατά τη διάρκεια της ζωής, Κατάχρηση/ εξάρτηση από άλλη ψυχοδραστική ουσία κατά τη διάρκεια της ζωής, Ψυχωτική διαταραχή κατά τη διάρκεια της ζωής, Νευρογενής ανορεξία κατά τη διάρκεια της ζωής, Νευρογενής βουλιμία κατά τη διάρκεια της ζωής, Γενικευμένη αγχώδη διαταραχή τον τελευταίο μήνα, Αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας κατά τη διάρκεια της ζωής.

2.PANSS (Positive and Negative Symptoms Scale). Είναι μια κλινική συνέντευξη για την εκτίμηση της βαρύτητας των θετικών και των αρνητικών συμπτωμάτων, καθώς της γενικής ψυχοπαθολογίας. Για τους νεοεισαχθέντες αξιολογήθηκε η PANSS κατά την εισαγωγή τους, ενώ για τους υπόλοιπους έγινε αναδρομική PANSS βασισμένη σε στοιχεία από το ιστορικό τους, τα οποία περιγράφουν την ψυχοπαθολογία που εμφάνιζαν κατά τη διάρκεια της περιόδου που διέπραξαν την παραβατική πράξη. Επιπλέον αξιολογήθηκε η κλίμακα αυτή για όλους τους ασθενείς κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας.

Η κλίμακα αυτή έχει το πλεονέκτημα έναντι των προγενέστερων κλιμάκων ότι συμπεριλαμβάνει όλο το φάσμα των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων. Συνοδεύεται από δομημένη κλινική συνέντευξη που καλύπτει όλες τις πτυχές της μείζονος ψυχοπαθολογίας. Απαρτίζεται από τρεις υποκλίμακες εκ των οποίων οι δύο πρώτες είναι η θετική (παραληρητικές ιδέες, εννοιολογική αποδιοργάνωση, ψευδαισθητική συμπεριφορά, διέγερση, ιδέες μεγαλείου, καχυποψία, εχθρότητα) και η αρνητική (αμβλύ συναίσθημα, συναισθηματική απόσυρση, πτωχή συναισθηματική σχέση, παθητική/απαθής κοινωνική απόσυρση, δυσκολία στην αφηρημένη σκέψη, έλλειψη αυθορμητισμού και ροής στη συνομιλία, στερεότυπη σκέψη) και αποτελούνται από επτά λήμματα, ενώ η τρίτη αποτελείται από 16 λήμματα και αφορά στη γενική ψυχοπαθολογία (σωματική ενασχόληση, άγχος, αισθήματα ενοχής, ψυχική τάση, ιδιοτροπισμοί, κατάθλιψη, κινητική επιβράδυνση, έλλειψη συνεργασίας, ασύνηθες

περιεχόμενο σκέψης, διαταραχή προσανατολισμού, διαταραχή προσοχής, έλλειψη κρίσης και εναισθησίας, διαταραχή της βούλησης, διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων, ενασχόληση, ενεργητική κοινωνική αποφυγή).

Τα λήμματα της Θετικής υποκλίμακας «Παραληρητικές ιδέες» και «Εχθρότητα» αξιολογήθηκαν με τη μεγαλύτερη βαθμολογία, δηλαδή «7» σε όλες εκείνες τις περιπτώσεις όπου υπήρξε επεισόδιο σωματικής βίας. Όσον αφορά τις παραληρητικές ιδέες ορίζεται το κριτήριο ως πολύ σοβαρό «7», όταν κυριαρχούν στην εικόνα και θέτουν σε κίνδυνο την ασφάλεια του ασθενή ή τρίτων.

3. HDHQ (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire). Η κλίμακα Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ; Caine et al, 1967) σχεδιάστηκε για να εκτιμήσει το ευρύ φάσμα των εκδηλώσεων της επιθετικότητας, εχθρότητας ή τιμωρητικότητας. Είναι μια αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα με 51 λήμματα επιλεγμένα από το MMPI που απαντώνται με «ΝΑΙ- ΟΧΙ» από τον εξεταζόμενο. Αποτελείται από 5 υποκλίμακες, την Τάση για εκδήλωση εχθρικότητας (Urge to Act Out Hostility, AH), την Κριτική των άλλων (Criticism of Others, CO), την Παρανοϊκή εχθρικότητα (Paranoid Hostility, PH), την Αυτοκριτική (Self-Criticism, SC) και την Παραληρητική ενοχή (Delusional Guilt, DG). Οι πρώτες τρεις υποκλίμακες αθροίζονται για να υπολογιστεί η τιμωρητικότητα προς τους άλλους (εξωστρεφόμενη εχθρότητα) ή EXTRA score, και οι δύο τελευταίες για την τιμωρητικότητα προ τον εαυτό (εσωστρεφόμενη εχθρότητα) ή INTRO score. Επιπλέον η κατεύθυνση της εχθρότητας υπολογίζεται από το άθροισμα των τριών πρώτων μείον το άθροισμα των δύο τελευταίων αφού προστεθεί σε αυτό επιπλέον μια φορά το SC score, δηλαδή Direction of Hostility (DH) = (2SC + DG) - (AH + CO + PH). Θετική τιμή υποδηλώνει κατεύθυνση της τιμωρητικότητας προς τα έσω, ενώ αρνητική τιμή δηλώνει κατεύθυνση προς τα έξω, δηλαδή προς τρίτους.

4. AGGRESSION QUESTIONNAIRE. Είναι μια αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα με 29 λήμματα που απαντώνται με τη χρήση κλίμακας Likert 1 έως 5 σημείων. Χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της επιθετικότητας. Εκτιμά 4 υποκλίμακες: τη σωματική επιθετικότητα, τη λεκτική επιθετικότητα, τον θυμό και την εχθρότητα/εχθροπραξία. Αποτελεί ένα από τα πιο χρησιμοποιούμενα εργαλεία για την εκτίμηση της επιθετικότητας και σχεδιάστηκε από τους Buss & Perry (1992), βασισμένο στη θεωρία ότι η σωματική και η λεκτική επιθετικότητα αποτελούν το κύριο ή κινητικό μέρος, ο θυμός το συναισθηματικό και η εχθρότητα το γνωστικό μέρος. Ο θυμός λειτουργεί ως ψυχολογική γέφυρα που συνδέει το κινητικό με το γνωστικό μέρος. Η κλίμακα βασίστηκε στο Buss & Durkee Hostility Inventory (1957), το οποίο είχε σταθμιστεί σε διαφορετικούς πληθυσμούς και πλαίσια (Buss & Perry, 1992) αλλά είχε μερικά τρωτά σημεία.

5. HCR -20: Assessing risk for violence (Historical Clinical and Risk Management: εκτίμηση επικινδυνότητας για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς). Με την HCR-20 ελέγχονται παράγοντες

επικινδυνότητας για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς. Αποτελείται από 20 λήμματα, που διακρίνονται σε 10 παράγοντες που αφορούν στοιχεία του παρελθόντος (Ατομικό Ιστορικό: Προηγούμενη εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς, Νεαρή ηλικία κατά την εκδήλωση του πρώτου βίαιου συμβάντος, Ασταθείς διαπροσωπικές σχέσεις, Εργασιακά προβλήματα, Προβλήματα χρήσης ουσιών, Μείζων ψυχική διαταραχή, Ψυχοπαθητική συμπεριφορά, Πρώιμες δυσκολίες προσαρμογής, Διαταραχή προσωπικότητας, Προηγούμενη αποτυχημένη προσπάθεια επιτήρησης), 5 που αφορούν το παρόν (Κλινικά Στοιχεία: Έλλειψη εναισθησίας, Αρνητική συμπεριφορά, Ενεργός συμπτωματολογία μείζονος ψυχικής διαταραχής, Παρορμητικότητα, Έλλειψη ανταπόκρισης στη θεραπευτική παρέμβαση) και 5 στοιχεία που αναφέρονται στο μέλλον (Στοιχεία Διαχείρισης Επικινδυνότητας: Απουσία ρεαλιστικού προγραμματισμού, Έκθεση σε παράγοντες αποσταθεροποίησης, Απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος, Μη συμμόρφωση σε θεραπευτικές παρεμβάσεις, Άγχος).

Η κλίμακα δημιουργήθηκε μετά από συζητήσεις με έμπειρους επαγγελματίες στον χώρο της ψυχιατροδικαστικής, λαμβάνοντας υπόψη και τη σχετική βιβλιογραφία. Δεν χρησιμοποιείται ως απόλυτο ψυχομετρικό εργαλείο, αλλά ως οδηγός εκτίμησης της επικινδυνότητας. Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση μεταφρασμένη από τους Τσόπελας και συν (2009). Έγινε εκτίμηση για την περίοδο πριν το αδίκημα και για την περίοδο διεξαγωγής της μελέτης. Κατά τη σύσταση των συγγραφέων δεν αξιολογήθηκε το λήμμα Η7 «Ψυχοπαθητική συμπεριφορά», καθώς δεν αποτελούσε μέρος του πρωτοκόλλου η κλίμακα PCL-R, η οποία είναι απαραίτητη για την βαθμολόγηση σε αυτό το πεδίο.

6. ZKPQ (Zuckerman Kuhlman Personality Questionnaire). Είναι μια αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα με 99 λήμματα που απαντώνται με «ΣΩΣΤΟ- ΛΑΘΟΣ» από τον εξεταζόμενο. Χρησιμοποιείται για την εκτίμηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας. Περιλαμβάνει 5 υποκλίμακες που εκτιμούν:

- Κοινωνικότητα (Sociability), που περιλαμβάνει λήμματα που αναδεικνύουν την αναζήτηση μεγάλων γιορτινών εκδηλώσεων και την αλληλεπίδραση με πολλούς φίλους (Parties and Friends), καθώς και λήμματα που διερευνούν τη δυσανεξία σε κοινωνικό αποκλεισμό για τους εξωστρεφείς και την επιλογή μοναχικών δραστηριοτήτων από τους εσωστρεφείς (Isolation intolerance)
- Νευρωτισμό-άγχος (Neuroticism-Anxiety), με λήμματα που περιγράφουν ψυχική τάση, ανησυχία, φόβο, καταναγκαστική αναποφασιστικότητα και έλλειψη αυτοεκτίμησης
- Παρορμητικότητα (Impulsive Sensation Seeking), που εκτιμά την παρορμητικότητα, πχ την έλλειψη σχεδιασμού και την τάση να δρα κανείς χωρίς σκέψη, καθώς και την αναζήτηση έντασης, πχ την ανάγκη για ενθουσιασμό και έξαψη, την προτίμηση για μη προβλέψιμες καταστάσεις και την ανάγκη για αλλαγή και την καινοτομία

- Επιθετικότητα- εχθρότητα (Aggression Hostility), που εκτιμά την ετοιμότητα για λεκτική επιθετικότητα, αγένεια, ευερεθιστότητα και ανυπομονησία
- Δραστηριότητα (Activity), που εκτιμά την ανάγκη για δραστηριότητα γενικά, καθώς και την ανυπομονησία όταν δεν υπάρχει δράση, αλλά και την προτίμηση σε σκληρή δουλειά με προκλήσεις που απαιτεί πολλή ενέργεια.

Επιπλέον περιλαμβάνει 10 επιπλέον λήμματα που ανιχνεύουν το ψεύδος ή την απροσεξία στις απαντήσεις (Infrequency).

7. CAGE QUESTIONNAIRE. Είναι ένα απλό ερωτηματολόγιο τεσσάρων ερωτήσεων που επικεντρώνεται αποκλειστικά στη χρήση του αλκοόλ. Αποτελείται από 4 λήμματα και συνολική βαθμολογία από 2 και επάνω θεωρείται κλινικά σημαντικό. Είναι εύχρηστο και αξιόπιστο για την ανίχνευση προβλημάτων κατάχρησης/εξάρτησης από το αλκοόλ σε ενδονοσοκομειακούς ασθενείς (Malet et al 2005), σε ασθενείς επειγόντων τμημάτων (Whiterman et al 2000), σε πάσχοντες από ψυχικές νόσους (Dervaux et al 2006), νοσηλευόμενους και μη, σε ασθενείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης (William et al 2006) αλλά και σε πληθυσμούς εφήβων και νέων ενηλίκων (Carballo et al 2006). Η ικανότητα ανίχνευσης μορφών κατάχρησης από το αλκοόλ μέσω του ερωτηματολόγιου CAGE είναι συγκρίσιμη με αυτή των βιολογικών και κλινικών παραμέτρων (Bataille et al 2003). Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκε η ελληνική προσαρμογή του ερωτηματολογίου (Αθανασάκη-Τσουρούλα 1989). Οι ερωτήσεις αφορούσαν στην περίοδο πριν την επιβολή του μέτρου ασφαλείας/θεραπείας σύμφωνα με το άρθρο 69 του Ποινικού Κώδικα.

8. ASI (Addiction Severity Index). Ο δείκτης σοβαρότητας της εξάρτησης αποτελεί έναν από τους 5 κύριους επιδημιολογικούς δείκτες που συνεισφέρουν στο συνολικό σκοπό του EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). Είναι μια ημιδομημένη συνέντευξη. Δίνει πληροφορίες από 7 λειτουργικές περιοχές που συχνά επηρεάζονται από τη χρήση ουσιών και αφορούν την ιατρική κατάσταση, την εργασία, τη χρήση ουσιών, τη χρήση αλκοόλ, το νομικό πλαίσιο, το κοινωνικο-οικογενειακό επίπεδο και τη ψυχιατρική κατάσταση. Για τις ανάγκες αυτής της έρευνας καταχωρήθηκαν οι πληροφορίες για το είδος της ουσίας, τη θεραπεία υποκατάστασης, την οδό χορήγησης, τη συχνότητα χρήσης, την ηλικία έναρξης της χρήσης, την πρόσφατη λήψη άλλων ουσιών και την πρόσφατη ενδοφλέβια χρήση. Κάθε πληροφορία αφορούσε την χρονική περίοδο πριν την τέλεση του εγκλήματος.

9. SF-36 (Short Form Questionnaire-36)**.** Προκειμένου να αποφευχθεί η ασάφεια μεταξύ της γενικής έννοιας ποιότητας ζωής και των απαιτήσεων που υπάρχουν στην κλινική ιατρική και στις κλινικές δοκιμές εισήχθη η έννοια της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής» (ΣΥΠΖ) (health related quality of life) . Η ΣΥΠΖ αναφέρεται στην επίδραση που έχει η υγεία του ατόμου στην

λειτουργικότητα του και στην σωματική, ψυχική και κοινωνική του ευεξία. Το SF-36 που δημιουργήθηκε από τους Ware et al (1993) αξιολογεί τη φυσική και πνευματική υγεία του ατόμου. Αποτελείται από 36 ερωτήσεις που συνθέτουν 8 διαστάσεις: σωματική λειτουργικότητα, ρόλος-σωματικός, σωματικός πόνος, γενική υγεία, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, ρόλος συναισθηματικός και ψυχική υγεία. Το συγκεκριμένο εργαλείο μέτρησης χρειάζεται περίπου 5-10 λεπτά για να συμπληρωθεί και είναι κατάλληλο τόσο για αυτοσυμπλήρωση όσο και για συμπλήρωση από έναν εκπαιδευμένο ερευνητή μέσω συνέντευξης αυτοπροσώπως ή τηλεφωνικά, για άτομα ηλικίας 14 ετών και άνω. Το SF-36, για το οποίο έχει δημιουργηθεί και η σύντομη εκδοχή του, το SF-12, παρουσιάζει αξιοπιστία και εγκυρότητα και αποτελεί ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής. Επιπρόσθετα, το SF-36 έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά. Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις αξιολογούνται με τη χρήση κλίμακας Likert - 1 έως 5 σημείων.

10.GAF (Global Assessment of Functioning). Η κλίμακα σφαιρικής εκτίμησης της λειτουργικότητας συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό και εξετάζει τη συνολική λειτουργικότητα στον άξονα V του DSM-IV. Στηρίζεται σε μια συνεχή κλίμακα βαθμολόγησης από το 100 (ανώτερη λειτουργικότητα) ως το 1 (βαριά ελλειμματική λειτουργικότητα) και εξετάζει την ψυχολογική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα με βάση ένα υποθετικό συνεχές ψυχικής υγείας-νόσου. Για τους νεοεισαχθέντες αξιολογήθηκε η GAF κατά την εισαγωγή τους, ενώ για τους υπόλοιπους έγινε **αναδρομική GAF** με βάση την ψυχοπαθολογία που εμφάνιζαν κατά τη διάρκεια της περιόδου που διέπραξαν την παραβατική πράξη, και εκτίμηση με βάση την κλινική τους εικόνα κατά τη διεξαγωγή της έρευνας.

11. Ερωτηματολόγιο σε ηλεκτρονική μορφή (PowerPoint), που έχει διαμορφωθεί από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής το 2014, προκειμένου να διερευνήσει τη στάση των ερωτηθέντων σε ηθικά ζητήματα που αποτυπώνονται μέσω μύθων του Αισώπου. Σε κάθε υποθετική κατάσταση- μύθο ο ερωτηθείς καλείται να λάβει τη θέση του καθενός εκ των δύο ηρώων, αλλά και τη θέση του παρατηρητή, και να καταγράψει τα συναισθήματα του σε μια προκαθορισμένη λίστα των 7 (επτά) βασικών συναισθημάτων. Στο τέλος της ηλεκτρονικής παρουσίασης του ζητείται να καταγράψει επίσης τα συναισθήματα του.

Β. 5 Ηθικά Ζητήματα

Πριν την έναρξη της διατριβής κατατέθηκε σχετικός φάκελος με όλα τα απαραίτητα δικαιολογητικά (πρωτόκολλο μελέτης, έντυπο ενημέρωσης και συγκατάθεσης συμμετεχόντων κλπ.) στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης και στο Π.Γ.Ν. Αττικόν.

Επιπλέον ζητήθηκε και ελήφθη έγκριση από την Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, κι έτσι τελικώς εκδόθηκε η σχετική έγκριση από την 3η ΥΠΕ.

Σε κάθε ασθενή που συμμετείχε εξηγήθηκε με τρόπο σαφή και κατανοητό ότι την έρευνα διεξήγαγε η συγκεκριμένη ψυχίατρος και θεράπουσα ιατρός τους ως υποψήφια Διδάκτορας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Όλοι οι συμμετέχοντες διαβεβαιώθηκαν σχετικά με την εμπιστευτικότητα των ευρημάτων και ότι δεν θα δημοσιοποιούνταν τα αποτελέσματα με τρόπο που να είναι αναγνωρίσιμη η ταυτότητά τους. Παράλληλα κατέστη σαφές ότι η μελέτη δεν θα επηρέαζε με κανένα τρόπο τη νοσηλεία τους. Από τους ασθενείς που τελικά συμφώνησαν να συμμετέχουν, ζητήθηκε να υπογράψουν μια δήλωση ενημερωμένης συναίνεσης.

Από τους 78 ασθενείς του δείγματος κανένας δεν αρνήθηκε να συμμετέχει στη μελέτη. Για όσους ήταν σε δικαστική συμπαράσταση ζητήθηκε επιπλέον συναίνεση (έστω προφορική) από τους συμπαραστάτες. Ο κυριότερος παράγων που συνέβαλε στο μηδενικό ποσοστό άρνησης είναι η ήδη εγκατεστημένη σχέση εμπιστοσύνης με την ερευνήτρια. Ενδεχομένως δε, να θεώρησαν πως η άρνηση δεν θα εξυπηρετούσε στην απόκτηση οφελών βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα, παρά τη διαβεβαίωσή τους για το αντίθετο. Τέλος, ενδεχομένως να απολάμβαναν το επιπλέον ενδιαφέρον και την ευκαιρία να αναπαράγουν την προσωπική τους ιστορία.

Β.6 Περιγραφή του δείγματος

Όπως φαίνεται στον Πίνακα Β1, η πλειονότητα των συμμετεχόντων αποτελείται από άντρες (89,7%). Επίσης, υπάρχουν μόνο 3 αλλοδαποί στο δείγμα, ενώ όλοι οι υπόλοιποι έχουν την ελληνική υπηκοότητα. Όσον αφορά το θρήσκευμα, υπάρχουν μόνο 3 μουσουλμάνοι στο δείγμα, ενώ όλοι οι υπόλοιποι δήλωσαν Χριστιανοί Ορθόδοξοι.

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, αξίζει να σημειωθεί ότι περίπου 6 στους 10 συμμετέχοντες είναι άγαμοι χωρίς μόνιμη σχέση (60,3%), ενώ σημαντικά είναι και τα ποσοστά των έγγαμων (17,9%) και διαζευγμένων (14,1%). Επιπλέον, η πλειοψηφία των μελών του δείγματος δήλωσε ότι είναι άτεκνοι (65,4%).

Όσον αφορά την εκπαίδευση, το ποσοστό των ατόμων που δεν συνέχισαν τις σπουδές τους μετά το Λύκειο προσεγγίζει το 70%. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 48,7% δεν ολοκλήρωσε καν την υποχρεωτική εκπαίδευση. Από την άλλη μεριά, μονοψήφια ποσοστά σημειώνονται στους αποφοίτους ΑΕΙ και ΤΕΙ, όπως ενδεχομένως αναμενόταν. Τα ποσοστά εργαζομένων και ανέργων την εποχή τέλεσης του εγκλήματος είναι περίπου ίδια (51,3% και 48,7% αντίστοιχα). Ωστόσο, το 80,8% των συμμετεχόντων αναφέρει ότι είχαν εργαστεί και σε άλλες θέσεις μέχρι τη διάπραξη του εγκλήματος.

Όπως προέκυψε, περισσότεροι από τους μισούς προέρχονται από αστική περιοχή (53,8%), ενώ το 37,2% δήλωσε ότι ζουν σε αγροτική περιοχή. Περισσότεροι από τους μισούς ζούσαν με τους γονείς τους πριν διαπράξουν το έγκλημα (51,3%). Επιπλέον, 1 στους 5 ζούσε μόνος (21,8%), ενώ 2 άτομα δήλωσαν διαφορετικές συνθήκες διαμονής («Άλλο») από τις προτεινόμενες (ένας άστεγος κι ένας ασθενής που νοσηλευόταν σε ιδιωτική κλινική κατά τη διάπραξη). Από τα 69 άτομα που απάντησαν στην ερώτηση σχετικά με την εκπλήρωση των στρατιωτικών τους υποχρεώσεων, υπήρξαν 30 που δήλωσαν ότι είχαν απαλλαγή (43,5%). Τέλος, από αυτούς οι 27 δήλωσαν ότι ψυχιατρικοί λόγοι κατέστησαν απαραίτητη την απαλλαγή τους.

Πίνακας Β1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα (ποιοτικά χαρακτηριστικά)

Χαρακτηριστικά	**Συχνότητες**	**Ποσοστά**
Φύλο		
Άνδρας	70	89,7%
Γυναίκα	8	10,3%
Εθνικότητα		
Έλληνας	75	96,2%
Αλλοδαπός	3	3,8%
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος	14	17,9%
Άγαμος χωρίς σχέση	47	60,3%
Άγαμος σε σχέση	3	3,8%
Διαζευγμένος	11	14,1%
Χήρος	3	3,8%
Γονεϊκότητα		
Ναι	27	34,6%
Όχι	51	65,4%
Μορφωτικό επίπεδο		
Δεν ολοκλήρωσε την Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	12	15,4%
Απόφοιτος/η Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης	16	20,5%
Δεν ολοκλήρωσε την Υποχρεωτική Εκπαίδευση	10	12,8%
Απόφοιτος/η Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης	19	24,4%
Απόφοιτος/η Λυκείου	14	24,4%
Απόφοιτος/η ΤΕΙ	4	5,1%
Απόφοιτος/η ΑΕΙ	3	3,8%

Εργασιακή απασχόληση κατά την τέλεση του εγκλήματος		
Ναι	40	51,3%
Όχι	38	48,7%
Άλλα επαγγέλματα ως την τέλεση του εγκλήματος		
Ναι	63	80,8%
Όχι	15	19,2%
Τόπος διαμονής		
Αστικός	42	53,8%
Ημιαστικός	7	9%
Αγροτικός	29	37,2%
Συνθήκες διαμονής (πριν την τέλεση του εγκλήματος)		
Μόνος	17	21,8%
Με την οικογένειά του/της	19	24,4%
Με την πατρική οικογένειά του/της	40	51,3%
Άλλο	2	2,6%
Θρήσκευμα		
Χριστιανός/ή Ορθόδοξος/η	75	96,2%
Μουσουλμάνος/α	3	3,8%
Εκπλήρωση στρατιωτικής θητείας*		
Εκπλήρωση	39	56,5%
Απαλλαγή	30	43,5%
Λόγοι απαλλαγής από την στρατιωτική θητεία**		
Παθολογικοί λόγοι	2	6,75
Ψυχιατρικοί λόγοι	27	90%
Μετανάστευση	1	3,3%

*Υπήρξαν 9 άτομα που δεν απάντησαν σε αυτή την ερώτηση (8 γυναίκες και 1 μετανάστης)
**Υπήρξαν 48 άτομα που δεν απάντησαν σε αυτή την ερώτηση (39 που εκπλήρωσαν τη θητεία, 8 γυναίκες και 1 μετανάστης).

Η μέση ηλικία τέλεσης του εγκλήματος είναι τα 38,68 έτη, ενώ υπήρξαν τόσο νεαρά άτομα (18 ετών) όσο και ηλικιωμένοι (76 ετών) κατά τη διάπραξη του αδικήματος. Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας η μέση ηλικία των συμμετεχόντων είναι το 50,63 έτη, με τους νεότερους να είναι το λιγότερο 24 ετών. Τέλος, η μέση ηλικία εμφάνισης της νόσου είναι τα 25,58 έτη.

Πίνακας Β2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα (ποσοτικά χαρακτηριστικά)

Χαρακτηριστικά	**Εύρος τιμών**	**Μ.Ο.±Τ.Α.**
Ηλικία κατά την οποία τελέστηκε το έγκλημα	18-76	38,68±12,06
Ηλικία κατά τη μελέτη	24-90	50,63±12,69
Ηλικία έναρξης ψυχικής νόσου	12-60	25,58±9,78

Στον τελευταίο πίνακα αυτής της ενότητας (Πίνακας Β3) παρουσιάζονται τα συναισθήματα των συμμετεχόντων, όπως αυτά καταγράφηκαν κατά δήλωσή τους στη δοκιμασία με τους μύθους του Αισώπου. Συγκεκριμένα, δίνεται σε ποσοστιαία αναλογία η εμφάνιση καθενός από τα συναισθήματα (εμπιστοσύνη, φόβος, θυμός, αηδία, θλίψη, αιφνιδιασμός, χαρά, προσμονή, τίποτα από τα παραπάνω). Το επικρατέστερο συναίσθημα είναι η θλίψη (20%) και ακολουθεί ο θυμός (16%). Χρειάζεται να σημειωθεί πως μόνο 38 ασθενείς μπόρεσαν να ανταποκριθούν στη συγκεκριμένη δοκιμασία.

Πίνακας Β3. Συναισθήματα των συμμετεχόντων στην έρευνα κατά τη δοκιμασία με τους μύθους του Αισώπου

Συναισθήματα (N=38)	**Συχνότητες**	**Ποσοστά**
Εμπιστοσύνη	75	4%
Φόβος	192	11%
Θυμός	284	17%
Αηδία	102	6%
Θλίψη	405	24%
Αιφνιδιασμός	137	8%
Χαρά	288	14%
Προσμονή	81	1%
Τίποτα από τα παραπάνω	146	9%

Β. 7 Μέθοδοι της στατιστικής ανάλυσης

Αρχικά, πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις που ανήκουν στο τμήμα της περιγραφικής στατιστικής. Συγκεκριμένα, μέσα από πίνακες συχνοτήτων δίνεται η περιγραφή του συνόλου του δείγματος όσον αφορά την κλινική τους εικόνα, το ιστορικό καταχρήσεων/εξαρτήσεων, το ιστορικό βίας ή θυματοποίησης στο παρελθόν του ασθενή και το ιστορικό προηγούμενων δικαστικών αποφάσεων ή καταδικών. Επιπλέον, υπολογίστηκαν τα βασικά περιγραφικά μέτρα (ελάχιστη και μέγιστη τιμή, μέσος όρος και τυπική απόκλιση) των ποσοτικών μετρήσεων που αφορούν τους ασθενείς.

Ακολούθως, εκπονήθηκαν οι έλεγχοι της επαγωγικής στατιστικής. Σε κάθε περίπτωση επαγωγικών ελέγχων ελέγχονται δύο υποθέσεις: η μηδενική (H_0) και η εναλλακτική (H_1). Στην περίπτωση που η τιμή p του ελέγχου είναι μικρότερη από 0,05 η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται. Η τιμή 0,05 (5%) αποτελεί το επίπεδο σημαντικότητας των ελέγχων το οποίο δηλώνει ότι ο ερευνητής είναι 95% βέβαιος για την ορθότητα του εκάστου αποτελέσματος.

Οι έλεγχοι υπόθεσης χωρίζονται σε παραμετρικούς και μη παραμετρικούς ανάλογα με την ύπαρξη κανονικής κατανομής στα δεδομένα του δείγματος ή των δειγμάτων που μελετώνται κάθε φορά. Προκειμένου να ελεγχθεί η κανονικότητα των δεδομένων εφαρμόζεται ο έλεγχος Kolmogorov-Smirnov (Τσαγρής, 2014, σελ. 49-51). Σε αυτόν εξετάζεται η μηδενική υπόθεση ($H_{0)}$: τα δεδομένα ακολουθούν την κανονική κατανομή έναντι της εναλλακτικής υπόθεσης ($H_{1)}$: η κατανομή των δεδομένων διαφέρει σημαντικά από την κανονική. Ωστόσο, στις περιπτώσεις όπου ελέγχονται δείγματα με τουλάχιστον 30 παρατηρήσεις, μπορεί να θεωρηθεί ότι ικανοποιείται η κανονικότητα των δεδομένων μέσω του Κεντρικού Οριακού Θεωρήματος (Χαλικιάς, Μανωλέσσου, Λάλου, 2015, σελ. 184-186).

Οι έλεγχοι διαφορών είναι επαγωγικοί έλεγχοι που χρησιμοποιούνται για να δηλώσουν αν δύο ή περισσότερες ομάδες διαφέρουν ως προς κάποιο ποσοτικό χαρακτηριστικό. Στην περίπτωση δύο δειγμάτων (π.χ. άντρες-γυναίκες) χρησιμοποιείται ο παραμετρικός έλεγχος t "Independent Samples t-test" (Τσαγρής, 2014, σελ. 77-79; Πραμαγγιούλης, 2008, σελ. 16-18)ή ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney (Τσαγρής, 2014, σελ. 77-79) ανάλογα με το αν τα δεδομένα και στα δύο δείγματα ικανοποιούν την υπόθεση της κανονικότητας. Στον έλεγχο t ελέγχεται η μηδενική υπόθεση ($H_{0)}$: οι μέσες τιμές των πληθυσμών ως προς την μεταβλητή που μελετάται είναι ίσες, έναντι της εναλλακτικής υπόθεσης ($H_{1)}$: οι πληθυσμιακές μέσες τιμές διαφέρουν σημαντικά. Αντίστοιχα, ορίζονται και οι υποθέσεις του ελέγχου Mann-Whitney, μόνο που αφορούν τις πληθυσμιακές διαμέσους και όχι τις μέσες τιμές.

Στην περίπτωση τριών ή περισσοτέρων ανεξάρτητων δειγμάτων ο έλεγχος διαφορών που χρησιμοποιείται είναι η Ανάλυση της Διακύμανσης (Field, 2009, pp.375-387) ή ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis (Πραμαγγιούλης, 2008, σελ. 81-82). Με την Ανάλυση Διακύμανσης ελέγχεται η μηδενική υπόθεση ($H_{0)}$: οι πληθυσμιακές μέσες τιμές είναι ίσες, έναντι της εναλλακτικής υπόθεσης ($H_{1)}$: τουλάχιστον μία μέση τιμή διαφέρει σημαντική σε σχέση με τις υπόλοιπες. Αντίστοιχα ορίζονται οι υποθέσεις της δοκιμασίας Kruskal-Wallis, όπου αντί για μέσες τιμές αναφέρονται οι πληθυσμιακές διάμεσοι.

Αξίζει να σημειωθεί ότι τόσο στην περίπτωση της δοκιμασίας t όσο και στην Ανάλυση Διακύμανσης,

εκτός από την κανονικότητα των δεδομένων σε καθένα από τα δείγματα που μελετώνται, απαιτείται να ικανοποιείται η ομοσκεδαστικότητα (homoscedasticity, ισότητα των πληθυσμιακών διακυμάνσεων). Αυτός ο έλεγχος πραγματοποιείται με την δοκιμασία Levene, όπου μελετάται η μηδενική υπόθεση (H_0): οι πληθυσμιακές διακυμάνσεις είναι ίσες, έναντι της εναλλακτικής υπόθεσης (H_1): οι πληθυσμιακές διακυμάνσεις διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους. Στην περίπτωση της δοκιμασίας t επιλέγεται μία από τις δύο τιμές που παρέχει το στατιστικό πακέτο SPSS, ανάλογα με το αποτέλεσμα του ελέγχου Levene. Αντίθετα, στην περίπτωση της Ανάλυσης Διακύμανσης, αν παραβιάζεται η ομοσκεδαστικότητα (homoscedasticity), τότε επιλέγεται η διόρθωση Brown-Forsythe (Field, 2009, pp.375-387), αντί της τιμής που προσφέρει η δοκιμασία ANOVA.

Επιπλέον, στην περίπτωση της Ανάλυσης Διακύμανσης, η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς υποδηλώνει ότι τουλάχιστον μία πληθυσμιακή μέση τιμή διαφέρει σημαντικά από τις υπόλοιπες, χωρίς όμως να γίνεται γνωστή η προέλευση αυτής της διαφοράς. Γι' αυτόν τον σκοπό γίνονται ζευγαρωτοί έλεγχοι ανά 2 ανεξάρτητα δείγματα. Προκειμένου να αποφευχθεί η αύξηση σφαλμάτων, δεν επιλέγεται η δοκιμασία t για 2 ανεξάρτητα δείγματα, αλλά η δοκιμασία Tukey, που προσφέρει μια διόρθωση για την αποφυγή αύξησης των σφαλμάτων. Ωστόσο, η μέθοδος Tukey επιλέγεται μόνο όταν ικανοποιείται η ομοσκεδαστικότητα (homoscedasticity) των δεδομένων. Σε αντίθετη περίπτωση οι ζευγαρωτοί έλεγχοι πραγματοποιούνται με την μέθοδο Games-Howell (Field, 2009, pp.375-387).

Ακόμη, μελετώνται έλεγχοι ανεξαρτησίας για να διαπιστωθεί σε κάθε έλεγχο αν δύο ποιοτικές μεταβλητές σχετίζονται σημαντικά μεταξύ τους. Γι' αυτό τον σκοπό χρησιμοποιείται ο έλεγχος ανεξαρτησίας (Independence test) x^2 (Πραμαγγιούλης, 2008, σελ. 13-16), σύμφωνα με τον οποίο εξετάζεται η μηδενική υπόθεση (H_0): οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, έναντι της εναλλακτικής υπόθεσης (H_1): οι μεταβλητές σχετίζονται σημαντικά μεταξύ τους. Απαραίτητη προϋπόθεση για την αξιοπιστία του ελέγχου είναι να εμφανίζονται συχνότητες μικρότερες του 5 το πολύ στο 20% των κελιών του αντίστοιχου πίνακα συνάφειας. Αν αυτή η προϋπόθεση δεν ικανοποιείται, τότε εφαρμόζεται ο ακριβής έλεγχος του Fisher (Fisher's Exact test), αν οι μεταβλητές είναι διχότομες (έχουν μόνο δύο δυνατές επιλογές) ή η μέθοδος Monte Carlo, στην περίπτωση που τουλάχιστον μία από τις 2 μεταβλητές που μελετώνται δεν είναι διχότομη (Τσαγρής, 2014, σελ. 57).

Ακόμη, στην περίπτωση μεταβλητών που ελέγχονται σε δύο φάσεις (πριν την τέλεση του εγκλήματος και κατά την ψυχιατρική παρακολούθηση / φαρμακευτική αγωγή) αξίζει να μελετηθεί αν οι διάφορες ομάδες ατόμων παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική μεταβολή ως προς τις μεταβλητές της έρευνας. Σε αυτές τις περιπτώσεις επιλέγεται η δοκιμασία "Paired Samples t-test" (Τσαγρής, 2014,σελ.80-82), αν ικανοποιείται η υπόθεση της κανονικότητας των διαφορών των παρατηρήσεων (πριν-μετά). Με αυτή την δοκιμασία εξετάζεται η μηδενική υπόθεση (H_0): οι μέσες τιμές είναι ίδιες πριν και μετά,

έναντι της εναλλακτικής υπόθεσης (H_1): οι μέσες τιμές διαφέρουν σημαντικά στις δύο φάσεις μέτρησης. Αντίθετα, όταν παραβιάζεται η κανονικότητα των δεδομένων, επιλέγεται η μη παραμετρική δοκιμασία Wilcoxon, όπου μελετώνται διάμεσοι αντί για μέσες τιμές.

Επιπλέον, στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε μέθοδος ανάλυσης συστάδων (cluster analysis), ώστε το δείγμα να χωριστεί σε ομάδες με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ως προς το ιστορικό, την κλινική εικόνα και τις εξαρτήσεις. Γι' αυτό τον σκοπό εφαρμόστηκε αρχικά ιεραρχική ανάλυση συστάδων, όπου οι 78 συμμετέχοντες στην έρευνα χωρίστηκαν σε 3 ομάδες με την μέθοδο «Between-groups linkage» και χρησιμοποιώντας το τετράγωνο της Ευκλείδειας απόστασης ως μέσο διαχωρισμού των ατόμων σε ομάδες (Πραμαγγιούλης, 2008, σελ. 154-176). Με την μέθοδο του «αγκώνα» ("elbow method") προέκυψε ότι υπάρχουν 3 ομάδες ατόμων. Στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος ανάλυσης συστάδων «K-means» (Πραμαγγιούλης, 2008, σελ. 154-176), με την οποία κατηγοριοποιήθηκαν τα μέλη του δείγματος σε αυτές τις 3 ομάδες.

Τέλος, χρησιμοποιήθηκε λογιστική παλινδρόμηση (Field, 2009, pp. 279-312) με στόχο να διαπιστωθεί αν μπορεί να προβλεφθεί ο χρόνος τέλεσης του εγκλήματος (κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο/ κατά την πορεία της νόσου). Γι' αυτό τον σκοπό χρησιμοποιήθηκαν τόσο ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά. Εφαρμόστηκε η μέθοδος "Enter" με την οποία εισάγονται απευθείας όλες οι μεταβλητές στο μοντέλο και στη συνέχεια η μέθοδος "Forward LR" με την οποία οι μεταβλητές εισάγονται διαδοχικά και μόνο αν είναι σημαντικές για τον σωστό διαχωρισμό των ατόμων στις δύο κατηγορίες που υπαγορεύονται από την εξαρτημένη ποιοτική μεταβλητή.

Γ. Αποτελέσματα της έρευνας

Αρχικά, αναφέρονται τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής, όπου γίνεται μια γενική περιγραφή του δείγματος χωρίς να διαχωρίζονται σε ομάδες. Σε αυτή την ανάλυση περιλαμβάνονται συχνότητες και ποσοστά για τις ποιοτικές μεταβλητές, ενώ για τις ποσοτικές υπολογίστηκαν η ελάχιστη και μέγιστη τιμή, η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση.

Στη συνέχεια παρατίθενται τα αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς και ανεξαρτησίας μεταξύ των διαφόρων ομάδων που προκύπτουν σύμφωνα με τα δημογραφικά, κλινικά, νομικά και ψυχομετρικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα. Ακολούθως, παρουσιάζεται η κατηγοριοποίηση των μελών του δείγματος σε 3 ομάδες με τη βοήθεια της ανάλυσης συστάδων, και γίνονται εκ νέου έλεγχοι διαφοράς και ανεξαρτησίας (difference and independence Tests) για να βρεθεί αν αυτές οι τρεις ομάδες διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς τα ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά της έρευνας.

Τέλος, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων συσχέτισης και της λογιστικής παλινδρόμησης η οποία χρησιμοποιείται για να βρεθεί αν μπορούμε να προβλέψουμε σε ικανοποιητικό ποσοστό την κατάταξη των ατόμων σε αυτούς που διαπράττουν το έγκλημα κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο και όσους προβαίνουν σε ποινικό αδίκημα κατά την πορεία της νόσου.

Γ. 1.1. Σύνολο του δείγματος

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά αναφέρθηκαν σε ενότητα του προηγούμενου κεφαλαίου. Σε αυτή την υποενότητα μελετώνται, αρχικά, η διάγνωση της ψυχικής ασθένειας από την οποία πάσχουν και το ιστορικό νοσηλειών. Όπως φαίνεται στον Πίνακα Γ1.1, περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες είχαν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια κατά την έναρξη της νόσου (52,6%), ενώ κατά την τέλεση του εγκλήματος σχεδόν ένας στους τρεις (73,1%). Τα ποσοστά ψύχωσης είναι επίσης σημαντικά, ενώ στις υπόλοιπες περιπτώσεις τα ποσοστά είναι μονοψήφια. Από τις 62 περιπτώσεις όπου προϋπήρχε διάγνωση και ελέγχθηκε αν αυτή άλλαξε μετά την τέλεση του αδικήματος, μόνο το 11,3% απάντησε θετικά. Επίσης, 55 άτομα απάντησαν θετικά σχετικά με το ιστορικό νοσηλειών έως την τέλεση του εγκλήματος (70,5%). Συγκεκριμένα, από αυτούς που απάντησαν θετικά, το 87,3% απάντησε ότι νοσηλεύτηκε ακούσια τουλάχιστον μία φορά, ενώ αρκετά υψηλό είναι και το ποσοστό εκούσιων νοσηλειών (38,2%). Μάλιστα, εμφανίζεται μεγάλη ποικιλομορφία στο πλήθος νοσηλειών, αφού υπήρξαν συμμετέχοντες με μία (1) νοσηλεία και άλλοι με περισσότερες από δέκα (10) νοσηλείες.

Πίνακας Γ1.1. Συχνότητες και ποσοστά των ποιοτικών χαρακτηριστικών που αφορούν την κλινική εικόνα των συμμετεχόντων

Χαρακτηριστικά	**Συχνότητες**	**Ποσοστά**
Διάγνωση κατά την έναρξη της νόσου (N=78)		
Σχιζοφρένεια	41	52,6%
Συναισθηματική διαταραχή	4	5,1%
Διαταραχή διαγωγής	1	1,3%
Ψύχωση	12	15,4%
Διαταραχή προσωπικότητας	4	5,1%
Νοητική υστέρηση	1	1,3%
Διαταραχή οφειλόμενη σε ουσίες	8	10,3%
Αγχώδης διαταραχή	1	1,3%
Δεν είχε προηγούμενη διάγνωση	6	7,7%
Διάγνωση κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)		
Σχιζοφρένεια	57	73,1%
Συναισθηματική διαταραχή	2	2,6%
Ψύχωση	14	17,9%
Νοητική στέρηση	1	1,3%
Διαταραχή οφειλόμενη σε ουσίες	4	5,1%
Αλλαγή κύριας διάγνωσης μετά την τέλεση του εγκλήματος(N=62)	7	11,3%
Νοσηλεία μέχρι τελέσεως του εγκλήματος (N=78)	55	70,5%
Ακούσια/ες νοσηλεία/ες μέχρι τελέσεως του εγκλήματος (N=55)	48	87,3%
Πλήθος ακούσιων νοσηλειών μέχρι την τέλεση του εγκλήματος (N=48)		
1	13	27,1%
2	5	10,4%
3-5	12	25%
6-9	11	22,9%
>10	7	14,6%
Εκούσια/ες νοσηλεία/ες μέχρι τελέσεως του εγκλήματος (N=55)	21	38,2%
Πλήθος εκούσιων νοσηλειών μέχρι την τέλεση του εγκλήματος (N=21)		
1	6	28,6%
2	4	19%
3-5	5	23,8%
6-9	3	14,3%

>10	3	14,3%

Όπως φαίνεται στον Πίνακα Γ1.2 το 56,4% των συμμετεχόντων στην έρευνα έχουν ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες. Μάλιστα, 1 στους 3 δήλωσε ότι είχε κάνει χρήση πέριξ της τέλεσης του εγκλήματος (35,9%). Επιπλέον, 20 άτομα (25,6%) δήλωσαν ότι το έγκλημα που διέπραξαν σχετιζόταν με τη χρήση ουσιών.

Πίνακας Γ1.2. Συχνότητες και ποσοστά των ποιοτικών χαρακτηριστικών που αφορούν την ενδεχόμενη εξάρτηση των συμμετεχόντων από ουσίες

Χαρακτηριστικά	**Συχνότητες**	**Ποσοστά**
Ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες (N=78)	44	56,4%
Χρήση ουσιών πέριξ της τέλεσης του εγκλήματος (N=78)	28	35,9%
Τέλεση εγκληματικής πράξης σχετιζόμενης με ψυχοτρόπες ουσίες (N=78)	20	25,6%

Στον Πίνακα Γ1.3. φαίνεται πως η πλειοψηφία των μελών του δείγματος βρισκόταν σε ψυχιατρική φαρμακευτική αγωγή κατά την τέλεση του εγκλήματος (79,5%). Επίσης, από αυτούς που λάμβαναν αγωγή σχεδόν όλοι έκαναν χρήση αντιψυχωτικών πριν την τέλεση του εγκλήματος (98,4%). Σημαντικό είναι και το ποσοστό αλλαγής της φαρμακευτικής αγωγής μετά την τέλεση του εγκλήματος (87,1%). Τέλος, μόλις το 11,3% των συμμετεχόντων απάντησε ότι συμμορφωνόταν με τη φαρμακευτική αγωγή κατά την τέλεση του εγκλήματος.

Πίνακας Γ1.3. Συχνότητες και ποσοστά των ποιοτικών χαρακτηριστικών που αφορούν την ενδεχόμενη χρήση φαρμάκων πριν ή/και μετά την τέλεση του εγκλήματος

Χαρακτηριστικά	**Συχνότητες**	**Ποσοστά**
Σε ψυχιατρική/φαρμακευτική αγωγή κατά τη στιγμή τέλεσης του εγκλήματος (N=78)	62	79,5%
Αντιψυχωτικά έως και την τέλεση του εγκλήματος(N=62)	61	98,4%
Αντικαταθλιπτικά έως και την τέλεση του εγκλήματος(N=62)	8	12,9%
Σταθεροποιητές του συναισθήματος έως και την τέλεση του εγκλήματος(N=62)	5	8,1%
Μείζονα/ελάσσονα αγχολυτικά έως και την τέλεση του εγκλήματος(N=62)	19	30,6%
Αντιπαρκινσονικά έως και την τέλεση του εγκλήματος(N=62)	7	11,3%
Αντιεπιληπτικά έως και την τέλεση του εγκλήματος(N=62)	1	1,6%
Αντιψυχωτικά μετά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	78	100%

Αντικαταθλιπτικά μετά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	21	26,9%
Σταθεροποιητές του συναισθήματος μετά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	16	20,5%
Μείζονα/ελάσσονα αγχολυτικά μετά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	34	43,6%
Αντιπαρκινσονικά μετά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	2	2,6%
Αλλαγή φαρμακευτικής αγωγής μετά την τέλεση του εγκλήματος (N=62)	54	87,1%
Συμμόρφωση με φαρμακευτική αγωγή κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=62)	7	11,3%

Όπως φαίνεται στον Πίνακα Γ1.4 το 42,3% των συμμετεχόντων έχει συγγενείς με ιστορικό ψυχιατρικής νόσου, ενώ 1 στους 3 δήλωσε ότι υπάρχουν συγγενείς πρώτου βαθμού με ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες. Μόλις 6,4% των μελών του δείγματος δήλωσε οικογενειακό ιστορικό εγκληματικής / παραβατικής συμπεριφοράς και το 11,5% του συνόλου έχει οικογενειακό ιστορικό αυτοκαταστροφικής ή ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς.

Πίνακας Γ1.4. Συχνότητες και ποσοστά των ποιοτικών χαρακτηριστικών που αφορούν την ύπαρξη συγγενών Α΄ βαθμού με ιστορικό ψυχικής νόσου, καταχρήσεων, εγκληματικότητας, αυτοκαταστροφικής ή ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς

Χαρακτηριστικά	**Συχνότητες**	**Ποσοστά**
Ιστορικό ψυχιατρικής νόσου (N=78)	33	42,3%
Ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες (N=78)	26	33,3%
Ιστορικό εγκληματικής/παραβατικής συμπεριφοράς (N=78)	5	6,4%
Ιστορικό αυτο- ή ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς (N=78)	9	11,5%

Όπως φαίνεται στον Πίνακα Γ1.5, το 33,3% παρουσίασε αυτοκτονικότητα έως την τέλεση του εγκλήματος, ενώ 3 στους 4 είχαν ετεροκαταστροφική συμπεριφορά (74,4%). Αντίθετα, τα ποσοστά είναι σημαντικά μειωμένα την περίοδο μετά την τέλεση του εγκλήματος, ιδιαίτερα όσον αφορά στην ετεροκαταστροφική συμπεριφορά.

Πίνακας Γ1.5. Συχνότητες και ποσοστά των ποιοτικών χαρακτηριστικών που αφορούν το ιστορικό αυτο- ή έτερο-καταστροφικότητας

Χαρακτηριστικά	**Συχνότητες**	**Ποσοστά**
Απόπειρα αυτοκτονίας / παραυτοκτονική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	26	33,3%

Απόπειρα αυτοκτονίας / παραυτοκτονική συμπεριφορά μετά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	17	21,8%
Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	58	74,4%
Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά μετά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	14	17,9%

Όπως φαίνεται στον Πίνακα Γ1.6, το 39,7% των συμμετεχόντων έχουν υπάρξει θύματα στο παρελθόν. Συγκεκριμένα, 29 άτομα δήλωσαν ότι υπήρξαν θύματα σεξουαλικής κακοποίησης, ενώ μόλις 11 έχουν βιώσει τον σχολικό εκφοβισμό. Τέλος, αρκετά σημαντικό είναι το ποσοστό ατόμων που εμφάνισαν διαταραχές στη διαγωγή και τη συμπεριφορά τους κατά την παιδική ηλικία (38,5%).

Πίνακας Γ1.6. Συχνότητες και ποσοστά των ποιοτικών χαρακτηριστικών που αφορούν το ιστορικό θυματοποίησης ή διαταραχής συμπεριφοράς/διαγωγής κατά το παρελθόν

Χαρακτηριστικά	**Συχνότητες**	**Ποσοστά**
Έχετε υπάρξει θύμα στο παρελθόν; (N=78)	31	39,7%
Υπήρξατε θύμα σωματικής/σεξουαλικής κακοποίησης; (N=78)	29	37,2%
Υπήρξατε θύμα σχολικού εκφοβισμού; (N=78)	11	14,1%
Είχατε εμφανίσει διαταραχές διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία; (N=78)	30	38,5%

Όπως φαίνεται στον Πίνακα Γ1.7, περισσότεροι από τους μισούς βίωσαν στρεσογόνα γεγονότα τα τελευταία δύο έτη πριν το αδίκημα (52,6%). Μάλιστα, τα πιο συχνά εμφανιζόμενα περιστατικά είναι ο θάνατος στενού οικογενειακού μέλους (41,5%) και η απόλυση από την εργασία (24,4%).

Πίνακας Γ1.7. Συχνότητες και ποσοστά των ποιοτικών χαρακτηριστικών που αφορούν την ύπαρξη στρεσογόνων γεγονότων τους τελευταίους 24 μήνες πριν το αδίκημα

Χαρακτηριστικά	**Συχνότητες**	**Ποσοστά**
Στρεσογόνα γεγονότα στη ζωή του ασθενή στη διάρκεια των 24 μηνών που προηγήθηκαν της εγκληματικής πράξης (N=78)	41	52,6%
Θάνατος συζύγου (N=41)	1	2,4%
Διαζύγιο (N=41)	4	9,8%
Συζυγικός αποχωρισμός (N=41)	1	2,4%
Φυλάκιση (N=41)	3	7,3%

Θάνατος στενού οικογενειακού μέλους (N=41)	17	41,5%
Βαριά σωματική βλάβη ή νόσος (N=41)	1	2,4%
Γάμος (N=41)	4	9,8%
Απόλυση από την εργασία (N=41)	10	24,4%
Συζυγικός συμβιβασμός (N=41)	1	2,4%
Συνταξιοδότηση (N=41)	0	0%
Γέννηση παιδιού (N=41)	1	2,4%
Διαζύγιο γονιών (N=41)	1	2,4%
Δυσκολίες στην εργασία (N=41)	1	2,4%
Έλλειψη στέγης (N=41)	1	2,4%

Επίσης, μελετήθηκε το ιστορικό οργανικής νόσου (Πίνακας Γ1.8). Όπως προέκυψε, μόλις 7 άτομα αντιμετώπιζαν κάποια οργανική νόσο έως/κατά την τέλεση του εγκλήματος. Μάλιστα, οι 6 από αυτούς δήλωσαν ότι η νόσος ήταν χρόνια.

Πίνακας Γ1.8. Συχνότητες και ποσοστά των ποιοτικών χαρακτηριστικών που αφορούν το ιστορικό οργανικής νόσου

Χαρακτηριστικά	**Συχνότητες**	**Ποσοστά**
Οργανική νόσος έως/κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	7	9%
Είδος νόσου (N=7)		
H35(Αμφιβληστροειδοπάθεια)	1	14,3%
S06 (ΚΕΚ)	2	28,6%
G40(Επιληψία)	1	14,3%
F70(Νοητική υστέρηση)	3	42,9%
Χαρακτηριστικό νόσου (N=7)		
Χρόνια	6	85,7%
Οξεία	1	14,3%

*Σε αυτές τις περιπτώσεις υπήρξαν 71μη καταγεγραμμένες απαντήσεις (χαμένες τιμές). Πρόκειται για τους 71 συμμετέχοντες που δεν εμφάνιζαν κάποια οργανική νόσο έως/κατά την τέλεση του εγκλήματος.

Όπως φαίνεται στους Πίνακες Γ1.9 και Γ 1.10, όλοι οι ασθενείς έδρασαν χωρίς συμμέτοχο στο αδίκημα. Μάλιστα, το μεγαλύτερο ποσοστό προέβη σε ανθρωποκτονία (38,5%). Σημαντικά είναι και τα ποσοστά απόπειρας ανθρωποκτονίας (28,2%) και εμπρησμού (15,4%). Επιπλέον, σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες δήλωσαν ότι χρησιμοποίησαν νύσσον όργανο (μαχαίρι κυρίως) κατά τη διάπραξη του εγκλήματος (46,8%), ενώ σημαντικά είναι και τα ποσοστά υλικών καύσης (15,6%), χρήση του ίδιου του σώματος, δηλαδή με τα χέρια και τα πόδια τους (16,9%), και όπλου (10,4%). Τέλος, σχεδόν οι

μισοί διέπραξαν το έγκλημα σε κοινό ιδιωτικό χώρο (45,1%), ενώ σχεδόν 1 στους 3 χρησιμοποίησε τον ιδιωτικό χώρο του θύματος (31%).

Πίνακας Γ1.9. Συχνότητες και ποσοστά των ποιοτικών χαρακτηριστικών που αφορούν το είδος εγκληματικής δράσης, τον τόπο διάπραξης και το μέσο διάπραξης εγκλήματος των συμμετεχόντων στην έρευνα

Χαρακτηριστικά	**Συχνότητες**	**Ποσοστά**
Εγκληματική δράση (N=78)		
Αυτοτελής	78	100%
Συμμετοχική	0	0%
Ανθρωποκτονία (N=78)	30	38,5%
Φθορά ξένης περιουσίας (N=78)	3	3,8%
Εμπρησμός (N=78)	12	15,4%
Απόπειρα ανθρωποκτονίας (N=78)	22	28,2%
Σωματική βλάβη (N=78)	11	14,1%
Διατάραξη οικογενειακής ειρήνης (N=78)	1	1,3%
Απειλή (N=78)	1	1,3%
Απόπειρα κλοπής (N=78)	1	1,3%
Κλοπή (N=78)	2	2,6%
Αντίσταση (N=78)	2	2,6%
Επίθεση (N=78)	2	2,6%
Εξύβριση κατά συρροή (N=78)	1	1,3%
Πρόκληση κινδύνου με λιθοβολισμό (N=78)	1	1,3%
Ανθρωποκτονία κατά συρροή (N=78)	3	3,8%
Απόπειρα ανθρωποκτονίας κατά συρροή (N=78)	4	5,1%
Υπεξαίρεση (N=78)	1	1,3%
Απόπειρα σωματικής βλάβης (N=78)	1	1,3%
Απόπειρα αυτοκτονίας (N=78)	2	2,6%
Απόπειρα ληστείας (N=78)	4	5,1%
Απειλή σωματικής βλάβης (N=78)	1	1,3%
Εξύβριση (N=78)	1	1,3%
Διακοπή κύησης (N=78)	1	1,3%
Εκβίαση (N=78)	1	1,3%
Παράνομη οπλοχρησία-οπλοκατοχή (N=78)	2	2,6%

Εκφοβισμός με όπλο (N=78)	1	1,3%
Μέσο διάπραξης του εγκλήματος (N=77)		
Θλων	3	3,8%
Νύσσον	36	46,2%
Βρόγχος	3	3,8%
Όχημα	2	2,6%
Υλικά καύσης	12	15,4%
Σώμα	13	16,7%
Όπλο	8	10,3%
Τόπος διάπραξης εγκλήματος (N=71)		
Ιδιωτικός χώρος θύματος	22	31%
Ιδιωτικός χώρος θύτη	6	8,5%
Κοινός ιδιωτικός χώρος	32	45,1%
Δημόσιος χώρος	11	15,5%

Πίνακας Γ1.10. Συχνότητες και ποσοστά των ποιοτικών χαρακτηριστικών που αφορούν το είδος εγκληματικής δράσης των συμμετεχόντων στην έρευνα (ομαδοποίηση των αδικημάτων)

Χαρακτηριστικά	**Συχνότητες**	**Ποσοστά**
Έγκλημα κατά ζωής (N=78)	53	67,9%
Έγκλημα κατά της σωματικής ακεραιότητας (N=78)	20	25,6%
Έγκλημα κατά της ιδιοκτησίας (N=78)	10	12,8%
Κοινώς επικίνδυνα εγκλήματα (N=78)	11	14,1%
Βασική κατηγοριοποίηση εγκλήματος (N=78)		
Σωματική βλάβη	10	12,8%
Ανθρωποκτονία	33	42,3%
Εμπρησμός	9	11,5%
Απόπειρα ανθρωποκτονίας	20	25,6%
Φθορά ξένης περιουσίας	2	2,6%
Κλοπή	1	1,3%
Ληστεία	2	2,6%
Εκφοβισμός	1	1,3%

Ακόμη, τα μέλη του δείγματος ρωτήθηκαν σχετικά με το πλήθος των θυμάτων τους, τη σχέση τους με το βασικό θύμα και την χρονική ζώνη της ημέρας στην οποία τελέστηκαν τα εγκλήματα. Όπως φαίνεται στον Πίνακα Γ1.11, 57 άτομα είχαν μόνο ένα θύμα. Τέλος, σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες

απάντησαν ότι διέπραξαν το έγκλημα κατά τις πρωινές ή μεσημεριανές ώρες (48,7%).

Πίνακας Γ1.11. Συχνότητες και ποσοστά των ποιοτικών χαρακτηριστικών που αφορούν τον αριθμό θυμάτων και την χρονική ζώνη δράσης

Χαρακτηριστικά	**Συχνότητες**	**Ποσοστά**
Αριθμός θυμάτων (N=71)		
1	57	80,3%
2	7	9,9%
3 ή περισσότερα	7	9,9%
Σχέση θύτη – βασικού θύματος (N=71)		
Συγγενική	44	62%
Συζυγική	7	9%
Φιλική	4	5,6%
Απλή γνωριμία	6	8,5%
Άγνωστος	10	14,1%
Σχέση θύτη – βασικού θύματος (N=71)		
Εκτός οικογένειας	20	28,2%
Εντός οικογένειας	51	71,8%
Συζυγική/συγγενική σχέση θύτη – βασικού θύματος (N=51)		
Α/Β βαθμού	36	70,6%
Σύζυγοι	7	13,7%
Άλλο	8	15,7%
Α/Β βαθμός συγγένειας θύτη – βασικού θύματος (N=36)		
Τέκνο	3	8,3%
Μητέρα	16	44,4%
Γιαγιά	7	19,4%
Πατέρας	7	19,4%
Αδερφή	3	8,3%
Χρονική περίοδος εγκλήματος (N=78)		
Πρωί	21	26,9%
Μεσημέρι	17	21,8%
Απόγευμα	14	17,9%
Βράδυ	11	14,1%
Μεταμεσονύχτια	15	19,2%

Στον Πίνακα Γ1.12 φαίνεται πως 20 από τα άτομα του δείγματος έχουν καταδικαστεί στο παρελθόν για άλλα αδικήματα, τόσο βίαια όσο και μη βίαια. Σχετικά με την απόφαση που διέταξε την εφαρμογή του άρθρου 69 ΠΚ, στις μισές περιπτώσεις ήταν βουλεύματα του Συμβουλίου Πλημμελειοδικών.

Πίνακας Γ1.12. Συχνότητες και ποσοστά των ποιοτικών χαρακτηριστικών που αφορούν την ύπαρξη προηγούμενων καταδικών και δικαστικών αποφάσεων εναντίον του ασθενή

Χαρακτηριστικά	**Συχνότητες**	**Ποσοστά**
Προηγούμενες καταδίκες (N=78)	20	25,6%
Είδος εγκλήματος για το οποίο υπήρξε προηγούμενη καταδίκη (N=20)		
Μη βίαια εγκλήματα	9	45%
Βίαια εγκλήματα	8	40%
Εγκλήματα σχετιζόμενα με χρήση ουσιών	3	15%
Δικαστική απόφαση (N=78)		
Συμβουλίου Πλημμελειοδικών (Βούλευμα)	39	50%
Δικαστήριο Πρώτου Βαθμού (Πλημμελειοδικείο, ΜΟΔ)	32	41%
Εφετείο	7	9%

Όπως φαίνεται στον Πίνακα Γ1.13, περισσότεροι από τους μισούς έχουν κάνει χρήση ουσιών (56,4%), ενώ σχεδόν το σύνολό τους έχουν κάνει χρήση αλκοόλ (91%). Μάλιστα, 23 άτομα δήλωσαν ότι κατανάλωναν τακτικά αλκοόλ, ενώ 30 άτομα δήλωσαν ότι είχαν καταναλώσει αλκοόλ τις τελευταίες 30 ημέρες πριν την διάπραξη του εγκλήματος. Ακόμη, το 42,3% των συμμετεχόντων απάντησε θετικά ως προς τη χρήση κάνναβης. Μάλιστα, 23 άτομα δήλωσαν ότι έκαναν χρήση σε τακτική βάση, ενώ 22 άτομα είχαν κάνει χρήση κάνναβης τις τελευταίες 30 ημέρες πριν τη διάπραξη του εγκλήματος.

Πίνακας Γ1.13. Συχνότητες και ποσοστά των ποιοτικών χαρακτηριστικών που αφορούν διάφορες πτυχές της χρήσης αλκοόλ και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών

Χαρακτηριστικά	**Συχνότητες**	**Ποσοστά**
Χρήση ουσιών (N=78)	44	56,4%
Χρήση αλκοόλ (N=78)	71	91%
Χρήση αλκοόλ πάνω από το κρίσιμο όριο (N=72)	47	65,3%
Κατάχρηση αλκοόλ (N=78)	43	55,1%
Συχνότητα χρήσης αλκοόλ (N=43)		
Περιστασιακά	20	46,5%
Τακτικά	23	53,5%

Χρήση αλκοόλ τις τελευταίες 30 ημέρες (N=43)	30	69,7%
Χρήση κάνναβης (N=78)	33	42,3%
Συχνότητα χρήσης κάνναβης (N=33)		
Περιστασιακά	10	30,3%
Τακτικά	23	69,7%
Χρήση κάνναβης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=33)	22	68,8%
Χρήση ηρωίνης (N=78)	13	16,7%
Συχνότητα χρήσης ηρωίνης (N=13)		
Περιστασιακά	8	61,5%
Τακτικά	5	38,5%
Χρήση ηρωίνης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=15)	9	60%
Χρήση μεθαδόνης (N=78)	3	3,8%
Συχνότητα χρήσης μεθαδόνης (N=3)		
Περιστασιακά	2	66,7%
Τακτικά	1	33,3%
Χρήση μεθαδόνης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=3)	3	100%
Χρήση χαπιών (N=78)	11	14,1%
Συχνότητα χρήσης χαπιών (N=10)		
Περιστασιακά	7	70%
Τακτικά	3	30%
Χρήση χαπιών τις τελευταίες 30 ημέρες (N=11)	7	63,6%
Χρήση κοκαΐνης (N=78)	12	15,4%
Συχνότητα χρήσης κοκαΐνης (N=12)		
Περιστασιακά	12	100%
Τακτικά	0	0%
Χρήση κοκαΐνης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=12)	3	25%
Χρήση αμφεταμινών (N=78)	2	2,6%
Συχνότητα χρήσης αμφεταμινών (N=2)		
Περιστασιακά	2	100%
Τακτικά	0	0%
Χρήση αμφεταμινών τις τελευταίες 30 ημέρες (N=2)	2	100%
Χρήση παραισθησιογόνων (N=78)	3	3,8%
Χρήση παραισθησιογόνων τις τελευταίες 30 ημέρες (N=3)	0	0%
Χρήση εισπνεόμενων (N=78)	3	3,8%

Όπως φαίνεται στον Πίνακα Γ1.14 υπάρχουν ασθενείς που διέπραξαν το αδίκημα σε νεαρή ηλικία και άνθρωποι της μέσης ή τρίτης ηλικίας. Επίσης, η ηλικία έναρξης της ψυχικής νόσου διαφοροποιείται, αν και στις περισσότερες περιπτώσεις εμφανίζεται νωρίς στη ζωή των συμμετεχόντων (Μ.Ο.=25.58, Τ.Α.=9.78). Τα έτη χρήσης κάθε ουσίας εμφανίζονται στον πίνακα.

Πίνακας Γ1.14. Περιγραφικά μέτρα των ποσοτικών χαρακτηριστικών που αφορούν δημογραφικά χαρακτηριστικά και διάφορες πτυχές της χρήσης αλκοόλ και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών

Χαρακτηριστικά	**Ελάχιστη τιμή**	**Μέγιστη τιμή**	**Μέσος όρος**	**Τυπική απόκλιση**
Ηλικία τέλεσης εγκλήματος (N=78)	18	76	38,68	12,06
Ηλικία κατά τη διεξαγωγή της έρευνας (N=78)	24	90	50,63	12,69
Ηλικία έναρξης ψυχικής νόσου (N=78)	12	60	25,58	9,78
Ηλικία πρώτης χρήσης αλκοόλ (N=71)	8	23	14,51	2,95
Έτη χρήσης αλκοόλ (N=70)	1	60	19,01	12,89
Ηλικία χρήσης αλκοόλ πάνω από το κρίσιμο όριο (N=48)	12	30	17,15	4,29
Χρόνια χρήσης αλκοόλ πάνω από το κρίσιμο όριο (N=44)	1	45	7,64	8,49
Ηλικία πρώτης χρήσης κάνναβης (N=33)	12	43	20,18	8,13
Έτη χρήσης κάνναβης (N=33)	1	34	9,97	9,37
Ηλικία πρώτης χρήσης ηρωίνης (N=13)	15	32	20,46	4,81
Έτη χρήσης ηρωίνης (N=13)	1	30	6,85	9,39
Ηλικία πρώτης χρήσης μεθαδόνης (N=3)	19	39	26,33	11,02
Έτη χρήσης μεθαδόνης (N=3)	2	10	6,67	4,16
Ηλικία πρώτης χρήσης χαπιών (N=11)	15	28	19,45	4,10
Έτη χρήσης χαπιών (N=11)	1	23	8,55	6,53
Ηλικία πρώτης χρήσης κοκαΐνης (N=12)	17	37	24,75	7,21
Έτη χρήσης κοκαΐνης (N=12)	1	5	1,67	1,56
Ηλικία πρώτης χρήσης αμφεταμινών (N=2)	22	24	23,00	1,41
Έτη χρήσης αμφεταμινών (N=2)	1	3	2,00	1,41
Ηλικία πρώτης χρήσης παραισθησιογόνων (N=3)	19	32	24,33	6,81
Έτη χρήσης παραισθησιογόνων(N=3)	1	3	1,67	1,16

Τέλος, μελετήθηκαν τα βασικά περιγραφικά μέτρα για την συνολική βαθμολογία που σημείωσαν οι συμμετέχοντες στις υποκλίμακες των διαφόρων ερωτηματολογίων που αποτέλεσαν τα εργαλεία της έρευνας. Όπως φαίνεται στον Πίνακα Γ1.15, οι συμμετέχοντες δεν παρουσιάζουν κάποια ομοιομορφία

ως προς τα χαρακτηριστικά βίας, εχθρικότητας και νοσηρότητας. Τόσο το εύρος τιμών που σημειώνεται σε κάθε συνολικό σκορ της έρευνας, όσο και οι τυπικές αποκλίσεις υποδηλώνουν την ύπαρξη ασθενών με μεγάλες διαφορές σε αυτά τα χαρακτηριστικά. Αρχικά, φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες παρουσιάζουν γενικώς μέτρια σωματική επιθετικότητα, λεκτική επιθετικότητα, θυμό και εχθρικότητα. Σε καμία από αυτές τις ομάδες δεν σημειώθηκε η αντίστοιχη μέγιστη τιμή μέσα στο δείγμα.

Παρόμοια εικόνα εμφανίζεται και στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου HDHQ. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες της έρευνας δήλωσαν μέτρια Εκδραματιζόμενη εχθρικότητα, Κριτική των άλλων, Παραληρητική εχθρικότητα, Αυτοκριτική και Παραληρητική ενοχή. Ωστόσο, σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις υπήρξε τουλάχιστον ένα μέλος του δείγματος που σημείωσε την ελάχιστη ή μέγιστη τιμή κάποιας υποκλίμακας. Επίσης, παρουσιάζουν μέτρια ποσοστά εσωστρεφούς και εξωστρεφούς εχθρικότητας. Ωστόσο, στους περισσότερους φαίνεται ότι υπερισχύει η εξωστρεφής εχθρικότητα, όπως φαίνεται από το μέσο σκορ στην κατεύθυνση της εχθρικότητας (Μ.Ο.=-2.50, Τ.Α.=7.42).

Οι υψηλές τυπικές αποκλίσεις των συνολικών βαθμολογιών στο ερωτηματολόγιο ZKPQ αποτελούν μία ακόμη ένδειξη της ποικιλομορφίας που χαρακτηρίζει το δείγμα. Κάθε συνολική βαθμολογία μετριέται από το 0 έως το 100 το οποίο βοηθά όχι μόνο στην περιγραφή κάθε ομάδας, αλλά και στη σύγκρισή τους. Συγκεκριμένα, η μέση εικόνα των συμμετεχόντων είναι περίπου ίδια σε κάθε ομάδα (παρορμητική αναζήτηση αίσθησης, παρορμητικότητα, αναζήτηση αίσθησης, νευρωτισμός-άγχος, επιθετικότητα-εχθρικότητα, ενεργητικότητα, κοινωνικότητα).

Αντίθετα, στο ερωτηματολόγιο CAGE που αφορά τη χρήση αλκοόλ η μέση εικόνα φανερώνει την έλλειψη σοβαρών περιστατικών κατανάλωσης αλκοόλ (Μ.Ο.=1.9, Τ.Α.=1.28). Ωστόσο, υπήρξαν συμμετέχοντες που απάντησαν εντελώς αρνητικά και άλλοι που απάντησαν εντελώς θετικά σε όλες τις ερωτήσεις αυτού του ερωτηματολογίου.

Ακολουθεί, η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα GAF, που αποτελεί ένα εργαλείο μέτρησης της λειτουργικότητας. Όπως, φαίνεται οι περισσότεροι συμμετέχοντες παρουσιάζουν μέτρια λειτουργικότητα τόσο πριν την τέλεση του εγκλήματος (Μ.Ο.=42.05, Τ.Α.=10.61), όσο και κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας (Μ.Ο.=48.59, Τ.Α.=15.18).

Μεγάλη ποικιλομορφία υποδεικνύουν και οι συνολικές βαθμολογίες στο ερωτηματολόγιο SF-36, όσον αφορά τη σωματική και συναισθηματική υγεία κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας. Ωστόσο, υπάρχουν περιπτώσεις όπου η μέση εικόνα των συμμετεχόντων ήταν καλή (σωματική λειτουργικότητα, περιορισμοί λόγω σωματικής υγείας, περιορισμοί λόγω συναισθηματικής υγείας, κοινωνική λειτουργικότητα και πόνος), και άλλες όπου η μέση εικόνα είναι μέτρια (ενέργεια/κόπωση

και συναισθηματική κατάσταση).

Ακολουθούν οι μετρήσεις της κλίμακας PANSS που αφορούν τόσο την περίοδο έως την τέλεση του εγκλήματος, όσο και την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας. Όπως φαίνεται, σχεδόν σε καμία περίπτωση δεν υπήρξαν ασθενείς που να σημειώνουν την ελάχιστη ή την μέγιστη τιμή. Μάλιστα, στη συγκεκριμένη κλίμακα φαίνεται να υπάρχει μεγαλύτερη ομοιομορφία σε σχέση με τα προηγούμενα, λόγω των σχετικά χαμηλών τυπικών αποκλίσεων σε κάθε μεταβλητή και στις δύο φάσεις μέτρησης. Κατά τη διάρκεια τέλεσης του εγκλήματος φαίνεται ότι η μέση συνολική βαθμολογία στη θετική κλίμακα δηλώνει υψηλή προς πολύ υψηλή βαρύτητα (Μ.Ο.=31.06, Τ.Α.=6.15), στην αρνητική (Μ.Ο.=24.65, Τ.Α.=6.82) μέση βαρύτητα και στη κλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας υψηλή βαρύτητα (Μ.Ο.=53.86, Τ.Α.=10.39). Η βαρύτητα στη συνολική βαθμολογία κρίνεται υψηλή (Μ.Ο.=109.69, Τ.Α.=19.48). Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας η θετική κλίμακα, η κλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας και η συνολική εικόνα του ατόμου είναι βελτιωμένες. Αντίθετα, η αρνητική κλίμακα παρουσιάζεται, κατά μέσο όρο, στα ίδια επίπεδα περίπου.

Οι τελευταίες βαθμολογίες αφορούν την κλίμακα HCR-20. Αυτές οι μετρήσεις αφορούν και πάλι τόσο την περίοδο πριν την τέλεση του εγκλήματος, όσο και την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας. Όσον αφορά την κλίμακα ιστορικού παρουσιάζεται μικρή μέση αύξηση της σοβαρότητας κατά τη διεξαγωγή της έρευνας (Μ.Ο.=12.65, Τ.Α.=2.47) σε σχέση με την περίοδο πριν το αδίκημα (Μ.Ο.=11.41, Τ.Α.=2.79). Αντίθετα, οι ασθενείς φαίνεται να παρουσιάζουν μεγαλύτερη συναισθηματική σταθερότητα, όπως αυτή αποτυπώνεται στη συνολική βαθμολογία της κλινικής κλίμακας κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας (Μ.Ο.=4.87, Τ.Α.=2.76) σε σχέση με την περίοδο πριν την τέλεση του εγκλήματος (Μ.Ο.=7.54, Τ.Α.=1.63). Αντίθετα, η κλίμακα διαχείρισης κινδύνου εκτιμήθηκε μόνον σε μία φάση θεωρώντας πως αφορά το μέλλον. Αξίζει να σημειωθεί ότι κατά την περίοδο τέλεσης του εγκλήματος οι βαθμολογίες υποδεικνύουν μέτρια σοβαρότητα στην εμφάνιση παραγόντων αποσταθεροποίησης, ενώ η σοβαρότητα γίνεται μικρή κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας. Ωστόσο, η συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων είναι περίπου η ίδια τόσο στην πρώτη φάση (Μ.Ο.=25.74, Τ.Α.=5.57) όσο και στη δεύτερη (Μ.Ο.=24.32, Τ.Α.=6.46).

Πίνακας Γ1.15. Περιγραφικά μέτρα των συνολικών βαθμολογιών που σημειώθηκαν από το δείγμα στις υποκλίμακες των ερωτηματολογίων

Ερωτηματολόγια	Υποκλίμακες (Εύρος τιμών)	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Ερωτηματολόγιο επιθετικότητας (Aggression)	Σωματική επιθετικότητα (5-45)	8	40	19,08	8,81
	Λεκτική επιθετικότητα (5-25)	5	23	12,87	3,59
	Θυμός (7-35)	6	26	14,44	5,33
	Εχθρικότητα (8-40)	8	35	22,91	7,21
Ερωτηματολόγιο HDHQ	Εκδραματιζόμενη εχθρικότητα (0-12)	0	12	4,45	2,79
	Κριτική των άλλων (0-12)	1	12	6,45	2,87
	Παραληρητική εχθρικότητα (0-9)	0	9	4,60	2,55
	Αυτοκριτική (0-11)	0	11	4,78	2,52
	Παραληρητική ενοχή (0-7)	0	7	3,47	1,70
	Εξωστρεφόμενη εχθρικότητα (0-33)	4	31	15,49	7,12
	Εσωστρεφόμενη εχθρικότητα (0-29)	0	29	13,35	6,44
	Κατεύθυνση εχθρικότητας	-29	9	-2,50	7,42
Ερωτηματολόγιο ZKPQ	Παρορμητική αναζήτηση αίσθησης (0-100)	0	100	41,70	24,25
	Παρορμητικότητα (0-100)	0	100	43,43	27,68
	Αναζήτηση αίσθησης (0-100)	0	100	40,44	27,98
	Νευρωτισμός-Άγχος (0-100)	0	94,74	42,24	22,84
	Επιθετικότητα – Εχθρικότητα (0-100)	5,88	100	38,01	23,85
	Ενεργητικότητα (0-100)	0	88,24	41,70	24,98
	Κοινωνικότητα (0-100)	0	100	43,27	22,27

	Ιδιότητες ανίχνευσης ψεύδους (0-100)	0	90	36,28	23,03
Ερωτηματολόγιο CAGE	Σύνολο (0-4)	0	4	1,90	1,28
Κλίμακα GAF	Σύνολο κατά το αδίκημα (0-100)	20	70	42,05	10,61
	Σύνολο κατά την έρευνα (0-100)	20	80	48,59	15,18
Ερωτηματολόγιο SF-36	Σωματική λειτουργικότητα (0-100)	0	100	83,40	22,67
	Περιορισμοί λόγω σωματικής υγείας (0-100)	0	100	79,81	32,50
	Περιορισμοί λόγω συναισθηματικής υγείας (0-100)	0	100	72,22	36,21
	Ενέργεια/κόπωση (0-100)	0	100	58,85	24,57
	Συναισθηματική κατάσταση (0-100)	20	100	66,77	21,69
	Κοινωνική λειτουργικότητα (0-100)	0	100	78,37	29,38
	Πόνος (0-100)	12,5	100	80,19	24,30
Κλίμακα PANSS	Εκτίμηση κατά τη διάπραξη του αδικήματος				
	Θετική κλίμακα (7-49)	12	45	31,06	6,15
	Αρνητική κλίμακα (7-49)	10	40	24,65	6,82
	Κλίμακα Γενικής ψυχοπαθολογίας (16-112)	25	83	53,86	10,39
	Σύνολο(30-210)	47	151	109,69	19,48
Κλίμακα PANSS	Εκτίμηση κατά την διεξαγωγή της έρευνας				
	Θετική κλίμακα (7-49)	12	45	18,35	7,19
	Αρνητική κλίμακα (7-49)	10	40	24,97	7,86
	Κλίμακα Γενικής ψυχοπαθολογίας (16-112)	25	83	41,79	10,27
	Σύνολο (30-210)	47	151	85,60	22,15
	Εκτίμηση κατά τη διάπραξη του αδικήματος				

Ερωτηματολόγιο HCR-20	Κλίμακα ιστορικού (0-18)	5	17	11,41	2,79
	Κλινική κλίμακα (0-10)	2	10	7,54	1,63
	Κλίμακα διαχείρισης κινδύνου (0-10)	1	10	6,79	2,61
	Σύνολο (0-38)	13	36	25,74	5,57
	Εκτίμηση κατά την διεξαγωγή της έρευνας				
Ερωτηματολόγιο HCR-20	Κλίμακα ιστορικού στο παρόν (0-18)	6	17	12,65	2,47
	Κλινική κλίμακα (0-10)	0	10	4,87	2,76
	Κλίμακα διαχείρισης κινδύνου(0-10)	1	10	6,79	2,61
	Σύνολο (0-38)	9	36	24,32	6,46

Γ. 1.2 Συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών ανάλογα με τη σχέση με το θύμα

Στη συνέχεια μελετώνται τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των συγκεκριμένων ομάδων ασθενών που παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Πρόκειται για τους ασθενείς που διέπραξαν αδικήματα άλλοτε άλλης βαρύτητας με θύμα τον πατέρα, τη μητέρα, τον σύζυγο και τα τέκνα. Επιπλέον περιγράφονται οι ασθενείς που διέπραξαν εμπρησμό, προκειμένου να συγκριθούν σε επόμενο κεφάλαιο με τους ασθενείς που διαπράττουν βίαια αδικήματα (δηλαδή εγκλήματα κατά της ζωής, σωματικές βλάβες και κοινώς επικίνδυνα εγκλήματα). Επιπρόσθετα, μελετήθηκαν οι ασθενείς που διέπραξαν ανθρωποκτονία ή απόπειρα ανθρωποκτονίας με θύματα τους γονείς ή θετούς γονείς (αναφέρονται για συντομία γονεοκτόνοι), προκειμένου να συγκριθούν με ασθενείς που διέπραξαν ανθρωποκτονίες ή απόπειρες ανθρωποκτονίας με άλλα θύματα (για συντομία λοιποί ανθρωποκτόνοι).

Πρώτα δίνονται οι συχνότητες και τα ποσοστά που αφορούν διάφορα δημογραφικά και ψυχιατρικά χαρακτηριστικά, όπως φαίνεται στον Πίνακα Γ1.16. Ακολούθως, μελετώνται οι απαντήσεις τους σχετικά με το ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα Γ1.17. Ο επόμενος πίνακας (Πίνακας Γ1.18) αφορά τη φαρμακευτική αγωγή που τυχόν λάμβαναν οι ασθενείς αυτών των κατηγοριών πριν και μετά το αδίκημα. Στη συνέχεια, μελετάται το ιστορικό παραβατικής συμπεριφοράς, εξάρτησης, αυτοκτονικότητας ή ετεροκαταστροφικότητας και ψυχικών νοσημάτων στο στενό οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών των διαφόρων κατηγοριών. Επιπλέον περιγράφεται τυχόν αυτοκτονικότητα, ετεροκαταστροφικότητα, θυματοποίηση του ασθενή ή διαταραχές συμπεριφοράς/διαγωγής στο παρελθόν (Πίνακας Γ1.19). Ακολούθως, οι πέντε ομάδες ασθενών μελετώνται ως προς το ιστορικό στρεσογόνων γεγονότων κατά τους 24 μήνες που προηγήθηκαν της εγκληματικής πράξης και το ιστορικό οργανικής νόσου (Πίνακας Γ1.20). Κατόπιν, μελετώνται οι απαντήσεις σχετικά με το ιστορικό προηγούμενων καταδικών για κάθε ομάδα ασθενών, καθώς και το είδος των δικαστικών αποφάσεων (Πίνακας Γ1.21). Στον Πίνακα Γ1.22 παρουσιάζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά των τελευταίων ποιοτικών χαρακτηριστικών της έρευνας που αφορούν τη συχνότητα χρήσης διαφόρων ουσιών, την κατάχρηση αυτών και τη χρήση 30 ημέρες πριν το αδίκημα. Στη συνέχεια, δίνονται τα βασικά περιγραφικά μέτρα των ποσοτικών χαρακτηριστικών που αφορούν κυρίως την ηλικία έναρξης ψυχικής νόσου, καθώς και την ηλικία πρώτης χρήσης και τα έτη χρήσης διαφόρων ουσιών, ώστε να διαπιστωθεί η γενική συμπεριφορά των ασθενών αυτών των κατηγοριών που διακρίθηκαν στην έρευνα (Πίνακας Γ1.23). Ο τελευταίος πίνακας (Πίνακας Γ1.24) αυτής της ενότητας αφορά τις συνολικές βαθμολογίες που σημείωσαν οι ασθενείς που μελετώνται στις διάφορες κλίμακες που αφορούν την επιθετικότητα και την ψυχοπαθολογία.

Τα χαρακτηριστικά κάθε ομάδας θα περιγραφούν στη συζήτηση, όπου θα συγκριθούν και με τα σχετικά δεδομένα από τη διεθνή και την ελληνική βιβλιογραφία.

Πίνακας Γ1.16. Συχνότητες και ποσοστά των ποιοτικών χαρακτηριστικών που αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την κλινική εικόνα των συμμετεχόντων

Αδίκημα	**Με θύμα τον πατέρα (N=8)**	**Με θύμα τη μητέρα (N=18)**	**Με θύμα την σύζυγο (N=6)**	**Με θύμα το τέκνο (N=3)**	**Γονεοκτόνοι (N=21)**	**Λοιποί ανθρωποκτόνοι (N=31)**	**Εμπρηστές (N=9)**	**Βίαιοι (N=65)**
Χαρακτηριστικά	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**
Φύλο								
Άντρας	8 (100%)	16 (88,9%)	6 (100%)	1 (33,3%)	19 (90,5%)	26 (83,9%)	9 (100%)	57 (87,7%)
Γυναίκα	0 (0%)	2 (11,1%)	0 (0%)	2 (66,7%)	2 (9,5%)	5 (16,1%)	0 (0%)	8 (12,3%)
Κατηγορία αδικήματος								
Κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο	0 (0%)	7 (38,9%)	2 (33,3%)	3 (100%)	6 (28,6%)	12 (38,7%)	2 (22,2%)	19 (29,2%)
Κατά την πορεία της νόσου	8 (100%)	11 (61,1%)	4 (66,7%)	0 (0%)	15 (71,4%)	19 (61,3%)	7 (77,8%)	46 (70,8%)
Οικογενειακή κατάσταση								
Έγγαμος/η	0 (0%)	1 (5,6%)	5 (83,3%)	3 (100%)	2 (9,5%)	11 (35,5%)	0 (0%)	13 (20%)
Άγαμος/η μόνος	7 (87,5%)	11 (61,1%)	0 (0%)	0 (0%)	14 (66,7%)	15 (48,4%)	5 (55,6%)	39 (60%)
Άγαμος/η σε σχέση	0 (0%)	1 (5,6%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4,8%)	1 (3,2%)	1 (11,1%)	2 (3,1%)
Διαζευγμένος	1 (12,5%)	3 (16,7%)	1 (16,7%)	0 (0%)	2 (9,5%)	3 (9,7%)	3 (33,3%)	8 (12,3%)
Χήρος	0 (0%)	2 (11,1%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (9,5%)	1 (3,2%)	0 (0%)	3 (4,6%)
Μορφωτικό επίπεδο								
Δεν ολοκλήρωσε την Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	1 (12,5%)	2 (11,1%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (9,5%)	4 (12,9%)	3 (33,3%)	7 (10,8%)
Απόφοιτος Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης	3 (37,5%)	3 (16,7%)	4 (66,7%)	0 (0%)	4 (19%)	5 (16,1%)	2 (22,2%)	13 (20%)

Αδίκημα	**Με θύμα τον πατέρα (N=8)**	**Με θύμα τη μητέρα (N=18)**	**Με θύμα την σύζυγο (N=6)**	**Με θύμα το τέκνο (N=3)**	**Γονεοκτόνοι (N=21)**	**Λοιποί ανθρωποκτόνοι (N=31)**	**Εμπρηστές (N=9)**	**Βίαιοι (N=65)**
Χαρακτηριστικά	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**
Δεν ολοκλήρωσε την υποχρεωτική εκπαίδευση	1 (12,5%)	1 (5,6%)	0 (0%)	3 (100%)	1 (4,8%)	5 (16,1%)	2 (22,2%)	8 (12,3%)
Απόφοιτος Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης	2 (25%)	7 (38,9%)	2 (33,3%)	0 (0%)	9 (42,9%)	8 (25,8%)	1 (11,1%)	18 (27,7%)
Απόφοιτος Λυκείου	1 (12,5%)	4 (22,2%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (19%)	4 (12,9%)	1 (11,1%)	12 (18,5%)
Απόφοιτος/η ΤΕΙ	0 (0%)	1 (5,6%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4,8%)	3 (9,7%)	0 (0%)	4 (6,2%)
Απόφοιτος/η ΑΕΙ	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (6,5%)	0 (0%)	3 (4,6%)
Κάτοχος μεταπτυχιακού/διδακτορικού διπλώματος	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Γονεϊκότητα	0 (0%)	6 (33,3%)	6 (100%)	3 (100%)	6 (28,6%)	15 (48,4%)	3 (33,3%)	23 (35,4%)
Εργασιακή απασχόληση κατά την τέλεση του εγκλήματος	5 (62,5%)	8 (44,4%)	3 (50%)	1 (33,3%)	11 (52,4%)	18 (58,1%)	3 (33,3%)	35 (53,8%)
Άλλα επαγγέλματα ως την τέλεση του εγκλήματος	7 (87,5%)	14 (77,8%)	6 (100%)	1 (33,3%)	19 (90,5%)	25 (80,6%)	6 (66,7%)	54 (83,1%)
Τόπος διαμονής								
Αστικός	2 (25%)	10 (55,6%)	3 (50%)	1 (33,3%)	10 (47,6%)	18 (58,1%)	5 (55,6%)	35 (53,8%)
Ημιαστικός	1 (12,5%)	3 (16,7%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (19%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (9,2%)
Αγροτικός	5 (62,5%)	5 (27,8%)	3 (50%)	2 (66,7%)	7 (33,3%)	13 (41,9%)	4 (44,4%)	24 (36,9%)
Συνθήκες διαμονής								
Μόνος	2 (25%)	4 (22,2%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (19%)	6 (19,4%)	3 (33,3%)	12 (18,5%)
Οικογένεια	0 (0%)	4 (22,2%)	5 (83,3%)	3 (100%)	3 (14,3%)	12 (38,7%)	1 (11,1%)	17 (26,2%)
Πατρική οικογένεια	6 (75%)	10 (55,6%)	1 (16,7%)	0 (0%)	14 (66,7%)	12 (38,7%)	5 (55,6%)	34 (52,3%)

Αδίκημα	**Με θύμα τον πατέρα (N=8)**	**Με θύμα τη μητέρα (N=18)**	**Με θύμα την σύζυγο (N=6)**	**Με θύμα το τέκνο (N=3)**	**Γονεοκτόνοι (N=21)**	**Λοιποί ανθρωποκτόνοι (N=31)**	**Εμπρηστές (N=9)**	**Βίαιοι (N=65)**
Χαρακτηριστικά	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**
Άλλο	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,2%)	0 (0%)	2 (3,1%)
Ηλικία έναρξης ψυχικής νόσου								
Πριν τα 20 έτη	4 (50%)	8 (44,4%)	2 (33,3%)	1 (33,3%)	8 (38,1%)	14 (45,2%)	4 (44,4%)	27 (41,5%)
21-30 ετών	2 (25%)	5 (27,8%)	2 (33,3%)	2 (66,7%)	7 (33,3%)	9 (29%)	3 (33,3%)	22 (33,8%)
31-40 ετών	2 (25%)	4 (22,2%)	1 (16,7%)	0 (0%)	5 (23,8%)	4 (12,9%)	1 (11,1%)	11 (16,9%)
41 ετών και άνω	0 (0%)	1 (5,6%)	1 (16,7%)	0 (0%)	1 (4,8%)	4 (12,9%)	1 (11,1%)	5 (7,7%)
Διάγνωση κατά την έναρξη της νόσου								
Σχιζοφρένεια	6 (75%)	11 (61,1%)	3 (60%)	2 (66,7%)	14 (70%)	15 (55,6%)	6 (66,7%)	34 (56,7%)
Συναισθηματική διαταραχή	0 (0%)	0 (0%)	1 (20%)	0 (0%)	1 (5%)	3 (11,1%)	0 (0%)	4 (6,7%)
Διαταραχή διαγωγής	0 (0%)	1 (5,6%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,7%)
Ψύχωση	0 (0%)	5 (29,4%)	0 (0%)	1 (33,3%)	3 (15%)	5 (18,5%)	1 (11,1%)	11 (18,3%)
Διαταραχή προσωπικότητας	1 (12,5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (5%)
Νοητική υστέρηση	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,7%)	0 (0%)	1 (1,7%)
Διαταραχή οφειλόμενη σε ουσίες	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (20%)	0 (0%)	1 (5%)	2 (7,4%)	2 (22,2%)	5 (8,3%)
Αγχώδης διαταραχή	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,7%)	0 (0%)	1 (1,7%)
Δεν είχε προηγούμενη διάγνωση	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Διάγνωση κατά την τέλεση του εγκλήματος								
Σχιζοφρένεια	7 (87,5%)	14 (77,8%)	4 (66,7%)	0 (0%)	18 (85,7%)	23 (74,2%)	7 (77,8%)	49 (75,4%)
Συναισθηματική διαταραχή	0 (0%)	1 (5,6%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	1 (3,2%)	1 (11,1%)	1 (1,5%)

Αδίκημα	**Με θύμα τον πατέρα (N=8)**	**Με θύμα τη μητέρα (N=18)**	**Με θύμα την σύζυγο (N=6)**	**Με θύμα το τέκνο (N=3)**	**Γονεοκτόνοι (N=21)**	**Λοιποί ανθρωποκτόνοι (N=31)**	**Εμπρηστές (N=9)**	**Βίαιοι (N=65)**
Ψύχωση	0 (0%)	3 (16,7%)	2 (33,3%)	0 (0%)	3 (14,3%)	6 (19,4%)	0 (0%)	13 (20%)
Νοητική στέρηση	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Διαταραχή οφειλόμενη σε ουσίες	1 (12,5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,2%)	1 (11,1%)	2 (3,1%)
Αλλαγή κύριας διάγνωσης μετά την τέλεση του εγκλήματος	2 (28,6%)	2 (13,3%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (16,7%)	1 (4,5%)	1 (14,3%)	6 (11,3%)
Νοσηλεία μέχρι τελέσεως του εγκλήματος	7 (87,5%)	12 (66,7%)	5 (83,3%)	0 (0%)	15 (71,4%)	19 (61,3%)	7 (77,8%)	45 (69,2%)
Ακούσια/ες νοσηλεία/ες μέχρι τελέσεως του εγκλήματος	5 (71,4%)	10 (83,3%)	4 (80%)	-	10 (66,7%)	18 (94,7%)	6 (85,7%)	39 (86,7%)
Πλήθος ακούσιων νοσηλειών								
1	1 (20%)	3 (30%)	1 (25%)	-	2 (20%)	7 (38,9%)	0 (0%)	11 (28,2%)
2	0 (0%)	2 (20%)	1 (25%)	-	2 (20%)	2 (11,1%)	0 (0%)	5 (12,8%)
3-5	1 (20%)	1 (10%)	0 (0%)	-	1 (10%)	5 (27,8%)	1 (16,7%)	11 (28,2%)
6-9	2 (40%)	2 (20%)	2 (33,3%)	-	3 (30%)	3(16,7%)	3 (50%)	7 (17,9%)
>10	1 (20%)	2 (20%)	0 (0%)	-	2 (20%)	1 (5,6%)	2 (33,3%)	5 (12,8%)
Εκούσια/ες νοσηλεία/ες μέχρι τελέσεως του εγκλήματος	3 (42,9%)	6 (50%)	2 (40%)	-	8 (53,3%)	4 (21,1%)	3 (42,9%)	17 (37,8%)
Πλήθος εκούσιων νοσηλειών								
1	1 (33,3%)	2 (33,3%)	1 (50%)	-	3 (37,5%)	0 (0%)	1 (33,3%)	4 (23,5%)
2	2 (66,7%)	0 (0%)	0 (0%)	-	1 (12,5%)	2 (50%)	0 (0%)	4 (23,5%)
3-5	0 (0%)	2 (33,3%)	0 (0%)	-	2 (25%)	1 (25%)	0 (0%)	5 (29,4%)
6-9	0 (0%)	1 (16,7%)	1 (50%)	-	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (33,3%)	2 (11,8%)
>10	0 (0%)	1 (16,7%)	0 (0%)	-	1 (12,5%)	1 (25%)	1 (33,3%)	2 (11,8%)

Πίνακας Γ1.17. Συχνότητες και ποσοστά των ποιοτικών χαρακτηριστικών που αφορούν την ενδεχόμενη εξάρτηση των συμμετεχόντων από ουσίες

Αδίκημα	**Με θύμα τον πατέρα (N=8)**	**Με θύμα τη μητέρα (N=18)**	**Με θύμα την σύζυγο (N=6)**	**Με θύμα το τέκνο (N=3)**	**Γονεοκτόνοι (N=21)**	**Λοιποί ανθρωποκτόνοι (N=31)**	**Εμπρηστές (N=9)**	**Βίαιοι (N=65)**
Χαρακτηριστικά	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**
Ιστορικό κατάχρησης/ εξάρτησης από ουσίες	5 (62,5%)	6 (33,3%)	3 (50%)	1 (33,3%)	9 (42,9%)	13 (41,9%)	5 (55,6%)	31 (47,7%)
Χρήση ουσιών πέριξ της τέλεσης του εγκλήματος	3 (37,5%)	3 (16,7%)	2 (33,3%)	1 (33,3%)	5 (23,8%)	10 (32,3%)	4 (44,4%)	23 (35,4%)
Τέλεση εγκληματικής πράξης σχετιζόμενης με ψυχοτρόπες ουσίες	2 (25%)	2 (11,1%)	1 (16,7%)	1 (33,3%)	3 (14,1%)	8 (25,8%)	4 (44,4%)	15 (23,1%)

Πίνακας Γ1.18. Συχνότητες και ποσοστά των ποιοτικών χαρακτηριστικών που αφορούν την ενδεχόμενη χρήση φαρμάκων πριν ή/και μετά την τέλεση του εγκλήματος

Αδίκημα	**Με θύμα τον πατέρα (N=8)**	**Με θύμα τη μητέρα (N=18)**	**Με θύμα την σύζυγο (N=6)**	**Με θύμα το τέκνο (N=3)**	**Γονεοκτόνοι (N=21)**	**Λοιποί ανθρωποκτόνοι (N=31)**	**Εμπρηστές (N=9)**	**Βίαιοι (N=65)**
Χαρακτηριστικά	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**
Σε ψυχιατρική φαρμακευτική αγωγή κατά το αδίκημα	7 (87,5%)	15 (83,3%)	5 (83,3%)	1 (33,3%)	18 (85,7%)	22 (71%)	7 (77,8%)	53 (81,5%)
Αντιψυχωσικά	7 (100%)	15 (100%)	5 (100%)	1 (100%)	18 (100%)	22 (100%)	7 (100%)	53 (100%)
Αντικαταθλιπτικά	3 (42,9%)	0 (0%)	2 (40%)	0 (0%)	2 (11,1%)	2 (9,1%)	0 (0%)	8 (15,1%)
Σταθεροποιητές	0 (0%)	5 (33,3%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (22,2%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (9,4%)
Αγχολυτικά	1 (14,3%)	5 (33,3%)	1 (20%)	0 (0%)	5 (27,8%)	4 (18,2%)	3 (42,9%)	15 (28,3%)
Αντιεπιληπτικά	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (14,3%)	0 (0%)
Αγωγή μετά το αδίκημα								
Αντιψυχωσικά	8 (100%)	18 (100%)	6 (100%)	3 (100%)	21 (100%)	31 (100%)	9 (100%)	65 (100%)
Αντικαταθλιπτικά	3 (37,5%)	5 (27,8%)	4 (66,7%)	3 (100%)	7 (33,3%)	10 (32,3%)	2 (22,2%)	18 (27,7%)
Σταθεροποιητές	1 (12,5%)	7 (38,9%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (23,8%)	4 (12,9%)	2 (22,2%)	12 (18,5%)
Αγχολυτικά	6 (75%)	10 (55,6%)	2 (33,3%)	0 (0%)	11 (52,4%)	8 (25,8%)	5 (55,6%)	27 (41,5%)
Αλλαγή αγωγής μετά την τέλεση του εγκλήματος	6 (85,7%)	13 (86,7%)	4 (80%)	1 (100%)	16 (88,9%)	18 (81,8%)	6 (85,7%)	46 (86,8%)
Συμμόρφωση με φαρμακευτική αγωγή κατά το αδίκημα	1 (14,3%)	4 (26,7%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (16,7%)	1 (4,5%)	0 (0%)	7 (13,2%)

Πίνακας Γ1.19. Συχνότητες και ποσοστά των ποιοτικών χαρακτηριστικών που αφορούν την ύπαρξη συγγενών Α΄ βαθμού με ιστορικό καταχρήσεων/αδικημάτων, την καταστροφική συμπεριφορά των ασθενών και την ύπαρξη θυματοποίησής τους στο παρελθόν

Αδίκημα	**Με θύμα τον πατέρα (N=8)**	**Με θύμα τη μητέρα (N=18)**	**Με θύμα την σύζυγο (N=6)**	**Με θύμα το τέκνο (N=3)**	**Γονεοκτόνοι (N=21)**	**Λοιποί ανθρωποκτόνοι (N=31)**	**Εμπρηστές (N=9)**	**Βίαιοι (N=65)**
Χαρακτηριστικά	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**
Οικογενειακό ιστορικό (Α βαθμού συγγενείς)								
Ψυχιατρική νόσος	3 (37,5%)	7 (38,9%)	3 (50%)	2 (66,7%)	9 (42,9%)	11 (35,5%)	6 (66,7%)	26 (40%)
Κατάχρηση/εξάρτη-σης από ουσίες	5 (62,5%)	5 (27,8%)	1 (16,7%)	1 (33,3%)	7 (33,3%)	7 (22,6%)	4 (44,4%)	21 (32,3%)
Εγκληματική / παραβατική συμπεριφορά	0 (0%)	1 (5,6%)	1 (16,7%)	1 (33,3%)	1 (48%)	2 (6,5%)	0 (0%)	5 (7,7%)
Αυτο- ή ετεροκαταστροφική συμπεριφορά	1 (12,5%)	2 (11,1%)	1 (16,7%)	1 (33,3%)	3 (14,3%)	5 (16,1%)	0 (0%)	9 (13,8%)
Απόπειρα αυτοκτονίας / παραυτοκτονική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος	3 (37,5%)	3 (16,7%)	2 (33,3%)	1 (33,3%)	6 (28,6%)	10 (32,3%)	3 (33,3%)	22 (33,8%)
Απόπειρα αυτοκτονίας / παραυτοκτονική συμπεριφορά μετά την τέλεση του εγκλήματος	1 (12,5%)	5 (27,8%)	1 (16,7%)	3 (100%)	5 (23,8%)	9 (29%)	0 (0%)	16 (24,6%)

Αδίκημα	Με θύμα τον πατέρα (N=8)	Με θύμα τη μητέρα (N=18)	Με θύμα την σύζυγο (N=6)	Με θύμα το τέκνο (N=3)	Γονεοκτόνοι (N=21)	Λοιποί ανθρωποκτόνοι (N=31)	Εμπρηστές (N=9)	Βίαιοι (N=65)
Χαρακτηριστικά	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**
Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος	7 (87,5%)	13 (72,2%)	6 (100%)	0 (0%)	16 (76,2%)	23 (74,2%)	7 (77,8%)	48 (73,8%)
Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά μετά την τέλεση του εγκλήματος	1 (12,5%)	2 (11,1%)	3 (50%)	0 (0%)	2 (9,5%)	7 (22,6%)	0 (0%)	13 (20%)
Έχετε υπάρξει θύμα στο παρελθόν;	3 (37,5%)	7 (38,9%)	2 (33,3%)	1 (33,3%)	7 (33,3%)	12 (38,7%)	5 (55,6%)	24 (36,9%)
Υπήρξατε θύμα σωματικής/σεξουαλικής κακοποίησης;	2 (25%)	7 (38,9%)	2 (33,3%)	1 (33,3%)	6 (28,6%)	12 (38,7%)	5 (55,6%)	22 (33,8%)
Υπήρξατε θύμα σχολικού εκφοβισμού;	3 (37,5%)	1 (5,6%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (14,3%)	2 (6,5%)	3 (33,3%)	7 (10,8%)
Είχατε εμφανίσει διαταραχές διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία;	3 (37,5%)	7 (38,9%)	1 (16,7%)	0 (0%)	6 (28,6%)	10 (32,3%)	5 (55,6%)	22 (33,8%)

Πίνακας Γ1.20. Συχνότητες και ποσοστά των ποιοτικών χαρακτηριστικών που αφορούν την ύπαρξη στρεσογόνων γεγονότων στο παρελθόν των ασθενών 2 έτη πριν το αδίκημα και την ύπαρξη οργανικής νόσου

Αδίκημα	**Με θύμα τον πατέρα (N=8)**	**Με θύμα τη μητέρα (N=18)**	**Με θύμα την σύζυγο (N=6)**	**Με θύμα το τέκνο (N=3)**	**Γονεοκτόνοι (N=21)**	**Λοιποί ανθρωποκτόνοι (N=31)**	**Εμπρηστές (N=9)**	**Βίαιοι (N=65)**
Χαρακτηριστικά	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**
Ύπαρξη στρεσογόνων γεγονότων στη ζωή του ασθενή στη διάρκεια των 24 μηνών που προηγήθηκαν της εγκληματικής πράξης	0 (0%)	10 (55,6%)	3 (50%)	3 (100%)	8 (38,1%)	19 (61,3%)	6 (66,7%)	33 (50,8%)
Θάνατος συζύγου	-	1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (12,5%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3%)
Διαζύγιο	-	1 (10%)	1 (33,3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5,3%)	3 (50%)	1 (3%)
Συζυγικός αποχωρισμός	-	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5,3%)	0 (0%)	1 (3%)
Φυλάκιση	-	1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (10,5%)	0 (0%)	3 (9,1%)
Θάνατος στενού οικογενειακού μέλους	-	6 (60%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (62,5%)	5 (26,3%)	2 (33,3%)	14 (42,4%)
Βαριά σωματική βλάβη ή νόσος	-	0 (0%)	1 (33,3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5,3%)	0 (0%)	1 (3%)
Γάμος	-	0 (0%)	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0 (0%)	4 (21,1%)	0 (0%)	4 (12,1%)
Απόλυση από την εργασία	-	4 (40%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (50%)	3 (15,8%)	0 (0%)	9 (27,3%)

Αδίκημα	**Με θύμα τον πατέρα (N=8)**	**Με θύμα τη μητέρα (N=18)**	**Με θύμα την σύζυγο (N=6)**	**Με θύμα το τέκνο (N=3)**	**Γονεοκτόνοι (N=21)**	**Λοιποί ανθρωποκτόνοι (N=31)**	**Εμπρηστές (N=9)**	**Βίαιοι (N=65)**
Χαρακτηριστικά	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**
Συζυγικός συμβιβασμός	-	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5,3%)	0 (0%)	1 (3%)
Συνταξιοδότηση	-	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Γέννηση παιδιού	-	0 (0%)	0 (0%)	1 (33,3%)	0 (0%)	1 (5,3%)	0 (0%)	1 (3%)
Διαζύγιο γονιών	-	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5,3%)	0 (0%)	1 (3%)
Δυσκολίες στην εργασία	-	1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (12,5%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3%)
Έλλειψη στέγης	-	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (16,7%)	0 (0%)
Ύπαρξη οργανικής νόσου έως / κατά την τέλεση του εγκλήματος	1 (12,5%)	2 (11,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (9,7%)	2 (22,2%)	4 (6,2%)
Είδος οργανικής νόσου								
Οξεία	0 (0%)	0 (0%)	-	-	0 (0%)	2 (66,7%)	0 (0%)	1 (25%)
Χρόνια	1 (100%)	2 (100%)	-	-	0 (0%)	1 (33,3%)	2 (100%)	3 (75%)

Πίνακας Γ1.21. Συχνότητες και ποσοστά των ποιοτικών χαρακτηριστικών που αφορούν το είδος εγκληματικής δράσης των συμμετεχόντων στην έρευνα, τη σχέση με το θύμα και την ύπαρξη προηγούμενων καταδικών

Αδίκημα	**Με θύμα τον πατέρα (N=8)**	**Με θύμα τη μητέρα (N=18)**	**Με θύμα την σύζυγο (N=6)**	**Με θύμα το τέκνο (N=3)**	**Γονεοκτόνοι (N=21)**	**Λοιποί ανθρωποκτόνοι (N=31)**	**Εμπρηστές (N=9)**	**Βίαιοι (N=65)**
Χαρακτηριστικά	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**
Έγκλημα κατά της ζωής	5 (62,5%)	15 (83,3%)	5 (83,3%)	3 (100%)	21 (100%)	31 (100%)	0 (0%)	53 (81,5%)
Έγκλημα κατά της σωματικής ακεραιότητας	3 (37,5%)	3 (16,7%)	1 (16,7%)	0 (0%)	2 (9,5%)	5 (16,1%)	2 (22,2%)	18 (27,7%)
Έγκλημα κατά της ιδιοκτησίας	0 (0%)	1 (5,6%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4,8%)	0 (0%)	2 (22,2%)	5 (7,7%)
Κοινώς επικίνδυνα εγκλήματα	1 (12,5%)	1 (5,6%)	2 (33,3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,2%)	8 (88,9%)	2 (3,1%)
Βασική κατηγοριοποίηση εγκλήματος								
Σωματική βλάβη	2 (25%)	2 (11,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (15,4%)
Ανθρωποκτονία	3 (37,5%)	11 (61,1%)	3 (50%)	2 (66,7%)	14 (66,7%)	18 (58,1%)	0 (0%)	33 (50,8%)
Εμπρησμός	1 (12,5%)	1 (5,6%)	1 (16,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (100%)	0 (0%)
Απόπειρα ανθρωποκτονίας	2 (25%)	4 (22,2%)	2 (33,3%)	1 (33,3%)	7 (33,3%)	13 (41,9%)	0 (0%)	20 (30,8%)
Ληστεία	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (3,1%)
Προηγούμενες καταδίκες	4 (50%)	2 (11,1%)	1 (16,7%)	1 (33,3%)	1 (4,8%)	4 (12,9%)	2 (22,2%)	16 (24,6%)
Είδος εγκλήματος για το οποίο υπήρξε προηγούμενη καταδίκη								
Μη βίαια εγκλήματα	1 (25%)	1 (50%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (33,3%)	1 (25%)	1 (50%)	6 (37,5%)
Βίαια εγκλήματα	2 (50%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (33,3%)	2 (50%)	0 (0%)	8 (50%)

Αδίκημα	**Με θύμα τον πατέρα (N=8)**	**Με θύμα τη μητέρα (N=18)**	**Με θύμα την σύζυγο (N=6)**	**Με θύμα το τέκνο (N=3)**	**Γονεοκτόνοι (N=21)**	**Λοιποί ανθρωποκτόνοι (N=31)**	**Εμπρηστές (N=9)**	**Βίαιοι (N=65)**
Χαρακτηριστικά	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**
Εγκλήματα σχετιζόμενα με χρήση ουσιών	1 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (33,3%)	1 (25%)	1 (50%)	2 (12,5%)
Δικαστική απόφαση								
Συμβουλίου Πλημμελειοδικών (Βούλευμα)	4 (50%)	12 (66,7%)	2 (33,3%)	2 (66,7%)	14 (66,7%)	18 (58,1%)	4 (44,4%)	35 (53,8%)
Δικαστήριο Πρώτου Βαθμού (Πλημμελειοδικείο, ΜΟΔ)	3 (37,5%)	6 (33,3%)	4 (66,7%)	1 (33,3%)	7 (33,3%)	13 (41,9%)	5 (55,6%)	25 (38,5%)
Εφετείο	1 (12,5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (7,7%)

Πίνακας Γ1.22. Συχνότητες και ποσοστά των ποιοτικών χαρακτηριστικών που αφορούν διάφορες πτυχές της χρήσης αλκοόλ και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών

Αδίκημα	**Με θύμα τον πατέρα (N=8)**	**Με θύμα τη μητέρα (N=18)**	**Με θύμα την σύζυγο (N=7)**	**Με θύμα το τέκνο (N=3)**	**Γονεοκτόνοι (N=21)**	**Λοιποί ανθρωποκτόνοι (N=31)**	**Εμπρηστές (N=9)**	**Βίαιοι (N=65)**
Χαρακτηριστικά	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**
Χρήση ουσιών	6 (75%)	7 (38,9%)	4 (66,7%)	1 (33,3%)	11 (52,4%)	16 (51,6%)	6 (66,7%)	36 (55,4%)
Χρήση αλκοόλ	7 (87,5%)	15 (83,3%)	6 (100%)	3 (100%)	19 (90,5%)	29 (93,5%)	8 (88,9%)	60 (92,3%)
Χρήση αλκοόλ πάνω από το κρίσιμο όριο	4 (57,1%)	9 (56,3%)	5 (83,3%)	1 (33,3%)	12 (63,2%)	17 (58,6%)	6 (75%)	39 (63,9%)
Κατάχρηση αλκοόλ	6 (75%)	8 (44,4%)	3 (50%)	1 (33,3%)	12 (57,1%)	15 (48,4%)	5 (55,6%)	36 (55,4%)
Συχνότητα χρήσης αλκοόλ								
Περιστασιακά	1 (16,7%)	4 (50%)	1 (33,3%)	1 (100%)	5 (41,7%)	8 (53,3%)	2 (40%)	17 (47,2%)
Τακτικά	5 (83,3%)	4 (50%)	2 (66,7%)	0 (0%)	7 (58,3%)	7 (46,7%)	3 (60%)	19 (52,8%)
Χρήση αλκοόλ τις τελευταίες 30 ημέρες	5 (83,3%)	4 (50%)	2 (40%)	1 (100%)	7 (58,3%)	10 (62,5%)	4 (66,7%)	25 (67,6%)
Χρήση κάνναβης	4 (50%)	8 (44,4%)	3 (50%)	1 (33,3%)	12 (57,1%)	11 (35,5%)	3 (33,3%)	29 (44,6%)
Συχνότητα χρήσης κάνναβης								
Περιστασιακά	1 (25%)	2 (25%)	1 (33,3%)	0 (0%)	3 (25%)	3 (27,3%)	1 (33,3%)	8 (27,6%)
Τακτικά	3 (75%)	6 (75%)	2 (66,7%)	1 (100%)	9 (75%)	8 (72,7%)	2 (66,7%)	21 (72,4%)
Χρήση κάνναβης τις τελευταίες 30 ημέρες	3 (75%)	6 (75%)	2 (66,7%)	1 (100%)	9 (75%)	8 (80%)	1 (33,3%)	21 (75%)
Χρήση ηρωίνης	1 (12,5%)	2 (11,1%)	1 (16,7%)	0 (0%)	3 (14,3%)	3 (9,7%)	1 (11,1%)	11 (16,9%)

Αδίκημα	**Με θύμα τον πατέρα (N=8)**	**Με θύμα τη μητέρα (N=18)**	**Με θύμα την σύζυγο (N=7)**	**Με θύμα το τέκνο (N=3)**	**Γονεοκτόνοι (N=21)**	**Λοιποί ανθρωποκτόνοι (N=31)**	**Εμπρηστές (N=9)**	**Βίαιοι (N=65)**
Χαρακτηριστικά	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**
Συχνότητα χρήσης ηρωίνης								
Περιστασιακά	1 (100%)	1 (50%)	0 (0%)	-	2 (66,7%)	1 (33,3%)	1 (100%)	6 (54,5%)
Τακτικά	0 (0%)	1 (50%)	1 (100%)	-	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0 (0%)	5 (45,5%)
Χρήση ηρωίνης τις τελευταίες 30 ημέρες	0 (0%)	2 (50%)	1 (100%)	-	2 (50%)	2 (66,7%)	1 (50%)	7 (58,3%)
Χρήση μεθαδόνης	0 (0%)	1 (5,6%)	1 (16,7%)	0 (0%)	1 (4,8%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (4,6%)
Συχνότητα χρήσης μεθαδόνης								
Περιστασιακά	-	1 (100%)	0 (0%)	-	0 (0%)	-	-	2 (66,7%)
Τακτικά	-	0 (0%)	1 (100%)	-	1 (100%)	-	-	1 (33,3%)
Χρήση μεθαδόνης τις τελευταίες 30 ημέρες	-	0 (0%)	0 (0%)		0 (0%)	-	-	0 (0%)
Χρήση χαπιών	2 (25%)	1 (5,6%)	1 (16,7%)	0 (0%)	3 (14,3%)	2 (6,5%)	1 (11,1%)	9 (13,8%)
Συχνότητα χρήσης χαπιών								
Περιστασιακά	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	-	1 (50%)	2 (100%)	1 (100%)	5 (62,5%)
Τακτικά	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)	-	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (37,5%)
Χρήση χαπιών τις τελευταίες 30 ημέρες	1 (50%)	1 (100%)	1 (100%)	-	2 (66,7%)	1 (50%)	0 (0%)	7 (77,8%)
Χρήση κοκαΐνης	1 (12,5%)	3 (16,7%)	1 (16,7%)	0 (0%)	3 (14,3%)	4 (12,9%)	2 (22,2%)	10 (15,4%)
Συχνότητα χρήσης κοκαΐνης								
Περιστασιακά	1 (100%)	3 (100%)	1 (100%)	-	3 (100%)	4 (100%)	2 (100%)	10 (100%)

Αδίκημα	**Με θύμα τον πατέρα (N=8)**	**Με θύμα τη μητέρα (N=18)**	**Με θύμα την σύζυγο (N=7)**	**Με θύμα το τέκνο (N=3)**	**Γονεοκτόνοι (N=21)**	**Λοιποί ανθρωποκτόνοι (N=31)**	**Εμπρηστές (N=9)**	**Βίαιοι (N=65)**
Χαρακτηριστικά	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**
Τακτικά	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	-	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Χρήση κοκαΐνης τις τελευταίες 30 ημέρες	0 (0%)	2 (66,7%)	0 (0%)	-	2 (66,7%)	1 (25%)	0 (0%)	3 (30%)
Χρήση αμφεταμινών	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,2%)	0 (0%)	2 (3,1%)
Συχνότητα χρήσης αμφεταμινών								
Περιστασιακά	-	-	-	-	-	1 (100%)	-	2 (100%)
Τακτικά	-	-	-	-	-	0 (0%)	-	0 (0%)
Χρήση αμφεταμινών τις τελευταίες 30 ημέρες	-	-	-	-	-	1 (100%)	-	0 (0%)
Χρήση παραισθησιογόνων	-	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0 %)	3 (9,7%)	0 (0%)	3 (4,6%)
Χρήση παραισθησιογόνων τις τελευταίες 30 ημέρες	-	-	-	-	-	0 (0%)	-	0 (0%)
Χρήση εισπνεόμενων	0 (0%)	1 (5,6%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4,8%)	2 (6,5%)	0 (0%)	3 (4,6%)

Πίνακας Γ1.23. Περιγραφικά μέτρα των ποσοτικών χαρακτηριστικών που αφορούν δημογραφικά χαρακτηριστικά και διάφορες πτυχές της χρήσης αλκοόλ και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών

Αδίκημα	**Με θύμα τον πατέρα (N=8)**	**Με θύμα τη μητέρα (N=18)**	**Με θύμα την σύζυγο (N=6)**	**Με θύμα το τέκνο (N=3)**	**Γονεοκτόνοι (N=21)**	**Λοιποί ανθρωποκτόνοι (N=31)**	**Εμπρηστές (N=9)**	**Βίαιοι (N=65)**
Χαρακτηριστικά	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Εύρος τιμών)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Εύρος τιμών)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Εύρος τιμών)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Εύρος τιμών)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Εύρος τιμών)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Εύρος τιμών)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Εύρος τιμών)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Εύρος τιμών)**
Ηλικία τέλεσης εγκλήματος	33,13±8,27 (24 – 47)	40,89±11,49 (23 – 56)	45,00±17,92 (30 – 76)	26,00±4,36 (21 – 29)	36,43±10,26 (23 – 55)	37,58±14,28 (18 – 76)	45,78±10,56 (24 – 60)	37,78±12,12 (18 – 76)
Ηλικία κατά τη διεξαγωγή της έρευνας	45,88±14,34 (27 – 68)	49,61±12,16 (27 – 74)	60,83±16,22 (40 – 90)	42,00±7,00 (37 – 50)	46,00±11,68 (27 – 62)	51,77±13,94 (24 – 90)	54,56±10,38 (42 – 74)	49,92±13,18 (24 – 90)
Ηλικία έναρξης ψυχικής νόσου	22,38±7,13 (15 – 34)	25,22±9,89 (12 – 45)	28,50±10,39 (18 – 46)	23,00±5,29 (19 – 29)	25,81±8,96 (15 – 45)	26,45±10,33 (15 – 53)	26,00±14,28 (15 – 60)	25,51±9,20 (12 – 53)
Ηλικία πρώτης χρήσης αλκοόλ	14,43±3,91 (10 – 22)	15,27±4,23 (8 – 23)	14,33±2,25 (12 – 18)	15,67±1,53 (14 – 17)	14,95±4,35 (8 – 23)	14,79±2,18 (10 – 20)	13,38±2,39 (11 – 17)	14,65±2,96 (8 – 23)
Έτη χρήσης αλκοόλ	15,43±5,86 (6 – 25)	14,79±11,26 (2 – 35)	30,83±17,69 (14 – 60)	3,00±3,46 (1 – 7)	13,53±8,60 (2 – 35)	18,97±14,47 (1 – 60)	27,29±18,31 (1 – 49)	17,75±12,10 (1 – 60)
Ηλικία χρήσης αλκοόλ πάνω από το κρίσιμο όριο	15,25±3,95 (12 – 21)	18,22±4,82 (13 – 27)	18,60±6,77 (12 – 30)	14,00±0,00 (14)	16,92±4,78 (12 – 27)	17,50±4,41 (14 – 30)	16,67±4,50 (12 – 25)	17,33±4,39 (12 – 30)
Χρόνια χρήσης αλκοόλ πάνω από το κρίσιμο όριο	2,67±2,25 (1 – 6)	6,38±7,62 (1 – 22)	11,50±5,80 (4 – 17)	7,00±0,00 (7)	5,42±6,64 (1 – 22)	7,27±6,51 (1 – 24)	15,67±15,15 (1 – 45)	6,03±6,12 (1 – 24)
Ηλικία πρώτης χρήσης κάνναβης	25,50±15,46 (12 – 43)	22,88±8,34 (13 – 39)	25,33±8,08 (16 – 30)	13,00±0,00 (13)	25,17±10,10 (12 – 43)	18,55±6,42 (12 – 30)	16,33±1,53 (15 – 18)	20,62±8,57 (12 – 43)
Έτη χρήσης κάνναβης	7,25±7,32 (1 – 15)	12,00±11,34 (1 – 34)	3,00±1,73 (2 – 5)	8,00±0,00 (8)	7,75±7,07 (1 – 20)	8,64±8,80 (1 – 27)	12,00±13,00 (4 – 27)	9,76±9,37 (1 – 34)
Ηλικία πρώτης χρήσης ηρωίνης	15,00±0,00 (15)	19,50±3,54 (17 – 22)	27,00±0,00 (27)	-	21,33±6,03 (15 – 27)	21,67±9,07 (15 – 32)	19,00±0,00 (19)	20,73±5,22 (15 – 32)
Έτη χρήσης ηρωίνης	1,00±0,00 (1)	15,50±20,51 (1 – 30)	3,00±0,00 (3)	-	1,67±1,16 (1 – 3)	2,67±1,53 (1 – 4)	1,00±0,00 (1)	7,45±10,09 (1 – 30)

Αδίκημα	**Με θύμα τον πατέρα (N=8)**	**Με θύμα τη μητέρα (N=18)**	**Με θύμα την σύζυγο (N=6)**	**Με θύμα το τέκνο (N=3)**	**Γονεοκτόνοι (N=21)**	**Λοιποί ανθρωποκτόνοι (N=31)**	**Εμπρηστές (N=9)**	**Βίαιοι (N=65)**
Χαρακτηριστικά	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Εύρος τιμών)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Εύρος τιμών)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Εύρος τιμών)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Εύρος τιμών)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Εύρος τιμών)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Εύρος τιμών)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Εύρος τιμών)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Εύρος τιμών)**
Ηλικία πρώτης χρήσης μεθαδόνης	-	19,00±0,00 (19)	39,00±0,00 (39)	-	39,00±0,00 (39)	-	-	26,33±11,02 (19 – 39)
Έτη χρήσης μεθαδόνης	-	10,00±0,00 (10)	2,00±0,00 (2)	-	2,00±0,00 (2)	-	-	6,67±4,16 (2 – 10)
Ηλικία πρώτης χρήσης χαπιών	18,50±2,12 (17 – 20)	19,00±0,00 (19)	18,00±0,00 (18)	-	18,33±1,53 (17 – 20)	16,50±2,12 (15 – 18)	16,00±0,00 (16)	20,00±4,24 (15 – 28)
Έτη χρήσης χαπιών	4,00±4,24 (1 – 7)	10,00±0,00 (10)	23,00±0,00 (23)	-	10,33±11,37 (1 – 23)	5,50±6,36 (1 – 10)	4,00±0,00 (4)	8,89±7,10 (1 – 23)
Ηλικία πρώτης χρήσης κοκαΐνης	17,00±0,00 (17)	25,67±8,15 (20 – 35)	18,00±0,00 (18)	-	19,67±2,52 (17 – 22)	25,00±7,70 (18 – 35)	27,50±13,44 (18 – 37)	24,20±6,44 (17 – 35)
Έτη χρήσης κοκαΐνης	1,00±0,00 (1)	2,33±2,31 (1 – 5)	1,00±0,00 (1)	-	1,00±0,00 (1)	2,00±2,00 (1 – 5)	1,00±0,00 (1)	1,80±1,69 (1 – 5)
Ηλικία πρώτης χρήσης αμφεταμινών	-	-	-	-	-	22,00±0,00 (22)	-	23,00±1,41 (22 – 24)
Έτη χρήσης αμφεταμινών	-	-	-	-	-	3,00±0,00 (3)	-	2,00±1,41 (1 – 3)
Ηλικία πρώτης χρήσης παραισθησιογόνων	-	-	-	-	-	24,33±6,81 (19 – 32)	-	24,33±6,81 (19 – 32)
Έτη χρήσης παραισθησιογόνων	-	-	-	-	-	1,67±1,16 (1 – 3)	-	1,67±1,16 (1 – 3)

Πίνακας Γ1.24. Περιγραφικά μέτρα των συνολικών βαθμολογιών που σημειώθηκαν από το δείγμα στις υποκλίμακες των ερωτηματολογίων

Αδίκημα	**Με θύμα τον πατέρα (N=7)**	**Με θύμα τη μητέρα (N=18)**	**Με θύμα την σύζυγο (N=7)**	**Με θύμα το τέκνο (N=3)**	**Γονεοκτόνοι (N=21)**	**Λοιποί ανθρωποκτόνοι (N=31)**	**Εμπρηστές (N=9)**	**Βίαιοι (N=65)**
Υποκλίμακες (Εφικτό Εύρος τιμών)	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Εύρος τιμών)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Εύρος τιμών)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Εύρος τιμών)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Εύρος τιμών)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Εύρος τιμών)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Εύρος τιμών)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Εύρος τιμών)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Εύρος τιμών)**
Ερωτηματολόγιο επιθετικότητας (Aggression)								
Σωματική επιθετικότητα (5-45)	21,13±6,64 (14 – 30)	20,00±8,53 (8 – 36)	24,50±12,63 (8 – 37)	12,00±3,61 (8 – 15)	20,48±8,48 (8 – 37)	18,06±9,48 (8 – 40)	15,89±7,24 (8 – 30)	19,74±9,08 (8 – 40)
Λεκτική επιθετικότητα (5-25)	15,00±3,63 (12 – 23)	12,17±3,90 (5 – 21)	13,83±2,99 (10 – 18)	10,33±2,52 (8 – 13)	12,67±4,08 (5 – 23)	12,71±2,96 (8 – 20)	14,00±4,30 (6 – 19)	12,82±3,54 (5 – 23)
Θυμός (7-35)	17,88±4,16 (12 – 26)	14,50±5,31 (6 – 23)	16,33±6,98 (7 – 24)	11,33±3,06 (8 – 14)	15,38±5,62 (6 – 26)	12,84±4,51 (6 – 21)	14,44±5,46 (7 – 23)	14,48±5,31 (6 – 26)
Εχθρικότητα (8-40)	25,50±5,83 (15 – 33)	22,33±7,54 (8 – 33)	27,17±8,52 (10 – 33)	20,00±10,82 (11 – 32)	22,48±7,42 (8 – 33)	21,87±7,76 (10 – 35)	24,44±7,88 (10 – 31)	22,75±7,15 (8 – 35)
Αδίκημα	**Με θύμα τον πατέρα (N=7)**	**Με θύμα τη μητέρα (N=18)**	**Με θύμα την σύζυγο (N=7)**	**Με θύμα το τέκνο (N=3)**	**Γονεοκτόνοι (N=21)**	**Λοιποί ανθρωποκτόνοι (N=31)**	**Εμπρηστές (N=9)**	**Βίαιοι (N=65)**
Ερωτηματολόγιο HDHQ								
Εκδραματιζόμενη εχθρικότητα (0-12)	4,38±1,77 (3 – 8)	4,50±3,63 (0 – 12)	6,50±3,15 (1 – 10)	3,33±1,53 (2 – 5)	4,19±3,01 (0 – 11)	4,39±2,70 (0 – 12)	4,22±2,64 (1 – 10)	4,55±2,88 (0 – 12)
Κριτική των άλλων (0-12)	7,00±1,77 (3 – 9)	6,83±3,09 (2 – 12)	7,50±3,08 (3 – 11)	3,33±1,53 (2 – 5)	6,86±2,82 (2 – 12)	5,90±2,90 (1 – 12)	7,22±2,77 (3 – 12)	6,48±2,88 (1 – 12)
Παραληρητική εχθρικότητα (0-9)	4,75±2,19 (1 – 7)	4,33±2,54 (1 – 8)	6,33±1,75 (3 – 8)	4,33±3,51 (1 – 8)	4,33±2,37 (1 – 8)	4,65±2,84 (0 – 9)	4,89±1,83 (2 – 7)	4,71±2,61 (0 – 9)
Αυτοκριτική (0-11)	5,00±2,62 (1 – 8)	4,83±2,98 (0 – 11)	5,67±1,86 (2 – 7)	4,33±3,22 (2 – 8)	4,52±2,66 (0 – 10)	4,39±2,22 (0 – 8)	5,11±2,67 (1 – 9)	4,75±2,52 (0 – 11)

Παραληρητική ενοχή (0-7)	3,25±1,49 (2 – 6)	3,83±1,95 (0 – 7)	4,67±1,86 (2 – 7)	4,67±1,16 (4 – 6)	3,95±1,96 (0 – 7)	3,48±1,48 (1 – 7)	2,67±1,32 (1 – 5)	3,63±1,72 (0 – 7)
Εξωστρεφόμενη εχθρικότητα (0-33)	16,13±3,76 (11 – 22)	15,67±8,20 (4 – 31)	20,33±7,58 (7 – 28)	11,00±4,00 (7 – 15)	15,38±7,03 (4 – 29)	14,90±7,31 (4 – 31)	16,33±6,29 (7 – 27)	15,72±7,25 (4 – 31)
Εσωστρεφόμενη εχθρικότητα (0-29)	14,63±6,97 (4 – 22)	13,33±7,21 (0 – 27)	17,67±7,42 (10 – 29)	13,33±7,57 (8 – 22)	13,52±7,18 (0 – 27)	12,45±6,15 (1 – 29)	14,00±6,80 (3 – 23)	13,35±6,49 (0 – 29)
Κατεύθυνση εχθρικότητας	-2,88±5,89 (-14 – 7)	-2,39±9,22 (-29 – 9)	-4,33±6,28 (-14 – 3)	2,33±4,16 (-1 – 7)	-2,38±9,17 (-29 – 9)	-2,65±6,97 (-23 – 7)	-3,44±9,04 (-21 – 8)	-2,65±7,39 (-29 – 9)

Αδίκημα	**Με θύμα τον πατέρα (N=7)**	**Με θύμα τη μητέρα (N=18)**	**Με θύμα την σύζυγο (N=7)**	**Με θύμα το τέκνο (N=3)**	**Γονεοκτόνοι (N=21)**	**Λοιποί ανθρωποκτόνοι (N=31)**	**Εμπρηστές (N=9)**	**Βίαιοι (N=65)**
Ερωτηματολόγιο ZKPQ								
Παρορμητική αναζήτηση αίσθησης (0-100)	32,90±21,01 (15,79 – 78,95)	40,64±29,60 (10,53 – 100)	29,83±12,75 (15,79 – 47,37)	28,07±24,31 (0 – 42,11)	38,35±27,00 (10,53 – 100)	40,07±23,29 (0 – 84,21)	39,18±18,81 (5,26 – 73,68)	41,70±25,68 (0 – 100)
Παρορμητικότητα (0-100)	35,94±20,53 (12,50 – 75,00)	40,97±31,74 (0 – 100)	37,50±19,36 (25 – 75)	16,67±14,43 (0 – 25)	36,31±28,20 (0 -100)	41,94±28,97 (0 – 100)	45,83±25,00 (12,50 – 87,50)	42,69±28,89 (0 – 100)
Αναζήτηση αίσθησης (0-100)	30,66±22,77 (9,09 – 81,82)	40,40±33,18 (0 – 100)	24,24±18,78 (0 – 45,45)	36,37±31,49 (0 – 54,55)	39,82±29,11 (0 – 100)	38,71±28,17 (0 – 90,91)	34,34±24,39 (0 – 63,64)	40,98±29,16 (0 – 100)
Νευρωτισμός-Άγχος (0-100)	36,22±16,04 (5,26 – 57,89)	47,08±25,82 (5,26 – 94,74)	45,61±27,18 (5,26 – 84,21)	19,30±10,96 (10,53 – 31,58)	44,36±25,98 (5,26 – 94,74)	38,03±20,86 (0 – 84,21)	40,93±23,65 (5,26 – 84,21)	43,16±22,96 (0 – 94,74)
Επιθετικότητα – Εχθρικότητα (0-100)	37,50±12,55 (11,76 – 52,94)	47,06±27,07 (11,76 – 100)	40,20±27,94 (17,65 – 88,24)	19,61±6,80 (11,76 – 23,53)	39,21±17,87 (11,76 – 76,47)	34,35±23,58 (5,88 – 94,12)	35,30±26,14 (17,65 – 100)	39,28±23,90 (5,88 – 100)
Ενεργητικότητα (0-100)	49,26±18,05 (29,41 – 82,35)	44,77±26,78 (0 – 88,24)	41,18±24,40 (11,76 – 70,59)	43,14±22,27 (17,65 – 58,82)	51,26±21,38 (0 – 88,24)	43,64±24,24 (0 – 76,47)	28,76±20,89 (5,88 – 58,82)	42,90±25,53 (0 – 88,24)
Κοινωνικότητα (0-100)	41,18±16,34 (5,88 – 58,82)	41,50±25,24 (0 – 100)	43,14±31,93 (0 – 70,59)	60,78±8,99 (52,94±70,59)	40,90±20,08 (0 – 64,71)	43,83±22,26 (0 – 76,47)	40,52±26,70 (0 – 76,47)	43,26±22,12 (0 – 100)
Ιδιότητες ανίχνευσης ψεύδους (0-100)	40,00±16,04 (20 – 70)	37,22±26,08 (0 – 80)	41,67±26,39 (0 – 80)	36,67±25,17 (10 – 60)	40,95±20,95 (10 – 80)	32,58±20,33 (0 – 90)	42,22±34,56 (0 – 90)	34,46±21,44 (0 – 90)

Αδίκημα	Με θύμα τον πατέρα (N=7)	Με θύμα τη μητέρα (N=18)	Με θύμα την σύζυγο (N=7)	Με θύμα το τέκνο (N=3)	Γονεοκτόνοι (N=21)	Λοιποί ανθρωποκτόνοι (N=31)	Εμπρηστές (N=9)	Βίαιοι (N=65)
CAGE (0-4)	1,125±1,126 (0 – 3)	0,778±1,114 (0 – 3)	1,500±1,049 (0 – 3)	1,000±1,732 (0 – 3)	0,905±1,091 (0 – 3)	1,032±1,278 (0 – 3)	1,556±1,590 (0 – 4)	1,015±1,205 (0 – 3)
ΚλίμακαGAF								
Σύνολο πριν το αδίκημα (0-90)	38,75±8,35 (30 – 50)	40,56±11,10 (30 – 60)	40,00±8,94 (30 – 50)	43,33±11,55 (30 – 50)	40,48±10,24 (30 – 60)	41,94±9,81 (30 – 70)	40,00±10,00 (20 – 50)	41,85±10,74 (20 – 70)
Σύνολο μετά το αδίκημα (0-90)	46,25±13,03 (30 – 70)	43,89±17,20 (20 – 70)	43,33±13,66 (30 – 60)	60,00±26,46 (30 – 80)	45,71±15,02 (20 – 70)	51,94±16,62 (20 – 80)	45,56±15,09 (20 – 60)	48,77±15,56 (20 – 80)
Ερωτηματολόγιο κοινωνικής λειτουργικότητας (SF-36)								
Σωματική λειτουργικότητα (0-100)	85,00±19,46 (40 – 100)	77,22±29,57 (0 – 100)	74,17±25,18 (40 – 95)	91,67±10,41 (80 – 100)	86,43±19,05 (30 – 100)	83,55±24,50 (10 – 100)	75,00±31,52 (0 – 100)	84,23±21,76 (10 – 100)
Περιορισμοί λόγω σωμ.υγείας(0-100)	78,13±28,15 (25 – 100)	72,22±39,19 (0 – 100)	58,33±46,55 (0 – 100)	91,67±14,43 (75 – 100)	79,76±31,24 (0 – 100)	85,48±29,42 (0-100)	66,67±45,07 (0 – 100)	82,31±29,56 (0 – 100)
Περιορισμοί λόγω συν.υγείας(0-100)	58,33±38,84 (0 – 100)	72,22±34,78 (0 – 100)	50,00±45,95 (0 – 100)	66,67±57,74 (0 – 100)	69,84±36,38 (0 – 100)	77,42±34,84 (0 – 100)	59,26±43,40 (0 – 100)	73,33±35,95 (0 – 100)
Ενέργεια/κόπωση (0-100)	59,38±18,02 (30 – 80)	49,44±28,28 (0 – 95)	56,67±31,25 (25 – 95)	60,00±18,03 (45 – 80)	57,38±21,94 (0 – 95)	61,13±22,50 (15 – 100)	46,67±30,41 (5 – 95)	59,46±23,27 (0 – 100)
Συναισθηματική κατάσταση (0-100)	68,00±15,86 (44 – 88)	63,33±17,80 (24 – 88)	63,33±29,44 (28 – 96)	74,67±30,29 (40 – 96)	63,24±16,33 (28 – 88)	71,87±21,53 (32 – 100)	57,33±23,24 (24 – 96)	67,20±20,87 (20 – 100)
Κοινωνική λειτουργικότητα (0-100)	81,25±23,15 (50 – 100)	75,69±29,85 (0 – 100)	70,83±34,16 (25 – 100)	75,00±43,30 (25 – 100)	82,74±22,18 (37,5 – 100)	83,07±27,68 (25 – 100)	59,72±43,20 (0 – 100)	80,77±26,98 (12,5 – 100)
Πόνος (0-100)	81,25±26,86 (22,50 – 100)	80,83±29,18 (12,5 – 100)	76,25±33,16 (32,5 – 100)	60,83±25,04 (32,5 – 80)	80,83±25,55 (12,5 – 100)	83,55±21,98 (32,5 – 100)	70,00±26,04 (20 – 100)	81,85±23,92 (12,5 – 100)
Γενική υγεία (0-100)	76,88±17,10 (50 – 100)	60,83±23,66 (5 – 95)	65,83±29,73 (30 – 95)	58,33±33,29 (20 – 80)	69,76±20,46 (30 – 100)	70,32±19,66 (20 – 100)	63,33±28,61 (5 – 95)	70,39±19,51 (20 – 100)

Αλλαγή στην υγεία (0-100)	65,63±26,52 (25 – 100)	48,61±31,47 (0 – 100)	62,50±34,46 (25 – 100)	66,67±14,43 (50 – 75)	59,52±26,78 (0 – 100)	62,90±27,29 (0 – 100)	61,11±39,75 (0 – 100)	59,23±27,09 (0 – 100)
Αδίκημα	**Με θύμα τον πατέρα (N=7)**	**Με θύμα τη μητέρα (N=18)**	**Με θύμα την σύζυγο (N=7)**	**Με θύμα το τέκνο (N=3)**	**Γονεοκτόνοι (N=21)**	**Λοιποί ανθρωποκτόνοι (N=31)**	**Εμπρηστές (N=9)**	**Βίαιοι (N=65)**
ΚλίμακαPANSS								
Εκτίμηση κατά το αδίκημα								
Θετική κλίμακα (7-49)	27,88±7,20 (12 – 34)	32,72±5,69 (20 – 42)	31,17±4,02 (27 – 37)	30,33±8,33 (21 – 37)	32,24±6,57 (12 – 42)	32,03±5,71 (21 – 45)	29,33±5,27 (21 – 37)	31,63±6,04 (12 – 45)
Αρνητική κλίμακα (7-49)	23,13±9,63 (10 – 37)	27,00±7,44 (14 – 40)	25,83±4,36 (19 – 31)	22,67±8,51 (14 – 31)	25,95±8,80 (10 – 40)	23,39±6,66 (10 – 36)	26,00±4,42 (19 – 32)	24,65±7,06 (10 – 40)
Κλίμακα Γενικής ψυχοπαθολογίας (16-112)	50,50±12,84 (25 – 65)	54,61±10,05 (39 – 71)	56,83±13,72 (43 – 83)	60,67±6,35 (57 – 68)	55,10±13,18 (25 – 83)	54,77±10,22 (31 – 78)	54,22±6,74 (44 – 65)	54,22±10,99 (25 – 83)
Σύνολο (30-210)	101,50±28,52 (47 – 135)	114,33±20,00 (90 – 150)	113,83±19,05 (96 – 151)	113,67±16,26 (101 – 132)	113,29±26,12 (47 – 151)	110,19±17,88 (71 – 146)	109,56±12,80 (92 – 132)	110,63±20,22 (47 – 151)
Εκτίμηση κατά τη διεξαγωγή της έρευνας								
Θετική κλίμακα (7-49)	17,50±6,50 (9 – 30)	20,17±8,45 (10 – 34)	16,50±4,04 (10 – 20)	14,33±10,12 (8 – 26)	18,67±8,38 (9 – 34)	17,55±7,49 (8 – 37)	17,56±5,22 (8 – 23)	18,82±7,38 (8 – 37)
Αρνητική κλίμακα (7-49)	23,00±9,75 (10 – 37)	27,39±7,40 (14 – 40)	26,00±9,08 (15 – 41)	22,67±8,51 (14 – 31)	25,14±9,09 (10 – 40)	24,42±8,73 (10 – 41)	28,00±5,05 (19 – 35)	24,86±8,07 (10 – 41)
Κλίμακα Γενικής ψυχοπαθολογίας (16-112)	41,50±10,13 (25 – 55)	43,89±9,46 (24 – 60)	41,17±4,75 (35 – 49)	36,00±16,46 (26 – 55)	42,14±10,14 (24 – 60)	39,45±10,65 (24 – 62)	47,00±9,77 (36 – 67)	41,60±10,17 (24 – 62)
Σύνολο (30-210)	82,00±25,19 (47 – 117)	91,72±21,56 (48-132)	83,67±10,03 (75 – 103)	78,33±29,50 (57 – 112)	86,19±24,41 (47 – 132)	82,35±23,48 (43 – 133)	92,56±17,53 (68 – 121)	85,86±22,31 (43 – 133)
ΚλίμακαHCR-20								
Εκτίμηση κατά το αδίκημα								
Κλίμακα ιστορικού (0-18)	12,13±2,48 (8 – 15)	11,56±2,50 (7 – 16)	10,50±1,87 (8 – 13)	6,33±0,58 (6 – 7)	11,57±2,32 (7 – 16)	10,52±2,79 (5 – 16)	12,89±1,54 (11 – 15)	11,20±2,84 (5 – 17)
Κλινική κλίμακα (0-10)	7,25±2,25 (2 – 9)	7,61±1,65 (4 – 10)	6,00±1,79 (4 – 9)	7,00±1,73 (6 – 9)	7,43±2,01 (2 – 10)	7,52±1,48 (5 – 10)	7,56±1,67 (4 – 9)	7,54±1,64 (2 – 10)

Κλίμακα διαχείρισης κινδύνου (0-10)	8,25±1,39 (6 – 10)	7,22±2,58 (3 – 10)	4,50±2,17 (2 – 8)	4,33±4,04 (2 – 9)	7,33±2,35 (3 – 10)	5,45±2,51 (1 – 10)	7,67±2,55 (2 – 10)	6,66±2,59 (1 – 10)
Σύνολο (0-38)	27,63±3,16 (24 – 32)	26,39±5,70 (18-35)	21,00±4,34 (17-29)	17,67±6,35 (14 – 25)	26,33±5,18 (18 – 35)	23,48±5,30 (13 – 34)	28,11±4,31 (19 – 33)	25,40±5,52 (13 – 36)
Εκτίμηση κατά τη διεξαγωγή της έρευνας								
Κλίμακα ιστορικού (0-18)	13,63±2,00 (11 – 16)	12,94±1,98 (10 – 17)	12,17±0,75 (11 – 13)	7,67±1,53 (6 – 9)	13,05±1,91 (10 – 17)	12,03±2,69 (6 – 17)	13,22±1,56 (11 – 16)	12,58±2,52 (6 – 17)
Κλινική κλίμακα (0-10)	5,13±2,48 (1 – 9)	5,17±3,24 (0 – 10)	2,83±3,06 (0 – 8)	2,33±3,22 (0 – 6)	4,90±3,19 (0 – 10)	4,23±2,66 (0 – 10)	5,11±2,57 (1 – 9)	4,86±2,79 (0 – 10)
Κλίμακα διαχείρισης κινδύνου (0-10)	8,25±1,39 (6 – 10)	7,22±2,58 (3 – 10)	4,50±2,17 (2 – 8)	4,33±4,04 (2 – 9)	7,33±2,35 (3 – 10)	5,45±2,51 (1 – 10)	7,67±2,55 (2 – 10)	6,66±2,59 (1 – 10)
Σύνολο (0-38)	27,00±3,93 (22 – 33)	25,33±7,07 (15-36)	19,50±4,76 (15 – 28)	14,33±8,39 (9 – 24)	25,29±6,51 (15 – 36)	21,71±6,08 (9 – 35)	26,00±5,05 (17 – 32)	24,11±6,46 (9 – 36)

Γ. 2 Επαγωγική στατιστική (inductive statistics) – Έλεγχοι διαφορών και ανεξαρτησίας (difference and independence tests)

Στις επόμενες ενότητες αναφέρονται, αρχικά, τα αποτελέσματα των επαγωγικών ελέγχων ανεξαρτησίας και διαφοράς. Στις υποενότητες που ακολουθούν μελετάται ενδεχόμενη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των ασθενών ως προς τα ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά της έρευνας, ανάλογα με τον χρόνο εκτέλεσης του εγκλήματος (στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο ή στην πορεία τη νόσου), το φύλο, την εξάρτηση, την αυτοκτονικότητα, την ετεροκαταστροφικότητα κλπ. Τέλος, εξετάζεται αν οι βίαιοι ασθενείς διαφέρουν σημαντικά από τους εμπρηστές, και οι γονεοκτόνοι από τους υπόλοιπους ανθρωποκτόνους, όσον αφορά τα διάφορα χαρακτηριστικά που μελετώνται. Το ίδιο γίνεται και με τους τρεις τύπους βίαιων ασθενών με σχιζοφρένεια, όπως αυτοί προτάθηκαν στη βιβλιογραφία (Hodgins et al 2014).

Στους ελέγχους ανεξαρτησίας δίνονται σε πίνακες οι συχνότητες (N) και τα ποσοστά (%) κάθε κατηγορίας ατόμων που μελετάται για όλες τις υποκατηγορίες των χαρακτηριστικών που αναφέρονται στον πίνακα και αφορούν δημογραφικά χαρακτηριστικά, την κλινική εικόνα των ασθενών, το ιστορικό καταχρήσεων, τα περιστατικά βίας ή στρεσογόνα γεγονότα που βίωσαν μέχρι την τέλεση του εγκλήματος και οι μορφές βίας που εκδήλωσαν. Στους ελέγχους διαφορών δίνονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις (Μ.Ο.±Τ.Α.) των ποσοτικών χαρακτηριστικών της έρευνας, που αφορούν δημογραφικά χαρακτηριστικά, εξαρτήσεις και τα συνολικά σκορ που σημείωσαν οι ασθενείς του δείγματος στις υποκλίμακες των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα.

Σε κάθε περίπτωση ποιοτικής μεταβλητής εφαρμόζεται ο έλεγχος ανεξαρτησίας x^2 του Pearson ή κάποια από τις μεθόδους διόρθωσης (ακριβής έλεγχος του Fisher, αν μελετώνται δύο διχότομες μεταβλητές ή μέθοδος Monte Carlo, αν τουλάχιστον μία από τις δύο μεταβλητές δεν είναι διχότομη), αν δεν ικανοποιείται η προϋπόθεση εφαρμογής του συγκεκριμένου ελέγχου. Σε κάθε περίπτωση ποσοτικής ελέγχθηκε, αρχικά, αν ικανοποιείται η κανονικότητα των δεδομένων σε καθένα από τα δύο δείγματα. Σε περιπτώσεις ύπαρξης δύο ανεξάρτητων δειγμάτων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t, αν τα δεδομένα και των 2 δειγμάτων ακολουθούν κανονική κατανομή, ή ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney στις περιπτώσεις όπου παραβιάζεται η υπόθεση της κανονικότητας τουλάχιστον σ' ένα από τα δύο δείγματα. Στην περίπτωση τριών ανεξάρτητων δειγμάτων χρησιμοποιήθηκε η Ανάλυση της Διακύμανσης ή ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis, ανάλογα με το αν ικανοποιείται ή όχι η προϋπόθεση της κανονικότητας των δεδομένων σε καθένα από τα δείγματα.

Γ. 2.1 Έλεγχοι διαφοράς και ανεξαρτησίας (difference and independence tests) ως προς τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος

Το πρώτο χαρακτηριστικό στο οποίο επικεντρώνεται και η ουσία της έρευνας αφορά την ενδεχόμενη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των ασθενών ως προς τα ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά που διερευνώνται ανάλογα με τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος. Συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι ανεξαρτησίας και έλεγχοι διαφορών, για να διαπιστωθεί αν οι απαντήσεις που δίνουν οι ασθενείς διαφοροποιούνται σημαντικά ανάλογα με το αν η διάπραξη του εγκλήματος έγινε στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο ή στην πορεία της νόσου.

Αρχικά, μελετώνται οι απαντήσεις στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την κλινική εικόνα των ασθενών. Όπως φαίνεται στον Πίνακα Γ2.1, ο χρόνος τέλεσης του εγκλήματος είναι ανεξάρτητος από το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο, ενώ σχετίζεται σημαντικά με την εργασιακή απασχόληση κατά την τέλεση ($x^2(1)=4.669$, $p=0.031$). Συγκεκριμένα, το 28,6% των ατόμων που τέλεσαν το έγκλημα στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο ήταν άνεργοι, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό γι' αυτούς που διέπραξαν το αδίκημα κατά την πορεία της νόσου είναι 56,1%. Επίσης, υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στον χρόνο τέλεσης και το είδος της εργασίας των ασθενών ($x^2(5)=12.805$, $p=0.025$). Μεγάλη διαφορά παρατηρήθηκε στα ποσοστά ασθενών που διέπραξαν το έγκλημα κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο και αυτών που έδρασαν κατά την πορεία της νόσου ως προς την ενασχόληση με αγροτικές εργασίες (6,3% έναντι 29,8%). Μεγάλες διαφορές εμφανίζονται και στους αυτοαπασχολούμενους (31,3% έναντι 4,3%) και τους ιδιωτικούς υπαλλήλους (6,3% έναντι 21,3%).

Από την άλλη μεριά η ηλικία έναρξης της ψυχικής νόσου, το είδος ψυχικής νόσου, η οικογενειακή κατάσταση, η γονεϊκότητα, ο τόπος διαμονής και οι συνθήκες διαμονής δε φαίνεται να σχετίζονται σημαντικά με τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος. Το ίδιο ισχύει και ως προς την εκπλήρωση της στρατιωτικής θητείας για τους άντρες. Αντίθετα, υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στους λόγους στρατιωτικής απαλλαγής των αντρών και την κατηγορία αδικήματος ($x^2(2)=7.226$, $p=0.048$). Συγκεκριμένα, όσοι διέπραξαν το αδίκημα κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο φαίνεται πως απαλλάχθηκαν για παθολογικούς (28,6%) ή ψυχιατρικούς λόγους (71,4%), ενώ όσοι διέπραξαν το αδίκημα κατά την πορεία της νόσου φαίνεται πως απαλλάχτηκαν σχεδόν στο σύνολό τους για ψυχιατρικούς λόγους (95,7%), όπως άλλωστε αναμενόταν λόγω του γνωστού ψυχιατρικού τους ιστορικού.

Επιπλέον, το ιστορικό νοσηλειών έως την τέλεση του εγκλήματος φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος. Συγκεκριμένα, όσοι διέπραξαν το έγκλημα κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο απάντησαν σε ποσοστό 19% ότι είχαν νοσηλευτεί τουλάχιστον μία φορά έως την

τέλεση του αδικήματος, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για όσους διέπραξαν το έγκλημα κατά την πορεία της νόσου είναι 89,5%. Ακόμη, οι δύο ομάδες φαίνεται να διαφέρουν σημαντικά σε ποσοστά ως προς το πλήθος ακούσιων νοσηλειών ($x^2(4)=10.137$, $p=0.028$) με τους ασθενείς του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου να μοιράζονται ανάμεσα στην 1 ή τις 2 ακούσιες νοσηλείες, οι οποίες δεν ολοκληρώθηκαν καθώς οι ασθενείς πραγματοποίησαν φυγή τις πρώτες ημέρες νοσηλείας. Αντίθετα, στην περίπτωση των ασθενών που διέπραξαν το αδίκημα κατά την πορεία της νόσου, υπήρξαν σημαντικά ποσοστά ατόμων με 3 ή περισσότερες ακούσιες νοσηλείες (68,2% αθροιστικά). Κανένας από τους ασθενείς του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου δεν είχε στο ιστορικό του εκούσιες νοσηλείες.

Τέλος, όσον αφορά τη διάγνωση, οι δύο ομάδες ασθενών διαφέρουν στατιστικώς σημαντικά σε σχέση με τη διάγνωση πριν την τέλεση του εγκλήματος, καθώς οι ασθενείς στην πορεία της νόσου είχαν συχνότερα λάβει τη διάγνωση της σχιζοφρένειας (64,3% έναντι 31,3 στο πρώτο ψυχωτικό), όπως αναμενόταν.

Πίνακας Γ2.1. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με δημογραφικά χαρακτηριστικά και κλινική εικόνα των συμμετεχόντων (με κριτήριο τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος)

	Στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο (N=21)		**Κατά την πορεία της νόσου (N=57)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p***
Φύλο (N=78)						
Άνδρας	18	85,7%	52	91,2%	0,507	0,675
Γυναίκα	3	14,3%	5	8,8%		
Εθνικότητα (N=78)						
Έλληνας	21	100%	54	94,7%	1,149	0,559
Αλλοδαπός	0	0%	3	5,3%		
Μορφωτικό επίπεδο (N=78)***						
Δεν ολοκλήρωσε την Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	3	14,3%	9	15,8%	7,550	0,271
Απόφοιτος/η Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης	2	9,5%	14	24,6%		
Δεν ολοκλήρωσε την υποχρεωτική εκπαίδευση	3	14,3%	7	12,3%		
Απόφοιτος υποχρεωτικής εκπαίδευσης	9	42,9%	10	17,5%		
Απόφοιτος Λυκείου	3	14,3%	11	19,3%		
Απόφοιτος ΤΕΙ	0	0%	4	7%		
Απόφοιτος ΑΕΙ	1	4,8%	2	3,5%		
Θρήσκευμα						

Χριστιανός ορθόδοξος	20	95,2%	55	96,5%	0,065	1,000
Μουσουλμάνος	1	4,8%	2	3,5%		
Εργασιακή απασχόληση κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)**	15	71,4%	25	43,9%	4,669	**0,031**
Γονεϊκότητα	10	47,6%	17	29,8%	2,147	0,143
Είδος επαγγέλματος έως την τέλεση του εγκλήματος (N=63)***						
Αγροτικές εργασίες	1	6,3%	14	29,8%	12,805	**0,022**
Χειρωνακτικές εργασίες	7	43,8%	15	31,9%		
Αυτοαπασχολούμενος	5	31,3%	2	4,3%		
Ιδιωτικός υπάλληλος	1	6,3%	10	21,3%		
Ναυτικός	1	6,3%	2	4,3%		
Δημόσιος – δημοτικός υπάλληλος	1	6,3%	4	8,5%		
Άλλα επαγγέλματα έως την τέλεση του εγκλήματος	16	76,2%	47	82,5%	0,388	0,747
Τόπος διαμονής (N=78)**						
Αστικός	12	57,1%	30	52,6%	1,534	0,464
Ημιαστικός	3	14,3%	4	7%		
Αγροτικός	6	28,6%	23	40,4%		
Οικογενειακή κατάσταση (N=78)						
Έγγαμος	6	28,6%	8	14%	2,694	0,681
Άγαμος μόνος	10	47,6%	37	64,9%		
Άγαμος σε σχέση	1	4,8%	2	3,5%		
Διαζευγμένος	3	14,3%	8	14%		
Χήρος	1	4,8%	2	3,5%		
Συνθήκες διαμονής πριν την τέλεση του εγκλήματος (N=78)***						
Μόνος	2	9,5%	15	26,3%	6,961	0,069
Οικογένεια	9	42,9%	10	17,5%		
Πατρική οικογένεια	9	42,9%	31	54,4%		
Άλλο	1	4,8%	1	1,8%		
Στρατιωτική θητεία (N=69)**						
Εκπλήρωση	11	61,1%	28	54,9%	0,209	0,648
Απαλλαγή	7	38,9%	23	45,1%		
Λόγοι απαλλαγής από στρατιωτική θητεία (N=30)***						
Παθολογικοί λόγοι	2	28,6%	0	0%	7,226	**0,048**
Ψυχιατρικοί λόγοι	5	71,4%	22	95,7%		

Μετανάστευση	0	0%	1	4,3%		
Ηλικία έναρξης ψυχική νόσου (N=78)***						
Πριν τα 20	8	38,1%	25	43,9%	3,209	0,370
21-30	8	38,1%	17	29,8%		
31-40	2	9,5%	12	21,1%		
41 και άνω	3	14,3%	3	5,3%		
Διάγνωση κατά την έναρξη της νόσου (N=72)***						
Σχιζοφρένεια	5	31,3%	36	64,3%	18,876	**0,005**
Συναισθηματική διαταραχή	2	12,5%	2	3,6%		
Διαταραχή διαγωγής	1	6,3%	0	0%		
Ψύχωση	5	31,3%	7	12,5%		
Διαταραχή προσωπικότητας	0	0%	4	7,1%		
Νοητική υστέρηση	1	6,3%	0	0%		
Διαταραχή οφειλόμενη σε ουσίες	1	6,3%	7	12,5%		
Αγχώδης διαταραχή	1	6,3%	0	0%		
Διάγνωση κατά την τέλεση του εγκλήματος***(N=78)						
Σχιζοφρένεια	15	71,4%	42	73,7%	6,030	0,180
Συναισθηματική διαταραχή	2	9,5%	0	0%		
Ψύχωση	3	14,3%	11	19,3%		
Νοητική υστέρηση	0	0%	1	1,8%		
Διαταραχή οφειλόμενη σε ουσίες	1	4,8%	3	5,3%		
Αλλαγή κύριας διάγνωσης μετά την τέλεση του εγκλήματος	0	0%	7	13,5%	1,517	0,348
Νοσηλεία/ες μέχρι την τέλεση του εγκλήματος (N=78)**	4	19%	51	89,5%	36,607	**<0,001**
Ακούσια/ες νοσηλεία/ες μέχρι την τέλεση του εγκλήματος (N=55)	4	100%	44	86,3%	0,629	1,000
Πλήθος ακούσιων νοσηλειών (N=48)***						
1	2	50%	11	25%	10,137	**0,028**
2	2	50%	3	6,8%		
3-5	0	0%	12	27,3%		
6-9	0	0%	11	25%		
>10	0	0%	7	15,9%		
Εκούσια/ες νοσηλεία/ες μέχρι την τέλεση του εγκλήματος (N=55)	0	0%	21	41,2%	2,664	0,286
Πλήθος εκούσιων νοσηλειών (N=21)****						

1	0	0%	6	28,6%		
2	0	0%	4	19%		
3-5	0	0%	5	23,8%	-	-
6-9	0	0%	3	14,3%		
>10	0	0%	3	14,3%		

*Στις περιπτώσεις όπου $p<0.05$, ο χρόνος τέλεσης του αδικήματος σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος x^2 ανεξαρτησίας.
***Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε η μέθοδος Monte Carlo.
****Σε αυτή την περίπτωση δεν εφαρμόστηκε έλεγχος ανεξαρτησίας αφού όλες οι εκούσιες νοσηλείες πραγματοποιήθηκαν κατά την πορεία της νόσου.

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκαν οι έλεγχοι ανεξαρτησίας που αφορούν την ενδεχόμενη στατιστικά σημαντική επίδραση του χρόνου τέλεσης του εγκλήματος στη χρήση ουσιών και την ύπαρξη συγκεκριμένης ψυχιατρικής φαρμακευτικής αγωγής κατά την τέλεση του εγκλήματος (Πίνακας Γ2.2). Όπως προέκυψε, ο χρόνος τέλεσης του εγκλήματος δε σχετίζεται σημαντικά με το ιστορικό κατάχρησης ή εξάρτησης από ουσίες, τη χρήση πέριξ του εγκλήματος και τη συσχέτιση του εγκλήματος με ψυχοτρόπες ουσίες.

Επιπλέον, ο χρόνος διάπραξης του εγκλήματος δε φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τη χρήση συγκεκριμένων φαρμακευτικών ουσιών (αντιεπιληπτικά, αντιπαρκινσονικά, σταθεροποιητές του συναισθήματος). Αντίθετα, οι δύο ομάδες ασθενών διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς τα αγχολυτικά που λάμβαναν έως την τέλεση του εγκλήματος ($x^2(1)=5.268$, $p=0.024$) και τη χρήση αντικαταθλιπτικών μετά την τέλεση του εγκλήματος ($x^2(1)=6.256$, $p=0.012$). Συγκεκριμένα, στην πρώτη περίπτωση το 36,5% των ατόμων που διέπραξαν το έγκλημα κατά την πορεία της νόσου φαίνεται ότι λάμβανε αγχολυτικά μέχρι την τέλεση του εγκλήματος, ενώ κανείς από την πρώτη ομάδα δεν απάντησε θετικά στη χρήση τέτοιων φαρμάκων. Επιπλέον, το 47,6% των ασθενών του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου δήλωσε ότι λάμβανε αντικαταθλιπτικά μετά την τέλεση του εγκλήματος, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό θετικής απάντησης στη δεύτερη κατηγορία είναι μόλις 19,3%.

Ακόμη, η συμμόρφωση με την ψυχιατρική αγωγή κατά την τέλεση του εγκλήματος είναι ανεξάρτητη από τον χρόνο τέλεσής του. Ωστόσο, φαίνεται να υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ύπαρξη ψυχιατρικής φαρμακευτικής αγωγής κατά την τέλεση του εγκλήματος και τον χρόνο τέλεσής του, όπως αναμενόταν. Συγκεκριμένα, απ' όσους διέπραξαν το αδίκημα στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο μόλις το 47,6% απάντησε ότι βρισκόταν σε φαρμακευτική αγωγή κατά την τέλεση του εγκλήματος, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό όσων διέπραξαν το έγκλημα κατά την πορεία της νόσου είναι 91,2%.

Πίνακας Γ2.2. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και την λήψη αγωγής κατά την τέλεση του εγκλήματος (με κριτήριο τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος)

	Στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο (N=21)		**Κατά την πορεία της νόσου (N=57)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p***
Ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες (N=78)**	12	57,1%	32	56,1%	0,006	0,937
Χρήση πέριξ της τέλεσης του εγκλήματος (N=78)**	7	33,3%	21	36,8%	0,082	0,774
Τέλεση εγκληματικής πράξης σχετιζόμενης με ψυχοτρόπες ουσίες (N=78)**	5	23,8%	15	26,3%	0,051	0,822
Σε ψυχιατρική/φαρμακευτική αγωγή κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	10	47,6%	52	91,2%	17,889	**<0,001**
Αντιψυχωτικά έως την τέλεση του εγκλήματος (N=62)	10	100%	51	98,1%	0,195	1,000
Αντικαταθλιπτικά έως την τέλεση του εγκλήματος (N=62)	0	0%	8	15,4%	1,766	0,223
Σταθεροποιητές του συναισθήματος έως την τέλεση του εγκλήματος (N=62)	0	0%	5	9,6%	1,046	0,582
Μείζονα / ελάσσονα αγχολυτικά έως την τέλεση του εγκλήματος (N=62)	0	0%	19	36,5%	5,268	**0,024**
Αντιεπιληπτικά έως την τέλεση του εγκλήματος (N=62)	0	0%	1	1,9%	0,195	1,000
Αντιψυχωτικά μετά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)****	21	100%	57	100%	-	-
Αντικαταθλιπτικά μετά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)**	10	47,6%	11	19,3%	6,256	**0,012**
Σταθεροποιητές του συναισθήματος μετά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	3	14,3%	13	22,8%	0,683	0,536
Μείζονα / ελάσσονα αγχολυτικά μετά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	6	28,6%	28	49,1%	2,636	0,104
Αντιπαρκινσονικά μετά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	0	0%	2	3,5%	0,756	1,000
Συμμόρφωση με ψυχιατρική/φαρμακευτική αγωγή κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=62)	0	0%	7	13,5%	1,517	0,586
Χρήση αλκοόλ (N=78)	21	1005	50	87,7%	2,833	0,180
Χρήση αλκοόλ πάνω από το κρίσιμο όριο (N=72)**	13	61,9%	34	66,7%	0,149	0,700
Κατάχρηση αλκοόλ (N=78)	12	57,1%	31	54,4%	0,047	0,828
Συχνότητα χρήσης αλκοόλ (N=43)**						
Περιστασιακά	8	66,7%	12	38,7%	2,718	0,099

Τακτικά	4	33,3%	19	61,3%		
Χρήση αλκοόλ τις τελευταίες 30 μέρες (N=45)	7	58,3%	23	69,7%	0,511	0,722
Χρήση κάνναβης (N=78)**	10	47,6%	23	40,4%	0,332	0,564
Συχνότητα χρήσης κάνναβης (N=33)						
Περιστασιακά	2	20%	8	34,8%	0,721	0,682
Τακτικά	8	80%	15	65,2%		
Χρήση κάνναβης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=32)	8	80%	14	60,9%	2,364	0,210
Χρήση ηρωίνης (N=78)	3	14,3%	10	17,5%	0,117	0,732
Συχνότητα χρήσης ηρωίνης (N=13)						
Περιστασιακά	1	33,3%	7	70%	1,311	0,510
Τακτικά	2	66,7%	3	30%		
Χρήση ηρωίνης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=15)	2	40%	7	70%	1,250	0,329
Χρήση μεθαδόνης (N=78)	0	0%	3	5,3%	1,149	0,559
Συχνότητα χρήσης μεθαδόνης (N=3)****						
Περιστασιακά	0	0%	2	66,7%	-	-
Τακτικά	0	0%	1	33,3%		
Χρήση μεθαδόνης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=30)****	0	0%	3	100%	-	-
Χρήση χαπιών (N=78)	2	9,5%	9	15,8%	0,497	0,717
Συχνότητα χρήσης χαπιών (N=10)						
Περιστασιακά	2	100%	5	62,5%	1,071	1,000
Τακτικά	0	0%	3	37,5%		
Χρήση χαπιών τις τελευταίες 30 ημέρες (N=11)	1	50%	6	66,7%	0,196	1,000
Χρήση κοκαΐνης (N=78)	3	14,3%	9	15,8%	0,027	1,000
Συχνότητα χρήσης κοκαΐνης (N=12)****						
Περιστασιακά	3	100%	9	100%	-	-
Τακτικά	0	0%	0	0%		
Χρήση κοκαΐνης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=12)	1	33,3%	2	22,2%	0,148	1,000
Χρήση αμφεταμινών (N=78)	1	4,8%	1	1,8%	0,556	1,000
Συχνότητα χρήσης αμφεταμινών (N=2)****						
Περιστασιακά	1	100%	1	100%	-	-
Τακτικά	0	0%	0	0%		
Συχνότητα χρήσης αμφεταμινών τις τελευταίες 30 ημέρες (N=2)****	0	0%	0	0%	-	-

Χρήση παραισθησιογόνων (N=78)	2	9,5%	1	1,8%	2,505	0,175
Χρήση παραισθησιογόνων τις τελευταίες 30 ημέρες (N=3)****	0	0%	0	0%	-	-
Χρήση εισπνεόμενων (N=78)	0	0%	3	5,3%	1,149	0,559
Συνολική βαθμολογία ερωτηματολογίου CAGE						
0	12	57,1%	28	49,1%		
10	1	4,8%	8	14%		
20	4	19%	9	15,8%	2,190	0,736
30	4	19%	10	17,5%		
40	0	0%	2	3,5%		

*Στις περιπτώσεις όπου p<0.05, ο χρόνος τέλεσης του αδικήματος σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος x^2 ανεξαρτησίας.
*** Σε αυτή την περίπτωση εφαρμόστηκε η μέθοδος Monte Carlo.
****Σε αυτή την περίπτωση δεν πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος καθώς όλοι οι συμμετέχοντες έδωσαν την ίδια απάντηση.

Ακολουθούν, οι έλεγχοι που αφορούν το οικογενειακό ιστορικό, το ιστορικό αυτοκαταστροφικής ή ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς, το ιστορικό θυματοποίησης και στρεσογόνων γεγονότων, καθώς και το ιστορικό οργανικής νόσου κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Όπως φαίνεται στον Πίνακα Γ2.3, οι δυο ομάδες ασθενών διαφέρουν σημαντικά τόσο ως προς την αυτοκτονικότητα μετά την τέλεση του εγκλήματος ($x^2(1)=15.772$, $p<0.001$), όσο και ως προς την ύπαρξη στρεσογόνων γεγονότων στη ζωή τους κατά τους τελευταίους 24 μήνες πριν το έγκλημα ($x^2(1)=9.288$, $p=0.002$). Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς του δείγματος που διέπραξαν έγκλημα κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο απάντησαν θετικά στην πρώτη περίπτωση (52,4%), ενώ μόλις 1 στους 10 απάντησε θετικά από όσους διέπραξαν το αδίκημα κατά την πορεία της νόσου (10,5%). Επίσης, το ποσοστό ατόμων με στρεσογόνα γεγονότα κατά τους 24 μήνες πριν το έγκλημα είναι σχεδόν διπλάσιο στην περίπτωση των ασθενών κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο σε σχέση με αυτούς που διέπραξαν το έγκλημα στη συνέχεια (81% έναντι 42,1%).

Πίνακας Γ2.3. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με το ιστορικό αυτο- ή έτερο-καταστροφικότητας, βίαιων ή στρεσογόνων περιστατικών στη ζωή τους και οργανικής νόσου (με κριτήριο τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος)

	Στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο (N=21)		**Κατά την πορεία της νόσου (N=57)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p***
Ιστορικό ψυχιατρικής νόσου σε συγγενείς Α΄ βαθμού (N=78)**	9	42,9%	24	42,1%	0,004	0,952
Ιστορικό κατάχρησης /εξάρτησης από	6	28,6%	20	35,1%	0,293	0,588

ουσίες σε συγγενείς Α΄ βαθμού (N=78)**						
Ιστορικό εγκληματικής / παραβατικής συμπεριφοράς σε συγγενείς Α΄ βαθμού	1	4,8%	4	7%	0,130	1,000
Ιστορικό αυτό ή ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς σε συγγενείς Α΄ βαθμού (N=78)	4	19%	5	8,8%	1,588	0,208
Απόπειρα αυτοκτονίας ή παρα-αυτοκτονική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος (N=78)**	5	23,8%	21	36,8%	1,173	0,279
Απόπειρα αυτοκτονίας ή παρα-αυτοκτονική συμπεριφορά μετά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	11	52,4%	6	10,5%	15,772	**<0,001**
Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος (N=78)**	13	61,9%	45	78,9%	2,338	0,126
Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά μετά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	4	19%	10	17,5%	0,024	1,000
Ιστορικό θυματοποίησης στο παρελθόν του ασθενή (N=78)**	7	33,3%	24	42,1%	0,493	0,604
Θύμα σωματικής/σεξουαλικής κακοποίησης (N=78)**	7	33,3%	22	38,6%	0,182	0,794
Θύμα σχολικού εκφοβισμού (N=78)	1	4,8%	10	17,5%	2,070	0,271
Διαταραχές διαγωγής / συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία (N=78)**	9	42,9%	21	36,8%	0,235	0,628
Στρεσογόνα γεγονότα ζωής τους τελευταίους 24 μήνες πριν από την εγκληματική πράξη (N=78)	17	81%	24	42,1%	9,288	**0,002**
Θάνατος συζύγου (N=41)	1	5,9%	0	0%	1,447	0,415
Διαζύγιο (N=41)	2	11,8%	2	8,3%	0,133	1,000
Συζυγικός αποχωρισμός (N=41)	0	0%	1	4,2%	0,726	1,000
Φυλάκιση (N=41)	0	0%	3	12,5%	2,293	0,254
Θάνατος στενού οικογενειακού μέλους (N=41)	7	41,2%	10	41,7%	0,001	1,000
Βαριά σωματική βλάβη ή νόσος (N=41)	1	5,9%	0	0%	1,447	0,415
Γάμος (N=41)	3	17,6%	1	4,2%	2,054	0,290
Απόλυση από την εργασία (N=41)	3	17,6%	7	29,2%	0,716	0,480
Συζυγικός συμβιβασμός (N=41)	0	0%	1	4,2%	0,726	1,000
Συνταξιοδότηση (N=41)***	0	0%	0	0%	-	-
Γέννηση παιδιού (N=41)	1	5,9%	0	0%	1,447	0,415
Διαζύγιο γονιών (N=41)	0	0%	1	4,2%	0,726	1,000
Δυσκολία στην εργασία (N=41)	1	5,9%	0	0%	1,447	0,415
Έλλειψη στέγης (N=41)	0	0%	1	4,2%	0,726	1,000

Οργανική νόσος έως/κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	3	14,3%	4	7%	0,992	0,379
Είδος νόσου (N=7)						
Χρόνια	3	100%	3	75%	0,875	1,000
Οξεία	0	0%	1	25%		

*Στις περιπτώσεις όπου p<0.05, ο χρόνος τέλεσης του αδικήματος σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.

**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος x^2 ανεξαρτησίας. Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την ακριβή δοκιμασία του Fisher.

***Σε αυτή την περίπτωση δεν εκτελέστηκε ο έλεγχος ανεξαρτησίας καθώς όλοι οι συμμετέχοντες απάντησαν αρνητικά.

Οι τελευταίοι έλεγχοι ανεξαρτησίας που εκπονήθηκαν με κριτήριο τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος αφορούν το είδος εγκλήματος που τέλεσαν οι ασθενείς, τη σχέση τους με το θύμα και το ιστορικό προηγούμενων καταδικών. Όπως δείχνει ο πίνακας Γ2.4, οι δύο ομάδες διαφέρουν σημαντικά ως προς την διάπραξη εγκλήματος κατά της ζωής ($x^2(1)=6.696$, $p=0.010$) και τη σχέση με το βασικό θύμα ($x^2(1)=5.123$, $p=0.024$). Συγκεκριμένα, οι δράστες του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου απάντησαν σχεδόν στο σύνολό τους ότι διέπραξαν έγκλημα κατά της ζωής (90,5%), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των δραστών κατά την πορεία της νόσου είναι 59,6%. Ακόμη, η τέλεση ανθρωποκτονιών φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με την κατηγορία εγκλήματος ($x^2(1)=4.237$, $p=0.040$). Συγκεκριμένα, περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου διέπραξαν ανθρωποκτονία (57,1%), ενώ το ποσοστό είναι πολύ μικρότερο γι' αυτούς που έδρασαν κατά την πορεία της νόσου (31,6%).

Επίσης, η πρώτη ομάδα επιλέγει σε σημαντικά μικρότερο ποσοστό θύμα εκτός της οικογένειας (9,5%) σε σχέση με όσους διαπράττουν αδίκημα κατά την πορεία της νόσου (36%). Επιπλέον, για τα άτομα που επέλεξαν θύμα από το οικογενειακό περιβάλλον παρουσιάζονται επίσης σημαντικές διαφορές ως προς τον βαθμό συγγένειας με το θύμα ($x^2(4)=10.615$, $p=0.024$). Συγκεκριμένα, οι μεγαλύτερες διαφορές εντοπίζονται ως προς την διάπραξη εγκλήματος κατά των τέκνων ή του πατέρα. Έτσι, από τους ασθενείς στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο προέκυψε ότι το 21,4% στράφηκε κατά του παιδιού του, ενώ κανείς δεν έβλαψε τον πατέρα του. Αντίθετα, ανάμεσα στους ασθενείς που διέπραξαν το αδίκημα κατά την πορεία της νόσου, δεν υπήρξε κανείς που να στράφηκε κατά του παιδιού του, ενώ το 31,8% έβλαψε τον πατέρα του.

Ακόμη, το ιστορικό προηγούμενων καταδικών σχετίζεται σημαντικά με τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος ($x^2(1)=3.915$, $p=0.048$). Συγκεκριμένα, το ποσοστό θετικών απαντήσεων μεταξύ αυτών που έδρασαν κατά την πορεία της νόσου είναι υπερτριπλάσιο έναντι των υπολοίπων (31,6% έναντι 9,5%). Τέλος, το μέσο διάπραξης, ο τόπος διάπραξης και οι δικαστικές αποφάσεις δεν σχετίζονται σημαντικά με τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος.

Πίνακας Γ2.4. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με το είδος βίας που έχουν επιδείξει οι ασθενείς, την ύπαρξη καταδικών και τη σχέση τους με το θύμα (με κριτήριο τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος)

	Στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο (N=21		**Κατά την πορεία της νόσου (N=57)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p***
Εγκληματική δράση (N=78)****						
Αυτοτελής	21	100%	57	100%	-	-
Ύπαρξη συνεργού	0	0%	0	0%		
Απόπειρα σωματικής βλάβης (N=78)	0	0%	1	1,8%	0,373	1,000
Ανθρωποκτονία (N=78)**	12	57,1%	18	31,6%	4,237	**0,040**
Φθορά ξένης περιουσίας (N=78)	0	0%	3	5,3%	1,149	0,559
Εμπρησμός (N=78)	4	19%	8	14%	0,296	0,724
Απόπειρα ανθρωποκτονίας (N=78)**	8	38,1%	14	24,6%	1,388	0,239
Σωματική βλάβη (N=78)	1	4,8%	10	17,5%	2,070	0,271
Διατάραξη οικογενειακής ειρήνης (N=78)	0	0%	1	1,8%	0,373	1,000
Απειλή (N=78)	0	0%	1	1,8%	0,373	1,000
Απόπειρα κλοπής (N=78)	0	0%	1	1,8%	0,373	1,000
Κλοπή (N=78)	0	0%	2	3,5%	0,756	0,601
Αντίσταση (N=78)	0	0%	2	3,5%	0,756	0,601
Επίθεση (N=78)	1	4,8%	1	1,8%	0,556	1,000
Εξύβριση κατά συρροή (N=78)	0	0%	1	1,8%	0,373	1,000
Πρόκληση κινδύνου με λιθοβολισμό (N=78)	0	0%	1	1,8%	0,373	1,000
Ανθρωποκτονία κατά συρροή (N=78)	2	9,5%	1	1,8%	2,505	0,175
Απόπειρα ανθρωποκτονίας κατά συρροή (N=78)	1	4,8%	3	5,3%	0,008	1,000
Υπεξαίρεση (N=78)	1	4,8%	0	0%	2,750	0,269
Απόπειρα αυτοκτονίας (N=78)	1	4,8%	1	1,8%	0,556	1,000
Απόπειρα ληστείας (N=78)	0	0%	4	7%	1,553	0,334
Απειλή σωματικής βλάβης (N=78)	0	0%	1	1,8%	0,373	1,000
Εξύβριση (N=78)	0	0%	1	1,8%	0,373	1,000
Διακοπή κύησης (N=78)	1	4,8%	0	0%	2,750	0,269
Εκβίαση (N=78)	0	0%	1	1,8%	0,373	1,000
Παράνομη οπλοχρησία – οπλοκατοχή (N=78)	0	0%	2	3,5%	0,756	0,601

Εκφοβισμός με όπλο (N=78)	0	0%	1	1,8%	0,373	1,000
Έγκλημα κατά της ζωής (N=78)**	19	90,5%	34	59,6%	6,696	**0,010**
Έγκλημα κατά της σωματικής ακεραιότητας (N=78)**	5	23,8%	15	26,3%	0,051	0,822
Έγκλημα κατά της ιδιοκτησίας (N=78)	2	9,5%	8	14%	0,279	0,721
Κοινώς επικίνδυνα εγκλήματα (N=78)	2	9,5%	9	15,8%	0,497	0,717
Κατηγορίες εγκλημάτων (N=78)***						
Ανθρωποκτονία	14	66,7%	19	33,3%		
Απόπειρα ανθρωποκτονίας	5	23,8%	15	26,3%		
Σωματική βλάβη	0	0%	10	17,5%		
Εκφοβισμός	0	0%	1	1,8%	10,064	0,169
Εμπρησμός	2	9,5%	7	12,3%		
Κλοπές	0	0%	1	1,8%		
Ληστεία	0	0%	2	3,5%		
Φθορά ξένης περιουσίας	0	0%	2	3,5%		
Αριθμός θυμάτων/παθόντων (N=71)						
1	14	66,7%	43	86%		
2	3	14,3%	4	8%	3,835	0,135
>2	4	19%	3	6%		
Σχέση θύτη – βασικού θύματος (N=71)**						
Εκτός οικογένειας	2	9,5%	18	36%	5,123	**0,024**
Εντός οικογένειας	19	90,5%	32	64%		
Συζυγική / Συγγενική σχέση θύτη – βασικού θύματος***						
Α/ Β Βαθμού	14	73,7%	22	68,8%		
Σύζυγοι	3	15,8%	4	12,5%	0,649	0,723
Άλλο	2	10,5%	6	18,8%		
Α/Β βαθμός συγγένειας θύτη – βασικού θύματος (N=36)***						
Τέκνο	3	21,4%	0	0%		
Μητέρα	7	50%	9	40,9%		
Γιαγιά	2	14,3%	5	22,7%	10,615	**0,024**
Πατέρας	0	0%	7	31,8%		
Αδερφή	2	14,3%	1	4,5%		
Σχέση θύτη – βασικού θύματος*** (N=71)						
Συγγενική	16	76,2%	28	56%	6,206	0,184

Συζυγική	3	14,3%	4	8%		
Φιλική	0	0%	4	8%		
Απλή γνωριμία	0	0%	2	9,5%		
Άγνωστος	2	9,5%	8	16%		
Μέσο διάπραξης του εγκλήματος (N=77)***						
Θλων	1	4,8%	2	3,6%		
Νύσσον	12	57,1%	24	42,9%		
Βρόγχος	1	4,8%	2	3,6%		
Όχημα	0	0%	2	3,6%	5,399	0,508
Υλικά καύσης	5	23,8%	8	14,3%		
Σώμα	1	4,8%	11	19,6%		
Όπλο	1	4,8%	7	12,5%		
Τόπος διάπραξης εγκλήματος που αφορά το βασικό θύμα***						
Ιδιωτικός χώρος θύματος	3	14,3%	19	38%		
Ιδιωτικός χώρος θύτη	3	14,3%	3	6%	6,446	0,092
Κοινός ιδιωτικός χώρος	13	61,9%	19	38%		
Δημόσιος χώρος	2	9,5%	9	18%		
Χρονική περίοδος εγκλήματος (N=78)***						
Πρωί	9	42,9%	12	21,1%		
Μεσημέρι	3	14,3%	14	24,6%		
Απόγευμα	4	19%	10	17,5%	4,882	0,316
Βράδυ	3	14,3%	8	14%		
Μεταμεσονύχτια	2	9,5%	13	22,8%		
Προηγούμενες καταδίκες (N=78)**	2	9,5%	18	31,6%	3,915	**0,048**
Κατηγορίες προηγούμενων καταδικών (N=20)**						
Μη βίαια αδικήματα	2	100%	7	38,9%		
Βίαια αδικήματα	0	0%	8	44,4%	2,716	0,624
Αδικήματα σχετιζόμενα με χρήση	0	0%	3	16,7%		
Δικαστική απόφαση**						
Συμβουλίου Πλημμελειοδικών (Βούλευμα)	14	66,7%	25	43,9%		
Δικαστήριο Πρώτου Βαθμού (Πλημμελειοδικείο, ΜΟΔ)	6	28,6%	26	45,6%	3,251	0,197
Εφετείο	1	4,8%	6	10,5%		

*Στις περιπτώσεις όπου $p<0.05$, ο χρόνος τέλεσης του αδικήματος σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.

[**]Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος x^2 ανεξαρτησίας.
[***]Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε η μέθοδος Monte Carlo.
[****]Σε αυτή την περίπτωση δεν πραγματοποιήθηκε έλεγχος ανεξαρτησίας καθώς όλοι οι ασθενείς απάντησαν ότι δεν είχαν συνεργό.

Τέλος, πραγματοποιήθηκαν οι έλεγχοι διαφοράς ώστε να διαπιστωθεί αν ο χρόνος τέλεσης του εγκλήματος διαφοροποιεί σημαντικά τις συνολικές βαθμολογίες στις κλίμακες που επιλέχθηκαν για την αξιολόγηση της επιθετικότητας, της λειτουργικότητας, της ψυχοπαθολογίας και της επικινδυνότητας των ασθενών. Επίσης, μελετάται αν διαφέρουν σημαντικά ορισμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά και στοιχεία σχετικά με το έγκλημα.

Από τον Πίνακα Γ2.5, φαίνεται ότι οι δύο ομάδες διαφέρουν σημαντικά ως προς την ηλικία διάπραξης του αδικήματος (U=380.000, p=0.014). Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που διέπραξαν το αδίκημα κατά την πορεία της νόσου ήταν μεγαλύτεροι σε ηλικία (Μ.Ο.33.19, Τ.Α.=11.95) από αυτούς που έδρασαν κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο (Μ.Ο.=41.02, Τ.Α.=12.05). Αντίθετα, δε φαίνεται να υπάρχουν σημαντικές διαφορές, ως προς την σημερινή ηλικία των συμμετεχόντων, την ηλικία έναρξης ψυχικής νόσου και τον αριθμό τέκνων (αγοριών και κοριτσιών).

Επιπλέον, οι δύο ομάδες διαφέρουν σημαντικά ως προς την ηλικία 1^{ης} χρήσης αλκοόλ (U=346.500, p=0.023) και τα χρόνια χρήσης αλκοόλ (t(68)=-2.382, p=0.020). Συγκεκριμένα, οι ασθενείς του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερη ηλικία πρώτης χρήσης αλκοόλ (Μ.Ο.=15.62, Τ.Α.=2.80) σε σχέση με αυτούς που διέπραξαν το έγκλημα κατά την πορεία της νόσου (Μ.Ο.=14.04, Τ.Α.=2.91). Επίσης, η δεύτερη ομάδα εμφανίζει σημαντικά περισσότερα χρόνια χρήσης αλκοόλ (Μ.Ο.=21.26, Τ.Α.=12.32) σε σχέση με όσους έδρασαν κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο (Μ.Ο.=13.40, Τ.Α.=12.87). Αντίθετα, οι δύο ομάδες δε διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς τη χρήση κάνναβης και ηρωίνης.

Από τον ίδιο πίνακα γίνεται εμφανές ότι, στην περίπτωση του ερωτηματολογίου επιθετικότητας (Aggression Questionnaire), οι δύο ομάδες ασθενών διαφέρουν μόνο ως προς την «Εχθρικότητα» (U=418.000, p=0.042). Συγκεκριμένα, όσοι διαπράττουν το αδίκημα κατά την πορεία της νόσου (Μ.Ο.=24.00, Τ.Α.=6.85) έχουν σημαντικά υψηλότερο σκορ στην «Εχθρικότητα» απ' αυτούς που εγκληματούν κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο (Μ.Ο.=19.95, Τ.Α.=7.49). Όσον αφορά το ερωτηματολόγιο HDHQ παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων μόνο στα λήμματα «Κριτική των άλλων» (U=405.000, p=0.028) και «Παραληρητική εχθρικότητα» (U=424.500, p=0.048). Και στις δύο περιπτώσεις, οι ασθενείς που διέπραξαν το έγκλημα κατά την πορεία της νόσου εμφανίζουν υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τους υπόλοιπους.

Από την άλλη μεριά, οι ερωτώμενοι των δύο ομάδων δεν εμφανίζουν καμία σημαντική διαφορά ως προς τα ερωτηματολόγιο ZKPQ και CAGE. Η ίδια εικόνα προκύπτει και στην περίπτωση της κλίμακας

GAF που μετρά την λειτουργικότητα, και υπολογίστηκε το συνολικό σκορ τόσο κατά την τέλεση του εγκλήματος όσο και κατά την πορεία της νόσου. Ωστόσο, στο ερωτηματολόγιο σωματικής και συναισθηματικής υγείας (SF-36) παρατηρείται σημαντική διαφορά των δύο ομάδων ως προς τη σωματική λειτουργικότητα (U=421.000, p=0.042) και τους περιορισμούς λόγω της σωματικής υγείας (U=437.000, p=0.035). Και στις δύο περιπτώσεις όσοι διέπραξαν το αδίκημα κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο εμφανίζουν καλύτερη εικόνα σε σχέση με τα μέλη της άλλης ομάδας.

Πίνακας Γ2.5. Αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς σε δημογραφικά χαρακτηριστικά, στοιχεία σχετικά με το έγκλημα και στις συνολικές βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις υποκλίμακες των ερωτηματολογίων (με κριτήριο τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος)

		Στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο (N=21)	**Κατά την πορεία της νόσου (N=57)**		
Ερωτηματολόγια	**Υποκλίμακες (N=78)**	**M.O.±T.A.**	**M.O.±T.A.**	**t/U**	**p***
Δημογραφικά χαρακτηριστικά	Ηλικία τέλεσης εγκλήματος	33,19±11,95	41,02±12,05	380,000	**0,014**
	Ηλικία σήμερα	49,24±12,41	51,14±12,86	-0,585	0,560
	Ηλικία έναρξης ψυχικής νόσου	27,52±12,79	24,88±8,56	575,000	0,791
	Αριθμός τέκνων (αγόρια)	0,52±0,87	0,23±0,57	492,000	0,088
	Αριθμός τέκνων (κορίτσια)	0,19±0,51	0,33±0,69	546,000	0,401
Στοιχεία σχετικά με τη χρήση	Αριθμός θυμάτων	1,57±0,93	1,24±0,72	421,000	0,059
	Ηλικία 1ης χρήσης αλκοόλ	15,62±2,80	14,04±2,91	346,500	**0,023**
	Χρόνια χρήσης αλκοόλ**	13,40±12,87	21,26±12,32	-2,382	**0,020**
	Ηλικία χρήσης αλκοόλ πάνω από το κρίσιμο όριο	18,38±4,68	16,69±4,11	163,500	0,133
	Χρόνια χρήσης αλκοόλ πάνω από το κρίσιμο όριο	7,33±12,44	7,75±6,71	140,500	0,177
	Ηλικία 1ης χρήσης κάνναβης	22,60±9,07	19,13±7,65	92,500	0,377
	Χρόνια χρήσης κάνναβης	9,90±8,62	10,00±9,87	112,000	0,906
	Ηλικία 1ης χρήσης ηρωίνης	21,67±9,07	20,10±3,45	13,000	0,811
	Χρόνια χρήσης ηρωίνης	2,67±1,53	8,10±10,46	12,000	0,601
Ερωτηματολόγιο επιθετικότητας (Aggression)	Σωματική επιθετικότητα (5-45)	16,76±7,06	19,93±9,28	487,500	0,210
	Λεκτική επιθετικότητα (5-25)	12,00±3,35	13,19±3,65	472,000	0,152

	Θυμός (7-35)	13,24±4,58	14,88±5,55	507,000	0,301
	Εχθρικότητα (8-40)	19,95±7,49	24,00±6,85	418,000	**0,042**
Ερωτηματολόγιο HDHQ	Εκδραματιζόμενη εχθρικότητα (0-12)	4,00±2,21	4,61±2,98	533,000	0,456
	Κριτική των άλλων (0-12)	5,29±2,45	6,88±2,91	405,000	**0,028**
	Παραληρητική εχθρικότητα (0-9)	3,67±2,46	4,95±2,51	424,500	**0,048**
	Αυτοκριτική (0-11)	4,24±2,30	4,98±2,59	514,500	0,341
	Παραληρητική ενοχή (0-7)	3,33±1,59	3,53±1,74	566,000	0,710
	Σύνολο εχθρικότητας (0-51)**	20,52±8,12	24,89±9,20	-1,918	0,059
	Εξωστρεφόμενη εχθρικότητα (0-33)**	12,95±5,90	16,42±7,35	-1,941	0,056
	Εσωστρεφόμενη εχθρικότητα (0-29)**	12,29±6,57	13,74±6,41	-0,881	0,381
	Κατεύθυνση εχθρικότητας	-1,14±5,49	-3,00±8,00	533,500	0,463
Ερωτηματολόγιο ZKPQ	Παρορμητική αναζήτηση αίσθησης (0-100)	39,35±23,22	42,56±24,77	-0,517	0,607
	Παρορμητικότητα (0-100)	39,88±29,21	44,74±27,24	525,000	0,403
	Αναζήτηση αίσθησης (0-100)	38,96±29,34	40,98±27,71	572,500	0,768
	Νευρωτισμός-Άγχος (0-100)	35,09±20,27	44,88±23,33	1,700	0,093
	Επιθετικότητα – Εχθρικότητα (0-100)	36,41±27,32	38,60±22,67	521,500	0,383
	Ενεργητικότητα (0-100)	42,02±24,49	41,59±25,37	593,500	0,955
	Κοινωνικότητα (0-100)	46,22±21,64	42,21±22,60	525,500	0,408
	Ιδιότητες ανίχνευσης ψεύδους (0-100)	37,62±28,799	35,79±20,78	583,000	0,860
Ερωτηματολόγιο CAGE	Σύνολο (0-4)	1,000±1,265	1,123±1,297	562,000	0,656
Κλίμακα GAF	Σύνολο κατά το αδίκημα (0-90)	43,33±10,65	41,58±10,66	542,000	0,508
	Σύνολο κατά την έρευνα (0-90)	50,48±17,74	47,89±14,24	534,500	0,461

Ερωτηματολόγιο κοινωνικής λειτουργικότητας (SF-36)	Σωματική λειτουργικότητα (0-100)	88,10±23,48	81,67±22,33	421,000	**0,042**
	Περιορισμοί λόγω σωματικής υγείας (0-100)	91,67±22,82	75,44±34,55	437,000	**0,035**
	Περιορισμοί λόγω συναισθηματικής υγείας (0-100)	74,61±37,87	71,34±35,88	561,000	0,639
	Ενέργεια/κόπωση (0-100)**	65,71±22,76	56,32±24,92	1,511	0,135
	Συναισθηματική κατάσταση (0-100)	72,38±20,55	64,70±21,91	483,000	0,192
	Κοινωνική λειτουργικότητα (0-100)	82,14±29,99	76,97±29,30	527,500	0,383
	Πόνος (0-100)	80,71±27,14	80,00±23,43	543,000	0,512
	Γενική υγεία (0-100)	72,14±23,85	69,04±20,23	518,000	0,362
	Αλλαγή υγείας (0-100)	69,05±26,11	57,02±28,64	460,500	0,106

*Στις περιπτώσεις όπου $p<0.05$, τα άτομα διαφοροποιούνται σημαντικά ανάλογα με τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος.

**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος t για 2 ανεξάρτητα δείγματα (Independent Samples t-test). Σε όλα τα άλλα σκορ εφαρμόστηκε η μη παραμετρική δοκιμασία Mann-Whitney.

Στη συνέχεια, μελετώνται τα αποτελέσματα των ελέγχων διαφορών στην κλίμακα θετικού και αρνητικού συνδρόμου (PANSS). Όπως φαίνεται στον Πίνακα Γ2.6, υπάρχει σημαντική διαφορά στην θετική κλίμακα, όπως αυτή υπολογίστηκε κατά την πορεία της νόσου (U=411.500, p=0.035). Ωστόσο, εκτός από τις συνολικές βαθμολογίες του ερωτηματολογίου PANSS, εφαρμόστηκαν έλεγχοι διαφορών και σε κάθε λήμμα ξεχωριστά που παρουσιάζονται ακολούθως.

Αρχικά, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αφορούν τα λήμματα της θετικής κλίμακας κατά την τέλεση του εγκλήματος. Όπως φαίνεται, οι δύο ομάδες διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς τις παραληρητικές ιδέες (U=382.000, p=0.004), τη διέγερση (U=419.500, p=0.038), την καχυποψία / ιδέες δίωξης (U=398.000, p=0.015) και την εχθρότητα (U=437.000, p=0.040). Σε κάθε περίπτωση οι ασθενείς που διέπραξαν το αδίκημα κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο εμφανίζουν σημαντικά σοβαρότερη ψυχοπαθολογία έναντι αυτών που έδρασαν κατά την πορεία της νόσου. Επίσης, κατά την εκτίμηση τους στον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας, οι ασθενείς διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς την εννοιολογική αποδιοργάνωση (U=317.000, p=0.001) και το σύνολο της θετικής κλίμακας (U=411.500, p=0.035). Μάλιστα, σε αυτές τις περιπτώσεις η χειρότερη εικόνα αφορά τους ασθενείς που διέπραξαν το αδίκημα κατά την πορεία της νόσου.

Στη συνέχεια μελετήθηκαν τα λήμματα και το σύνολο που σημειώθηκε στην αρνητική κλίμακα. Όπως προκύπτει, οι δύο ομάδες ασθενών εμφανίζουν την ίδια περίπου εικόνα σε κάθε περίπτωση αυτής της κλίμακας, τόσο κατά την τέλεση του εγκλήματος, όσο και κατά τη διεξαγωγή της έρευνας. Το ίδιο ισχύει και για το συνολικό σκορ που σημειώνεται από τις δύο ομάδες.

Παρατηρείται επίσης σημαντική διαφορά των ατόμων στην κλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας, τόσο κατά την τέλεση του εγκλήματος (t(76)=1.976, p=0.052), όσο και κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας (t(76)=-2.181, p=0.032). Κατά την τέλεση του εγκλήματος φαίνεται ότι οι δύο ομάδες ασθενών παρουσίαζαν σημαντική διαφορά ως προς τη σωματική ενασχόληση (U=390.000, p=0.014), το άγχος (U=355.000, p=0.005), τα αισθήματα ενοχής (U=420.500, p=0.038), την ψυχική τάση (U=415.000, p=0.034) και τους ιδιοτροπισμούς/λήψη παράξενων στάσεων (U=435.500, p=0.049). Επίσης, παρατηρείται σημαντική διαφορά ως προς την έλλειψη κρίσης και εναισθησίας (U=381.000, p=0.012), τη διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων (U=377.000, p=0.009), την ενασχόληση (U=316.500, p=0.001) και τη συνολική βαθμολογία σε αυτή την κλίμακα (t(76)=1.976, p=0.052). Η εμφάνιση αφύσικων κινήσεων ή στάσεων που χαρακτηρίζονται από αλλόκοτη εμφάνιση (ιδιοτροπισμοί και λήψη παράξενων στάσεων) είναι το μοναδικό χαρακτηριστικό όπου εντοπίζεται χειρότερη κατάσταση στους ασθενείς που διέπραξαν το έγκλημα κατά την πορεία της νόσου (Μ.Ο.=2.00, Τ.Α.=1.04) απ’ ότι στους ασθενείς που διέπραξαν αδίκημα κατά το πρώτο ψυχωτικό

επεισόδιο (Μ.Ο.=1.57, Τ.Α.=0.93). Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις οι ασθενείς του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου εμφανίζουν σημαντικά βαρύτερη ψυχοπαθολογία, εύρημα το οποίο εντοπίζεται και στη συνολική βαθμολογία σε αυτή την κλίμακα.

Ακολουθούν τα αποτελέσματα της κλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας κατά τη διεξαγωγή της έρευνας. Σε αυτή την περίπτωση ο χρόνος τέλεσης του εγκλήματος φαίνεται να διαφοροποιεί τις δύο ομάδες ασθενών ως προς τη σωματική ενασχόληση (U=403.000, p=0.021), την ψυχική τάση (U=439.500, p=0.048), τους ιδιοτροπισμούς/λήψη παράξενων στάσεων (U=430.500, p=0.043) και τη διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων (U=418.500, p=0.030).Είναι αξιοσημείωτο ότι σε κάθε περίπτωση η χειρότερη εικόνα εμφανίζεται στους ασθενείς που διέπραξαν το έγκλημα κατά την πορεία της νόσου. Το ίδιο φαίνεται να ισχύει και στο σύνολο που παρουσιάζουν οι δύο ομάδες ασθενών στην κλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας κατά τη διεξαγωγή της έρευνας (t(76)=-2.181, p=0.032), όπου αυτοί που έδρασαν κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο εμφανίζουν καλύτερη εικόνα (Μ.Ο.=37.71, Τ.Α.=8.98) έναντι των υπολοίπων (Μ.Ο.=43.30, Τ.Α.=10.38).

Τέλος, οι συμμετέχοντες δεν παρουσιάζουν σημαντική διαφορά στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας PANSS, ούτε κατά την τέλεση του αδικήματος, ούτε κατά την πορεία της νόσου.

Πίνακας Γ2.6. Αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς στα λήμματα και τις συνολικές βαθμολογίες των συμμετεχόντων στο κλίμακα PANSS (με κριτήριο το χρόνο τέλεσης του εγκλήματος)

		Στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο (N=21)	**Κατά την πορεία της νόσου (N=57)**		
Χρονική περίοδος	**Λήμματα/Σύνολα**	**Μ.Ο.±Τ.Α.**	**Μ.Ο.±Τ.Α.**	**t/U**	**p***
Κατά την τέλεση του εγκλήματος	Παραληρητικές ιδέες	6,90±0,30	6,14±1,26	382,000	**0,004**
	Εννοιολογική Αποδιοργάνωση	2,81±1,37	3,28±1,40	467,500	0,131
	Ψευδαισθητική συμπεριφορά	3,81±2,87	3,19±1,99	538,000	0,485
	Διέγερση	3,71±1,52	2,89±1,19	419,500	**0,038**
	Ιδέες Μεγαλείου	2,71±1,93	3,05±2,01	549,500	0,571
	Καχυποψία / Ιδέες Δίωξης	6,62±0,59	5,89±1,29	398,000	**0,015**
	Εχθρότητα	6,57±1,12	5,84±1,61	437,000	**0,040**
	Σύνολο θετικής κλίμακας (7-49)	33,14±6,05	30,30±6,05	1,841	0,070
Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας	Παραληρητικές ιδέες	2,95±1,63	3,54±1,85	491,500	0,222
	Εννοιολογική Αποδιοργάνωση	1,81±0,81	2,91±1,41	317,000	**0,001**
	Ψευδαισθητική συμπεριφορά	1,90±1,45	2,28±1,29	471,500	0,131
	Διέγερση	2,14±0,79	2,18±0,93	590,500	0,924
	Ιδέες Μεγαλείου	1,76±0,83	2,44±1,63	475,000	0,145
	Καχυποψία / Ιδέες Δίωξης	2,86±1,35	3,49±1,50	449,500	0,087
	Εχθρότητα	2,05±1,07	2,56±1,56	492,000	0,210
	Σύνολο θετικής κλίμακας (7-49)	15,48±5,27	19,40±7,54	411,500	**0,035**

Κατά την τέλεση του εγκλήματος	Αμβλύ Συναίσθημα	3,00±1,18	3,37±1,47	523,500	0,387
	Συναισθηματική Απόσυρση	3,05±1,07	3,49±1,35	493,000	0,223
	Πτωχή (Συναισθηματική) Σχέση	3,14±1,20	3,37±1,08	553,000	0,592
	Παθητική / Απαθής Κοινωνική Απόσυρση	3,38±1,43	3,54±1,39	579,500	0,826
	Δυσκολία στην Αφηρημένη Σκέψη	4,48±1,60	4,28±1,31	547,000	0,553
	Έλλειψη Αυθορμητισμού και Ροής στη Συνομιλία	3,90±1,14	3,37±1,42	467,000	0,128
	Στερεότυπη Σκέψη	3,00±1,00	3,49±1,17	455,000	0,090
	Σύνολο αρνητικής κλίμακας (7-49)	23,95±6,61	24,91±6,93	588,000	0,906
Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας	Αμβλύ Συναίσθημα	3,14±1,28	3,35±1,52	557,500	0,636
	Συναισθηματική Απόσυρση	3,10±1,18	3,58±1,45	485,500	0,193
	Πτωχή (Συναισθηματική) Σχέση	3,19±1,29	3,37±1,16	555,500	0,616
	Παθητική / Απαθής Κοινωνική Απόσυρση	3,52±1,60	3,61±1,54	589,000	0,913
	Δυσκολία στην Αφηρημένη Σκέψη	4,57±1,69	4,33±1,52	546,500	0,551
	Έλλειψη Αυθορμητισμού και Ροής στη Συνομιλία	3,86±1,11	3,40±1,47	491,500	0,216
	Στερεότυπη Σκέψη	3,14±1,20	3,49±1,33	501,500	0,256
	Σύνολο αρνητικής κλίμακας (7-49)	24,52±7,70	25,14±7,98	-0,306	0,761
Κατά την τέλεση του εγκλήματος	Σωματική ενασχόληση	1,67±0,97	2,56±1,56	390,000	**0,014**
	Άγχος	5,05±1,83	3,95±1,34	355,000	**0,005**
	Αισθήματα Ενοχής	3,10±1,22	2,51±1,21	420,500	**0,038**
	Ψυχική Τάση	4,10±1,64	3,32±1,15	415,000	**0,034**
	Ιδιοτροπισμοί και Λήψη Παράξενων Στάσεων	1,57±0,93	2,00±1,04	435,500	**0,049**
	Κατάθλιψη	3,71±1,23	3,33±1,16	480,000	0,160

	Κινητική Επιβράδυνση	2,29±1,15	2,42±1,18	552,000	0,588
	Έλλειψη Συνεργασίας	5,05±1,77	4,42±1,57	443,500	0,075
	Ασύνηθες Περιεχόμενο Σκέψης	3,38±2,18	2,95±1,96	536,000	0,472
	Διαταραχή Προσανατολισμού	1,19±0,68	1,49±1,05	500,000	0,124
	Διαταραχή Προσοχής	2,43±1,36	2,14±1,14	533,500	0,445
	Έλλειψη Κρίσης και Εναισθησίας	5,81±1,37	4,93±1,44	381,000	**0,012**
	Διαταραχή της Βούλησης	2,29±0,90	2,68±1,33	512,500	0,312
	Διαταραχή Ελέγχου των Παρορμήσεων	6,43±0,87	5,56±1,43	377,000	**0,009**
	Ενασχόληση	6,05±1,40	4,51±1,73	316,500	**0,001**
	Ενεργητική Κοινωνική Αποφυγή	3,52±1,60	3,77±1,43	536,500	0,476
	Σύνολο κλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας (16-112)	57,62±9,07	52,47±10,58	1,976	**0,052**
Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας	Σωματική ενασχόληση	1,67±0,97	2,37±1,29	403,000	**0,021**
	Άγχος	2,71±0,96	3,00±0,98	493,500	0,211
	Αισθήματα Ενοχής	3,19±1,12	2,68±1,15	448,000	0,081
	Ψυχική Τάση	2,05±0,59	2,49±0,91	439,500	**0,048**
	Ιδιοτροπισμοί και Λήψη Παράξενων Στάσεων	1,57±0,93	2,02±0,99	430,500	**0,043**
	Κατάθλιψη	3,29±1,27	3,11±0,98	557,500	0,624
	Κινητική Επιβράδυνση	2,76±1,09	2,63±1,23	562,000	0,672
	Έλλειψη Συνεργασίας	2,00±0,71	2,56±1,25	465,000	0,115
	Ασύνηθες Περιεχόμενο Σκέψης	2,10±1,22	2,79±1,79	477,000	0,158
	Διαταραχή Προσανατολισμού	1,19±0,68	1,37±0,75	521,500	0,207
	Διαταραχή Προσοχής	1,71±0,78	2,11±1,29	513,000	0,307

	Έλλειψη Κρίσης και Εναισθησίας	3,29±1,23	3,96±1,30	438,000	0,061
	Διαταραχή της Βούλησης	2,33±0,80	2,86±1,42	485,000	0,185
	Διαταραχή Ελέγχου των Παρορμήσεων	2,19±0,60	2,93±1,40	418,500	**0,030**
	Ενασχόληση	2,71±1,01	2,93±1,07	555,500	0,613
	Ενεργητική Κοινωνική Αποφυγή	2,95±1,36	3,49±1,48	473,500	0,151
	Σύνολο κλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας (16-112)	37,71±8,98	43,30±10,38	-2,181	**0,032**
Κατά την τέλεση του εγκλήματος	*Σύνολο ερωτηματολογίου (30-210)*	114,71±16,63	107,84±20,25	1,390	0,168
Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας	*Σύνολο ερωτηματολογίου (33-210)*	78,71±18,97	88,14±22,84	-1,687	0,096

*Στις περιπτώσεις όπου $p<0.05$, τα άτομα διαφοροποιούνται σημαντικά ανάλογα με τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος t για 2 ανεξάρτητα δείγματα (Independent Samples t-test). Σε όλα τα άλλα σκορ εφαρμόστηκε η μη παραμετρική δοκιμασία Mann-Whitney.

Ο τελευταίος πίνακας αυτής της ενότητας (Πίνακας Γ2.7), παρουσιάζει τα αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς μεταξύ των δύο κατηγοριών στα λήμματα και τις συνολικές βαθμολογίες της κλίμακας εκτίμησης επικινδυνότητας για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς HCR-20. Υπάρχουν λήμματα που αφορούν την περίοδο πριν το έγκλημα, και τα ίδια μετρήθηκαν για την περίοδο της ψυχιατρικής παρακολούθησης του ασθενή, δηλαδή κατά τη νοσηλεία στο ΨΝΘ και κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας. Τα υπόλοιπα λήμματα στα οποία δεν γίνεται σαφής αναφορά της χρονικής περιόδου στην οποία αναφέρονται, θεωρείται ότι είναι ίδια τόσο πριν το αδίκημα, όσο και κατά την πορεία της νόσου. Συνεπώς, εμπεριέχονται στα αντίστοιχα σύνολα τόσο πριν την τέλεση του εγκλήματος, όσο και κατά την πορεία της νόσου.

Όσο αφορά την κλίμακα ιστορικού, οι συμμετέχοντες των δύο ομάδων φαίνεται να παρουσιάζουν σημαντική διαφορά ως προς το ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς ($U=409.500$, $p=0.011$) και την προηγούμενη αποτυχημένη προσπάθεια επίβλεψης ($U=180.000$, $p<0.001$). Συγκεκριμένα, στο πρώτο χαρακτηριστικό εντοπίζεται μεγαλύτερη επικινδυνότητα στους ασθενείς του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου (Μ.Ο.=1.86, Τ.Α.=0.36) έναντι των υπολοίπων (Μ.Ο.=1.53, Τ.Α.=0.54). Αντίθετα, η πιο σοβαρή αποτυχία στην επιτήρηση εντοπίζεται στους ασθενείς του δείγματος που έδρασαν κατά την πορεία της νόσου (Μ.Ο.=1.68, Τ.Α.=0.57), παρά σε αυτούς που διέπραξαν το αδίκημα κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο (Μ.Ο.=0.57, Τ.Α.=0.75). Τέλος, από τη συνολική βαθμολογία που σημειώνεται στην κλίμακα ιστορικού φαίνεται ότι υπάρχει σημαντική διαφορά των δύο ομάδων αυτής της ενότητας, τόσο κατά την τέλεση του εγκλήματος ($U=338.500$, $p=0.003$), όσο και κατά τη διεξαγωγή της έρευνας ($U=370.500$, $p=0.010$). Συγκεκριμένα, και στις δύο φάσεις η χειρότερη εικόνα εντοπίζεται σε αυτούς που έδρασαν κατά την πορεία της νόσου.

Στη συνέχεια μελετήθηκαν τα χαρακτηριστικά της κλινικής κλίμακας. Η έλλειψη εναισθησίας πριν το αδίκημα ($U=427.500$, $p=0.011$) και κατά τη διεξαγωγή της έρευνας ($U=423.000$, $p=0.031$), η αρνητική συμπεριφορά ($U=436.500$, $p=0.050$), η ενεργή συμπτωματολογία κατά τη διεξαγωγή της έρευνας ($U=439.500$, $p=0.052$) και η παρορμητικότητα κατά τη διεξαγωγή της έρευνας ($U=347.500$, $p=0.002$) είναι χαρακτηριστικά ως προς τα οποία παρουσιάζουν σημαντική διαφορά οι ασθενείς ανάλογα με τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος. Η έλλειψη εναισθησίας πριν τη διάπραξη του εγκλήματος είναι το μοναδικό χαρακτηριστικό όπου εντοπίζεται χειρότερη εικόνα στους ασθενείς του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου (Μ.Ο.=1.95, Τ.Α.=0.22) έναντι των υπολοίπων (Μ.Ο.=1.67, Τ.Α.=0.48). Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις, όσοι έδρασαν κατά την πορεία της νόσου εμφανίζουν χειρότερη εικόνα σε σχέση με τους ασθενείς του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου. Τέλος, αυτό είναι εμφανές και από τη συνολική βαθμολογία στην κλινική κλίμακα κατά τη διεξαγωγή της έρευνας ($U=334.500$, $p=0.003$).

Ακολούθως, μελετώνται τα λήμματα που αναφέρονται στη διαχείριση κινδύνου. Εδώ προέκυψε σημαντική διαφορά των δύο ομάδων ασθενών ως προς την απουσία ρεαλιστικού προγραμματισμού (U=415.000, p=0.023), τη μη συμμόρφωση με τη θεραπεία (U=396.500, p=0.015) και το άγχος (U=442.500, p=0.035). Σε κάθε περίπτωση όσοι έδρασαν στην πορεία της νόσου εμφανίζουν την πιο αρνητική εικόνα. Αυτό εντοπίζεται και στο σύνολο της κλίμακας διαχείρισης κινδύνου (U=378.500, p=0.012), που αφορά μελλοντική πρόβλεψη και άρα δεν εκτιμήθηκε πριν και μετά το αδίκημα.

Τέλος, από τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου στις δύο φάσεις είναι εμφανές ότι ο χρόνος τέλεσης του εγκλήματος διαφοροποιεί σημαντικά την επικινδυνότητα των ασθενών για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς, τόσο κατά την τέλεση του εγκλήματος (U=339.500, p=0.003), όσο και κατά τη διεξαγωγή της έρευνας (t(76)=-3.402, p=0.001). Και στις δύο φάσεις, όσοι έδρασαν κατά την πορεία της νόσου εμφανίζουν μεγαλύτερη επικινδυνότητα, όπως αυτή εκτιμάται με το συγκεκριμένο εργαλείο.

Πίνακας Γ2.7. Αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς στα λήμματα και τις συνολικές βαθμολογίες των συμμετεχόντων στο κλίμακα HCR-20 (με κριτήριο το χρόνο τέλεσης του εγκλήματος)

	Στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο (N=21)	**Κατά την πορεία της νόσου (N=57)**		
Λήμματα/Σύνολα	**Μ.Ο.±Τ.Α.**	**Μ.Ο.±Τ.Α.**	**t/U**	**p***
Προηγούμενη βίαιη συμπεριφορά κατά το αδίκημα	0,67±0,58	0,82±0,43	502,500	0,161
Προηγούμενη βίαιη συμπεριφορά κατά τη διεξαγωγή της έρευνας	1,86±0,36	1,53±0,54	409,500	**0,011**
Νεαρή ηλικία στο πρώτο βίαιο συμβάν	1,10±0,54	0,82±0,63	463,500	0,079
Ασταθείς σχέσεις	1,33±0,86	1,70±0,63	460,500	0,046
Εργασιακά προβλήματα κατά το αδίκημα	1,10±0,83	1,32±0,85	506,500	0,257
Εργασιακά προβλήματα κατά τη διεξαγωγή της έρευνας	1,48±0,81	1,74±0,61	501,500	0,129
Χρήση	0,67±0,86	0,79±0,86	551,000	0,558
Μείζων ψυχική διαταραχή	1,90±0,30	1,86±0,35	571,500	0,599
Πρώιμες δυσκολίες προσαρμογής	1,10±0,54	1,25±0,64	516,500	0,291
Διαταραχή προσωπικότητας	1,52±0,51	1,70±0,50	486,500	0,123
Προηγούμενη αποτυχημένη προσπάθεια επίβλεψης	0,57±0,75	1,68±0,57	180,000	**<0,001**
Σύνολο κλίμακας ιστορικού κατά το αδίκημα	9,95±2,56	11,95±2,70	338,500	**0,003**
Σύνολο κλίμακας ιστορικού κατά τη διεξαγωγή της έρευνας	11,52±2,34	13,07±2,40	370,500	**0,010**
Έλλειψη εναισθησίας κατά το αδίκημα	1,95±0,22	1,67±0,48	427,500	**0,011**
Έλλειψη εναισθησίας κατά τη διεξαγωγή της έρευνας	0,67±0,66	1,05±0,69	423,000	**0,031**

Αρνητική συμπεριφορά	0,71±0,72	1,09±0,74	436,500	**0,050**
Ενεργή συμπτωματολογία κατά το αδίκημα	1,95±0,22	1,88±0,38	563,500	0,426
Ενεργή συμπτωματολογία κατά τη διεξαγωγή της έρευνας	0,71±0,72	1,07±0,70	439,500	**0,052**
Παρορμητικότητα κατά το αδίκημα	1,95±0,22	1,79±0,45	511,000	0,115
Παρορμητικότητα κατά τη διεξαγωγή της έρευνας	0,48±0,60	1,04±0,71	347,500	**0,002**
Μη ανταπόκριση στη θεραπεία	0,81±0,75	1,18±0,78	445,500	0,067
Σύνολο κλινικής κλίμακας κατά το αδίκημα	7,38±1,32	7,60±1,73	517,000	0,349
Σύνολο κλινικής κλίμακας κατά τη διεξαγωγή της έρευνας	3,38±2,09	5,42±2,79	334,500	**0,003**
Απουσία ρεαλιστικού προγραμματισμού	1,05±0,74	1,46±0,73	415,000	**0,023**
Έκθεση σε αποσταθεροποίηση	1,48±0,51	1,65±0,61	475,000	0,095
Απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος	0,81±0,93	1,11±0,88	492,500	0,199
Μη συμμόρφωση με θεραπεία	0,86±0,73	1,33±0,79	396,500	**0,015**
Άγχος	1,38±0,67	1,70±0,50	442,500	**0,035**
Σύνολο κλίμακας διαχείρισης κινδύνου	5,57±2,50	7,25±2,52	378,500	**0,012**
Σύνολο ερωτηματολογίου κατά το αδίκημα	22,90±4,81	26,79±5,50	339,500	**0,003**
Σύνολο ερωτηματολογίου κατά τη διεξαγωγή της έρευνας	20,48±5,44	25,74±6,26	-3,402	**0,001**

[*]Στις περιπτώσεις όπου $p<0.05$, τα άτομα διαφοροποιούνται σημαντικά ανάλογα με τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος.

[**]Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος t για 2 ανεξάρτητα δείγματα (Independent Samples t-test). Σε όλα τα άλλα σκορ εφαρμόστηκε η μη παραμετρική δοκιμασία Mann-Whitney.

Γ. 2.2 Έλεγχοι διαφοράς και ανεξαρτησίας (difference and independence tests) ως προς το φύλο

Σε αυτή την ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων υπόθεσης για πιθανές στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στα βασικά ερωτήματα της έρευνας. Στον Πίνακα Γ2.8 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας όσο αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την κλινική εικόνα των αντρών και γυναικών μέχρι την τέλεση του εγκλήματος. Όπως φαίνεται, η μόνη περίπτωση στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ των δύο φύλων εντοπίζεται ως προς την οικογενειακή κατάσταση ($x^2(4)=17.396$, $p=0.004$). Συγκεκριμένα, η πλειονότητα των αντρών ήταν άγαμοι μόνοι (65,7%), ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών ήταν παντρεμένες (37,5%). Ωστόσο, στην περίπτωση των γυναικών παρουσιάζονται αρκετά μεγάλα ποσοστά και στις υπόλοιπες ομάδες (άγαμες μόνες, άγαμες σε σχέση, διαζευγμένες, χήρες). Από την άλλη μεριά, οι άντρες και οι γυναίκες παρουσιάζουν περίπου τα ίδια ποσοστά ως προς τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος και την ηλικία έναρξης της νόσου. Ακόμη, εμφανίζουν περίπου τα ίδια ποσοστά στις διάφορες ψυχικές νόσους και σχεδόν τα ίδια ποσοστά νοσηλείας έως την τέλεση του εγκλήματος. Τέλος, η εικόνα των δύο φύλων φαίνεται να είναι η ίδια και ως προς το ιστορικό ακούσιων και εκούσιων νοσηλειών έως την τέλεση του εγκλήματος.

Πίνακας Γ2.8. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με δημογραφικά χαρακτηριστικά και κλινική εικόνα των συμμετεχόντων (με κριτήριο το φύλο)

	Άντρες (N=70)		**Γυναίκες (N=8)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p***
Χρόνος τέλεσης του εγκλήματος (N=71)						
Στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο	18	25,7%	3	37,5%	0,507	0,675
Κατά την πορεία της νόσου	52	74,3%	5	62,5%		
Ηλικία έναρξης ψυχική νόσου (N=78)**						
Πριν τα 20	31	44,3%	2	25%		
21-30	21	30%	4	50%	1,942	0,582
31-40	13	18,6%	1	12,5%		
41 και άνω	5	7,1%	1	12,5%		
Διάγνωση κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)**						
Σχιζοφρένεια	51	72,9%	6	75%		
Συναισθηματική διαταραχή	2	2,9%	0	0%	1,051	1,000
Ψύχωση	12	17,1%	2	25%		

Νοητική υστέρηση	1	1,4%	0	0%		
Διαταραχή οφειλόμενη σε ουσίες	4	5,7%	0	0%		
Οικογενειακή κατάσταση (N=78)**						
Έγγαμος	11	15,7%	3	37,5%		
Άγαμος μόνος	46	65,7%	1	12,5%		
Άγαμος σε σχέση	2	2,9%	1	12,5%	17,396	**0,004**
Διαζευγμένος	10	14,3%	1	12,5%		
Χήρος	1	1,4%	2	25%		
Νοσηλεία/ες μέχρι την τέλεση του εγκλήματος	50	71,4%	5	62,5%	0,275	0,687
Ακούσια/ες νοσηλεία/ες μέχρι την τέλεση του εγκλήματος (N=55)	19	27,1%	2	25%	0,017	1,000
Εκούσια/ες νοσηλεία μέχρι την τέλεση του εγκλήματος (N=55)	31	44,3 %	3	37,5%	0,134	1,000

*Στις περιπτώσεις όπου p<0.05, το φύλο σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε η μέθοδος Monte Carlo. Σε όλα τα άλλα ποιοτικά χαρακτηριστικά εφαρμόστηκε ο ακριβής έλεγχος του Fisher.

Ακολουθούν οι έλεγχοι ανεξαρτησίας που αφορούν τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών έως την τέλεση του εγκλήματος και μετά από αυτό. Όπως δείχνει ο Πίνακας Γ2.9, οι άντρες και οι γυναίκες παρουσιάζουν περίπου τα ίδια ποσοστά εξάρτησης/κατάχρησης από ουσίες. Συγκεκριμένα τα ποσοστά τους δε διαφέρουν σημαντικά ως προς καμία από τις αναφερόμενες εξαρτησιογόνες ουσίες.

Πίνακας Γ2.9. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και την λήψη αγωγής κατά την τέλεση του εγκλήματος (με κριτήριο το φύλο)

	Άντρες (N=70)		**Γυναίκες (N=8)**			
Χαρακτηριστικά**	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p***
Ουσίες (N=78)	42	60%	2	25%	3,577	0,073
Χρήση πέριξ της τέλεσης του εγκλήματος (N=78)	27	38,6%	1	12,5%	2,121	0,247
Τέλεση εγκληματικής πράξης σχετιζόμενης με ψυχοτρόπες ουσίες (N=78)	19	27,1%	1	12,5%	0,807	0,672
Χρήση αλκοόλ (N=78)	65	92,9%	6	75%	2,803	0,149
Χρήση αλκοόλ πάνω από το κρίσιμο όριο (N=72)	45	68,2%	2	33,3%	2,947	0,173
Κατάχρηση αλκοόλ (N=78)	41	58,6%	2	25%	3,271	0,130
Χρήση αλκοόλ τις τελευταίες 30 ημέρες (N=45)	29	67,4%	1	50%	0,262	1,000
Χρήση κάνναβης (N=78)	31	44,3%	2	25%	1,094	0,456

Χρήση κάνναβης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=32)	21	70%	1	50%	0,349	0,534
Χρήση ηρωίνης (N=78)	12	17,1%	1	12,5%	0,111	1,000
Χρήση ηρωίνης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=15)	9	64,3%	0	0%	1,607	0,400
Χρήση μεθαδόνης (N=78)	3	4,3%	0	0%	0,357	1,000
Χρήση μεθαδόνης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=3)***	0	0%	-	-	-	-
Χρήση οπιούχων/οπιοειδών (N=37)	7	20%	0	0%	0,493	1,000
Χρήση χαπιών (N=78)	10	14,3%	1	12,5%	0,019	1,000
Χρήση χαπιών τις τελευταίες 30 ημέρες (N=11)	6	60%	1	100%	0,629	1,000
Χρήση κοκαΐνης (N=78)	10	14,3%	2	25%	0,633	0,601
Χρήση κοκαΐνης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=12)	2	20%	1	50%	0,800	0,455
Χρήση αμφεταμινών (N=78)	1	1,4%	1	12,5%	3,522	0,196
Χρήση αμφεταμινών τις τελευταίες 30 ημέρες (N=2)****	0	0%	0	0%	-	-
Χρήση παραισθησιογόνων (N=78)	3	4,3%	0	0%	0,357	1,000
Χρήση παραισθησιογόνων τις τελευταίες 30 ημέρες (N=3)***	0	0%	-	-	-	-
Χρήση εισπνεόμενων (N=78)	3	4,3%	0	0%	0,357	1,000
Σε ψυχιατρική/φαρμακευτική αγωγή κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	56	80%	6	75%	0,110	0,664
Συμμόρφωση με ψυχιατρική / φαρμακευτική αγωγή (N=62)	6	10,7%	1	16,7%	0,192	0,661

*Στις περιπτώσεις όπου p<0.05, το φύλο σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.
**Σε όλες τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο ακριβής έλεγχος του Fisher.
***Σε αυτή την περίπτωση δεν πραγματοποιήθηκε έλεγχος ανεξαρτησίας καθώς απάντησαν μόνο οι άντρες.
****Σε αυτή την περίπτωση δεν πραγματοποιήθηκε έλεγχος ανεξαρτησίας καθώς τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες απάντησαν αρνητικά.

Όπως δείχνει ο Πίνακας Γ2.10, τα δύο φύλα διαφέρουν σημαντικά ως προς την ύπαρξη απόπειρας αυτοκτονίας μετά την τέλεση του αδικήματος ($x^2(1)=8.666$, p=0.011) και την ετεροκαταστροφική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος ($x^2(1)=6.352$, p=0.023). Συγκεκριμένα οι γυναίκες έχουν σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό ιστορικού ετεροκαταστροφικότητας (37,5%) έναντι των αντρών (78,6%). Επίσης, η αυτοκτονικότητα μετά την τέλεση του εγκλήματος ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στις γυναίκες (62,5%) απ' ότι στους άντρες (17,1%). Από την άλλη μεριά, το φύλο δε φαίνεται να επηρεάζει την πιθανότητα θυματοποίησης του ασθενή στο παρελθόν, τη σωματική σεξουαλική κακοποίηση και το ιστορικό σχολικού εκφοβισμού. Τέλος, οι γυναίκες εμφανίζουν σε σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά διαταραχές στη διαγωγή/συμπεριφορά κατά την παιδική ηλικία (0%)

έναντι των ανδρών (42,9%).

Πίνακας Γ2.10. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με την ύπαρξη αυτο- ή έτερο-καταστροφικότητας, βίαιων ή στρεσογόνων περιστατικών στη ζωή τους και ύπαρξης οργανικής νόσου (με κριτήριο το φύλο)

	Άντρες (N=70)		**Γυναίκες (N=8)**			
Χαρακτηριστικά[**]	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p**[*]
Απόπειρα αυτοκτονίας ή παρα-αυτοκτονική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	23	32,9%	3	37,5%	0,070	1,000
Απόπειρα αυτοκτονίας ή παρα-αυτοκτονική συμπεριφορά μετά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	12	17,1%	5	62,5%	8,666	**0,011**
Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	55	78,6%	3	37,5%	6,352	**0,023**
Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά μετά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	14	20%	0	0%	1,950	0,338
Ιστορικό θυματοποίησης στο παρελθόν του ασθενή (N=78)	27	38,6%	4	50%	0,392	0,706
Θύμα σωματικής/σεξουαλικής κακοποίησης (N=78)	25	35,7%	4	50%	0,627	0,461
Θύμα σχολικού εκφοβισμού (N=78)	11	15,7%	0	0%	1,464	0,592
Διαταραχές διαγωγής / συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία (N=78)	30	42,9%	0	0%	5,571	**0,021**

[*]Στις περιπτώσεις όπου p<0.05, το φύλο σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.
[**]Σε όλες τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο ακριβής έλεγχος του Fisher.
[***]Σε αυτή την περίπτωση δεν εφαρμόστηκε έλεγχος ανεξαρτησίας καθώς τα ποσοστά αντρών και γυναικών είναι ακριβώς τα ίδια και στις δύο μορφές νόσου.

Ακολούθως, μελετώνται το είδος του εγκλήματος που έχουν διαπράξει οι ασθενείς, η σχέση τους με το θύμα και το ιστορικό προηγούμενων καταδικών. Όπως φαίνεται στον Πίνακα Γ2.11, το φύλο δε σχετίζεται σημαντικά ούτε με το είδος εγκλημάτων που διαπράττουν οι ασθενείς, ούτε με τα θύματα που επιλέγουν. Επίσης, το ιστορικό προηγούμενων καταδικών είναι ακόμη ένα χαρακτηριστικό που παρουσιάζει ανεξαρτησία από το φύλο.

Πίνακας Γ2.11. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με το είδος εγκλημάτων που έχουν διαπράξει οι ασθενείς, τη σχέση τους με το θύμα και το ιστορικό καταδικών (με κριτήριο το φύλο)

	Άντρες (N=70)		**Γυναίκες (N=8)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p**
Έγκλημα κατά της ζωής (N=78)	46	65,7%	7	87,5%	1,565	0,425
Έγκλημα κατά της σωματικής ακεραιότητας (N=78)	19	27,1%	1	12,5%	0,807	0,672
Έγκλημα κατά της ιδιοκτησίας (N=78)	9	12,9%	1	12,5%	0,001	1,000
Κοινώς επικίνδυνα εγκλήματα (N=78)	11	15,7%	0	0%	1,464	0,592
Βασική κατηγοριοποίηση εγκλήματος (N=78)**						
Σωματική βλάβη	10	14,3%	0	0%		
Ανθρωποκτονία	28	40%	5	62,5%		
Εμπρησμός	9	12,9%	0	0%		
Απόπειρα ανθρωποκτονίας	18	25,7%	2	25%	6,921	0,409
Φθορά ξένης περιουσίας	2	2,9%	0	0%		
Κλοπή	1	1,4%	0	0%		
Ληστεία	1	1,4%	1	12,5%		
Εκφοβισμός	1	1,4%	0	0%		
Σχέση θύτη – βασικού θύματος (N=71)**						
Συγγενική	38	60,3%	6	75%		
Συζυγική	7	11,1%	0	0%		
Φιλική	3	4,8%	1	12,5%	3,335	0,483
Απλή γνωριμία	5	7,9%	1	12,5%		
Άγνωστος	10	15,9%	0	0%		
Σχέση θύτη – βασικού θύματος (N=71)						
Εκτός οικογένειας	18	28,6%	2	25%	0,045	1,000
Εντός οικογένειας	45	71,4%	6	75%		
Προηγούμενες καταδίκες (N=78)	20	28,6%	0	0%	3,074	0,105

*Στις περιπτώσεις όπου p<0.05, το φύλο σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε η μέθοδος Monte Carlo. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο ακριβής έλεγχος του Fisher.

Τέλος, πραγματοποιήθηκαν οι έλεγχοι διαφορών όπου εξετάζεται αν το φύλο διαφοροποιεί σημαντικά την ηλικία τέλεσης του εγκλήματος και τις συνολικές βαθμολογίες που σημειώνουν οι άντρες και οι γυναίκες στα διάφορα ερωτηματολόγια της έρευνας. Όπως φαίνεται στον Πίνακα Γ2.12, οι άντρες και οι γυναίκες δε διαφοροποιούνται ως προς την ηλικία διάπραξης του εγκλήματος. Επίσης, δεν υπήρξε σημαντική διαφορά σε καμία από τις υποκλίμακες των ερωτηματολογίων επιθετικότητας (ερωτηματολόγια Aggression και HDHQ). Αντίθετα, υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση των δύο φύλων ως προς την επιθετικότητα – εχθρικότητα όπως αυτή αποτυπώνεται στο ερωτηματολόγιο ZKPQ (U=123.000, p=0.009). Συγκεκριμένα, οι άντρες εμφανίζουν πολύ υψηλότερο μέσο ποσοστό εχθρικότητας (Μ.Ο.=40.17, Τ.Α.=24.04) σε σχέση με τις γυναίκες (Μ.Ο.=19.12, Τ.Α.=10.31). Επιπλέον, το φύλο δε φαίνεται να διαφοροποιεί σημαντικά τα συνολικά σκορ στο ερωτηματολόγιο CAGE, που αφορά την εξάρτηση από το αλκοόλ. Το ίδιο φαίνεται να ισχύει και στην κλίμακα GAF, που μετρά τη λειτουργικότητα των συμμετεχόντων στην έρευνα τόσο κατά την τέλεση του εγκλήματος όσο και κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας. Και στις δύο φάσεις οι άντρες και οι γυναίκες παρουσιάζουν περίπου το ίδιο επίπεδο λειτουργικότητας.

Επιπλέον, στο ερωτηματολόγιο σωματικής και συναισθηματικής υγείας (SF-36), τα δύο φύλα διαφέρουν σημαντικά στα επίπεδα του πόνου (U=167.500, p=0.052). Ωστόσο, αυτή τη φορά οι άντρες (Μ.Ο.=81.93, Τ.Α.=23.54) φαίνεται να έχουν καλύτερη εικόνα σε σχέση με τις γυναίκες (Μ.Ο.=65.00, Τ.Α.=27.19). Αντίθετα, οι υπόλοιποι παράγοντες, η γενική υγεία και η αλλαγή της υγείας φαίνεται να εμφανίζονται στα ίδια επίπεδα τόσο στους άντρες όσο και στις γυναίκες.

Ακόμη, στην κλίμακα PANSS, η θετική, η αρνητική και η κλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας δεν παρουσιάζουν διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών σε καμία από τις δύο φάσεις. Το ίδιο ισχύει και για τα συνολικά σκορ στις δύο φάσεις. Τέλος, το φύλο δε φαίνεται να διαφοροποιεί σημαντικά τα σκορ σε καμία από τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου HCR-20 (Κλίμακα ιστορικού, κλινική κλίμακα, γενική διαχείρισης κινδύνου), ούτε στο σύνολο της κλίμακας.

Πίνακας Γ2.12. Αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς στις συνολικές βαθμολογίες των συμμετεχόντων (με κριτήριο το φύλο)

		Άντρες (N=70)	**Γυναίκες (N=8)**		
Ερωτηματολόγια	**Υποκλίμακες (N=78)**	**M.O.±T.A.**	**M.O.±T.A.**	**t/U**	**p***
Δημογραφικά χαρακτηριστικά	Ηλικία τέλεσης εγκλήματος	38,51±12,01	40,25±`16,53	270,000	0,869
Ερωτηματολόγιο επιθετικότητας (Aggression)	Σωματική επιθετικότητα (5-45)	19,54±9,00	15,00±5,83	201,000	0,192
	Λεκτική επιθετικότητα (5-25)	12,97±3,70	12,00±2,39	234,500	0,451
	Θυμός (7-35)	14,61±5,46	12,88±3,87	232,000	0,428
	Εχθρικότητα (8-40)	22,86±7,27	23,38±7,15	263,000	0,779
Ερωτηματολόγιο HDHQ	Εκδραματιζόμενη εχθρικότητα (0-12)	4,59±2,87	3,25±1,75	224,500	0,356
	Κριτική των άλλων (0-12)	6,59±2,88	5,25±2,66	197,500	0,171
	Παραληρητική εχθρικότητα (0-9)	4,50±2,57	5,50±2,27	217,500	0,300
	Αυτοκριτική (0-11)**	4,71±2,53	5,38±2,50	-0,700	0,486
	Παραληρητική ενοχή (0-7)	3,40±1,69	4,13±1,73	220,000	0,316
	Σύνολο εχθρικότητας (0-51)**	23,74±9,34	23,50±6,85	0,071	0,943
	Εξωστρεφόμενη εχθρικότητα (0-33)	15,66±7,34	14,00±4,96	270,000	0,869
	Εσωστρεφόμενη εχθρικότητα (0-29)**	13,17±6,47	14,88±6,40	-0,706	0,482
	Κατεύθυνση εχθρικότητας	-2,89±7,41	0,88±7,08	213,000	0,269
Ερωτηματολόγιο ZKPQ	Παρορμητική αναζήτηση αίσθησης (0-100)**	42,25±24,47	36,84±23,20	0,595	0,554
	Παρορμητικότητα (0-100)	44,46±28,20	34,38±21,91	223,500	0,347
	Αναζήτηση αίσθησης (0-100)	40,65±28,06	38,64±29,06	271,000	0,882
	Νευρωτισμός-Άγχος (0-100)**	42,11±22,90	43,42±23,83	-0,153	0,879

	Επιθετικότητα – Εχθρικότητα (0-100)	40,17±24,04	19,12±10,31	123,000	**0,009**
	Ενεργητικότητα (0-100)	40,59±24,25	51,47±30,77	209,000	0,241
	Κοινωνικότητα (0-100)	42,77±22,35	47,79±22,55	235,500	0,461
	Ιδιότητες ανίχνευσης ψεύδους (0-100)	36,43±24,02	35,00±11,95	279,500	0,993
Ερωτηματολόγιο CAGE	Σύνολο (0-4)	1,129±1,273	0,750±1,389	226,000	0,336
Κλίμακα GAF	Σύνολο πριν (0-100)	42,00±10,30	42,50±13,89	268,500	0,844
	Σύνολο μετά (0-100)	48,71±14,93	47,50±18,32	274,000	0,919
Ερωτηματολόγιο κοινωνικής λειτουργικότητας (SF-36)	Σωματική λειτουργικότητα (0-100)	84,86±20,92	70,63±33,64	207,500	0,224
	Περιορισμοί λόγω σωματικής υγείας (0-100)	79,64±32,50	81,25±34,72	276,000	0,939
	Περιορισμοί λόγω συναισθηματικής υγείας (0-100)	70,95±36,31	83,34±35,63	223,500	0,301
	Ενέργεια/κόπωση (0-100)**	58,93±24,79	58,13±24,19	0,087	0,931
	Συναισθηματική κατάσταση (0-100)	67,43±21,52	61,00±23,88	236,500	0,473
	Κοινωνική λειτουργικότητα (0-100)	78,21±29,54	79,69±29,83	264,500	0,781
	Πόνος (0-100)	81,93±23,54	65,00±27,19	167,500	**0,052**
	Γενική υγεία (0-100)	70,21±21,03	66,88±23,44	259,000	0,728
	Αλλαγή υγείας (0-100)	60,71±27,11	56,25±39,53	274,000	0,918
Κλίμακα PANSS	Θετική κλίμακα κατά το αδίκημα (7-49)	30,96±6,30	32,00±4,87	246,000	0,575
	Αρνητική κλίμακα κατά το αδίκημα (7-49)**	24,39±6,93	27,00±5,56	-1,028	0,307
	Κλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας κατά το αδίκημα (16-112)**	53,37±10,27	58,13±11,18	-1,230	0,223
	Σύνολο κατά το αδίκημα (30-210)**	108,84±19,59	117,13±17,89	-1,141	0,257
	Θετική κλίμακα κατά την έρευνα (7-49)	18,27±7,36	19,00±5,78	247,000	0,586
	Αρνητική κλίμακα κατά την έρευνα(7-49)**	24,74±8,08	27,00±5,56	-0,767	0,445

	Κλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας κατά την έρευνα(16-112)**	41,53±10,21	44,13±11,24	-0,675	0,502
	Σύνολο κατά την έρευνα(30-210)**	84,90±22,44	91,75±19,62	-0,827	0,411
Κλίμακα HCR-20	Κλίμακα ιστορικού κατά το αδίκημα (0-18)**	11,60±2,75	9,75±2,77	1,803	0,075
	Κλινική κλίμακα κατά το αδίκημα(0-10)	7,53±1,68	7,63±1,06	275,500	0,940
	Κλίμακα διαχείρισης κινδύνου κατά το αδίκημα(0-10)	6,91±2,55	5,75±3,11	220,500	0,322
	Σύνολο κατά το αδίκημα (0-38)	26,04±5,58	23,13±5,00	190,000	0,137
	Κλίμακα ιστορικού κατά την έρευνα(0-18)**	12,81±2,38	11,25±2,96	1,719	0,090
	Κλινική κλίμακα κατά την έρευνα(0-10)	4,91±2,84	4,50±2,07	257,500	0,709
	Κλίμακα διαχείρισης κινδύνου κατά την έρευνα(0-10)	6,91±2,55	5,75±3,11	220,500	0,322
	Σύνολο κατά την έρευνα(0-38)**	24,64±6,48	21,50±5,90	1,310	0,194

*Στις περιπτώσεις όπου p<0.05, το φύλο σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.

**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος t για 2 ανεξάρτητα δείγματα (Independent Samples t-test). Σε όλα τα άλλα σκορ εφαρμόστηκε η μη παραμετρική δοκιμασία Mann-Whitney.

Γ. 2.3 Έλεγχοι διαφορών και ανεξαρτησίας (difference and independence tests) ως προς το ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες

Σε αυτή την ενότητα μελετάται αν οι ασθενείς που έχουν ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες εμφανίζουν σημαντική διαφοροποίηση στα ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά της έρευνας σε σχέση με τους υπόλοιπους.

Αρχικά, εξετάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και η κλινική εικόνα των ασθενών που έχουν αυτού του είδους το ιστορικό και όσων απάντησαν αρνητικά. Όπως φαίνεται στον Πίνακα Γ2.13, η ύπαρξη ιστορικού κατάχρησης/εξάρτησης ουσιών σχετίζεται σημαντικά μόνο με το είδος της ψυχικής νόσου κατά την τέλεση του εγκλήματος ($x^2(4)=8,588$, $p=0.036$). Αντίθετα, το φύλο, ο χρόνος τέλεσης του εγκλήματος, η ηλικία έναρξης ψυχικής νόσου, η οικογενειακή κατάσταση και το ιστορικό νοσηλειών (ακούσιων ή εκούσιων) έως την τέλεση του εγκλήματος δε φαίνεται να σχετίζονται σημαντικά με αυτή την μεταβλητή.

Πίνακας Γ2.13. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με δημογραφικά χαρακτηριστικά και κλινική εικόνα των συμμετεχόντων (με κριτήριο το ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες)

	Με ιστορικό (N=37)		**Χωρίς ιστορικό (N=41)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p***
Φύλο (N=78)						
Άνδρας	42	95,5%	28	82,4%	3,577	0,073
Γυναίκα	2	4,5%	6	17,6%		
Χρόνος τέλεσης του εγκλήματος (N=78)**						
Στην αρχή του ψυχωτικού επεισοδίου	12	27,3%	9	26,5%	0,006	0,937
Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης	32	72,7%	25	73,5%		
Ηλικία έναρξης ψυχική νόσου (N=78)***						
Πριν τα 20	21	47,7%	12	35,3%	3,371	0,343
21-30	15	34,1%	10	29,4%		
31-40	5	11,4%	9	26,5%		
41 και άνω	3	6,8%	3	8,8%		
Διάγνωση κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)***						
Σχιζοφρένεια	30	68,2%	27	79,4%	8,588	**0,036**

Συναισθηματική διαταραχή	0	0%	2	5,9%		
Ψύχωση	10	22,7%	4	11,8%		
Νοητική υστέρηση	0	0%	1	2,9%		
Διαταραχή οφειλόμενη σε ουσίες	4	9,1%	0	0%		
Οικογενειακή κατάσταση (N=78)***						
Έγγαμος	5	11,4%	9	26,5%		
Άγαμος μόνος	30	68,2%	17	50%		
Άγαμος σε σχέση	2	4,5%	1	2,9%	7,735	0,085
Διαζευγμένος	7	159%	4	11,8%		
Χήρος	0	0%	3	8,8%		
Νοσηλεία/ες μέχρι την τέλεση του εγκλήματος (N=78)**	34	77,3%	21	61,8%	2,218	0,136
Ακούσια/ες νοσηλεία/ες μέχρι την τέλεση του εγκλήματος (N=55)	27	79,4%	21	61,8%	4,954	**0,036**
Εκούσια/ες νοσηλεία μέχρι την τέλεση του εγκλήματος (N=55)**	15	44,1%	6	28,6%	1,329	0,249

*Στις περιπτώσεις όπου p<0.05, η ύπαρξη ιστορικού κατάχρησης εξάρτησης από ουσίες σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.
**Αυτοί οι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με δοκιμασία x^2ανεξαρτησίας του Pearson.
***Αυτοί οι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μέθοδο Monte Carlo.

Στη συνέχεια εξετάζονται οι ενδεχόμενες στατιστικά σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις των δύο ομάδων ασθενών όσον αφορά την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και τη λήψη αγωγής κατά την τέλεση του εγκλήματος. Όπως δείχνει ο Πίνακας Γ2.14, η χρήση πέριξ της τέλεσης του εγκλήματος ($x^2(1)=33.753$, $p<0.001$) και η τέλεση εγκληματικής πράξης σχετιζόμενης με ψυχοτρόπες ουσίες ($x^2(1)=20,784$, $p<0.001$) σχετίζονται σημαντικά με το ιστορικό χρήσης ουσιών. Και στις δύο περιπτώσεις φαίνεται ότι οι μόνες θετικές απαντήσεις προήλθαν από όσους έχουν ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες. Ακόμη, το ιστορικό χρήσης σχετίζεται σημαντικά με την κατανάλωση ουσιών τις τελευταίες 30 ημέρες πριν τη διάπραξη του αδικήματος (αλκοόλ, κάνναβη, ηρωίνη, χάπια και κοκαΐνη). Σε κάθε περίπτωση το μεγαλύτερο ποσοστό θετικών απαντήσεων εμφανίζεται στην ομάδα των δραστών που έχουν ιστορικό κατάχρησης ουσιών.

Επίσης, η ύπαρξη ιστορικού χρήσης σχετίζεται σημαντικά με την ύπαρξη ψυχιατρικής φαρμακευτικής αγωγής κατά την τέλεση του εγκλήματος ($x^2(1)=5.182$, $p=0.023$). Συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό θετικών απαντήσεων εντοπίζεται και πάλι μεταξύ των δραστών με ιστορικό κατάχρησης / εξάρτησης από ουσίες (88,6% έναντι 67,6%). Τέλος, η συμμόρφωση με την ψυχιατρική φαρμακευτική αγωγή κατά την τέλεση του εγκλήματος είναι ανεξάρτητη από την ύπαρξη ιστορικού κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες.

Πίνακας Γ2.14. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και τη λήψη αγωγής κατά την τέλεση του εγκλήματος (με κριτήριο το ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες)

	Με ιστορικό (N=37)		**Χωρίς ιστορικό (N=41)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p***
Χρήση πέριξ της τέλεσης του εγκλήματος (N=78)	28	63,6%	0	0%	33,753	**<0.001**
Τέλεση εγκληματικής πράξης σχετιζόμενης με ψυχοτρόπες ουσίες (N=78)	20	45,5%	0	0%	20,784	**<0,001**
Χρήση αλκοόλ (N=78)**	44	100%	27	79,4%	9,952	**0,002**
Χρήση αλκοόλ πάνω από το κρίσιμο όριο (N=72)	40	90,9%	7	25%	32,794	**<0,001**
Κατάχρηση αλκοόλ (N=78)	42	95,5%	1	2,9%	66,359	**<0,001**
Χρήση αλκοόλ τις τελευταίες 30 ημέρες (N=45)**	30	69,8%	0	0%	4,186	0,106
Χρήση κάνναβης (N=78)	30	68,2%	3	8,8%	27,686	**<0,001**
Χρήση κάνναβης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=32)**	22	75,9%	0	0%	7,283	**0,024**
Χρήση ηρωίνης (N=78)	13	29,5%	0	0%	12,055	**0,001**
Χρήση ηρωίνης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=15)**	9	69,2%	0	0%	3,462	0,143
Χρήση μεθαδόνης (N=78)	3	6,8%	0	0%	2,411	0,253
Χρήση μεθαδόνης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=3)***	0	0%	-	-	-	-
Χρήση χαπιών (N=78)**	11	25%	0	0%	9,896	**0,002**
Χρήση χαπιών τις τελευταίες 30 ημέρες (N=11)	7	63,6%	-	-	-	-
Χρήση κοκαΐνης (N=78)	12	27,3%	0	0%	10,959	**0,001**
Χρήση κοκαΐνης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=12)***	3	25%	-	-	-	-
Χρήση αμφεταμινών (N=78)**	2	4,5%	0	0%	1,586	0,502
Χρήση αμφεταμινών τις τελευταίες 30 ημέρες (N=2)***	0	0%	-	-	-	-
Χρήση παραισθησιογόνων (N=78)***	0	0%	-	-	-	-
Χρήση παραισθησιογόνων τις τελευταίες 30 ημέρες (N=3)***	0	0%	-	-	-	-
Χρήση εισπνεόμενων (N=78)	3	6,8%	0	0%	2,411	0,253
Σε ψυχιατρική/φαρμακευτική αγωγή κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	39	88,6%	23	67,6%	5,182	**0,023**
Συμμόρφωση με ψυχιατρική/φαρμακευτική αγωγή κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=62)**	3	7,7%	4	17,4%	1,359	0,408

[*]Στις περιπτώσεις όπου p<0.05, η ύπαρξη ιστορικού κατάχρησης εξάρτησης από ουσίες σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.
[**]Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο ακριβής έλεγχος του Fisher. Όπου αλλού ήταν εφικτό να πραγματοποιηθεί έλεγχος ανεξαρτησίας, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος x^2του Pearson.
[***]Σε αυτές τις περιπτώσεις δεν ήταν δυνατό να πραγματοποιηθούν έλεγχοι ανεξαρτησίας καθώς όλοι οι ερωτώμενοι ανήκουν στην κατηγορία «με ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες».

Ακολούθως, μελετώνται αν το ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες συνδέεται σημαντικά με την αυτοκτονικότητα ή την ετεροκαταστροφικότητα του ασθενή, τόσο πριν όσο και μετά την τέλεση του εγκλήματος. Επίσης, εξετάζεται η πιθανή στατιστικά σημαντική σχέση αυτού του χαρακτηριστικού με το ενδεχόμενο θυματοποίησης του ασθενή στο παρελθόν και την ύπαρξη στρεσογόνων γεγονότων στη ζωή του πριν το έγκλημα. Τέλος, μελετάται η σύνδεση της εξάρτησης από ουσίες με το ιστορικό οργανικής νόσου και το είδος αυτής. Τα αποτελέσματα παρατίθενται στον Πίνακα Γ2.15. Όπως φαίνεται, οι δύο ομάδες ασθενών διαφέρουν σημαντικά ως προς το ιστορικό αυτοκαταστροφικότητας μετά την τέλεση του εγκλήματος ($x^2(1)=6.444$, p=0.011). Συγκεκριμένα, όσοι δεν έχουν ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό αυτοκτονικότητας (35,3%) σε σχέση με τους υπόλοιπους (11,4%). Επίσης, το ιστορικό κατάχρησης ουσιών σχετίζεται σημαντικά με την ύπαρξη ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς τόσο πριν την τέλεση του εγκλήματος ($x^2(1)=5.014$, p=0.025) όσο και μετά ($x^2(1)=5.959$, p=0.015). Και στις δύο περιπτώσεις το μεγαλύτερο ποσοστό θετικών απαντήσεων εμφανίζεται μεταξύ αυτών που απάντησαν θετικά στο ιστορικό κατάχρησης / εξάρτησης από ουσίες.

Πίνακας Γ2.15. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με το ιστορικό αυτο- ή έτερο-καταστροφικότητας, θυματοποίησης ή στρεσογόνων περιστατικών και οργανικής νόσου (με κριτήριο το ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες)

	Με ιστορικό (N=37)		**Χωρίς ιστορικό (N=41)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p**
Απόπειρα αυτοκτονίας ή παρα-αυτοκτονική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	17	38,6%	9	26,5%	1,277	0,258
Απόπειρα αυτοκτονίας ή παρα-αυτοκτονική συμπεριφορά μετά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	5	11,4%	12	35,3%	6,444	**0,011**
Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	37	84,1%	21	61,8%	5,014	**0,025**
Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά μετά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	12	27,3%	2	5,9%	5,959	**0,015**
Ιστορικό θυματοποίησης στο παρελθόν του ασθενή (N=78)	17	38,6%	14	41,2%	0,052	0,820

Θύμα σωματικής/σεξουαλικής κακοποίησης (N=78)	15	34,1%	14	41,2%	0,412	0,521
Θύμα σχολικού εκφοβισμού (N=78)**	8	18,2%	3	8,8%	1,387	0,331
Διαταραχές διαγωγής / συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία (N=78)	21	47,7%	9	26,5%	3,661	0,056
Στρεσογόνα γεγονότα ζωής τους τελευταίους 24 μήνες πριν από την εγκληματική πράξη (N=78)	22	50%	19	55,9%	0,266	0,606
Οργανική νόσος έως/κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)**	2	4,5%	5	14,7%	2,424	0,229
Είδος νόσου (N=7)**						
Χρόνια	1	50%	5	100%	2,917	0,286
Οξεία	1	50%	0	0%		

*Στις περιπτώσεις όπου p<0.05, η ύπαρξη ιστορικού κατάχρησης εξάρτησης από ουσίες σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε ο ακριβής έλεγχος του Fisher. Όλοι οι υπόλοιποι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την δοκιμασίαx^2 ανεξαρτησίας του Pearson.

Οι τελευταίοι έλεγχοι ανεξαρτησίας εκπονήθηκαν για να διαπιστωθεί αν οι ασθενείς διαπράττουν διαφορετικά είδη εγκλημάτων ανάλογα με το αν έχουν ή όχι ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες. Επίσης, μελετάται η ενδεχόμενη συγγενική σχέση με το θύμα καθώς και το ιστορικό προηγούμενων καταδικών. Όπως δείχνει ο Πίνακας Γ2.16, κανένα από τα χαρακτηριστικά που μελετώνται δε σχετίζεται σημαντικά με την ύπαρξη ιστορικού κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες, παρά μόνο το ιστορικό προηγούμενων καταδικών ($x^2(1)=6.087$, p=0.014). Συγκεκριμένα, όσοι είχαν ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης εμφανίζουν σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό καταδίκες πριν τη διάπραξη του εγκλήματος (36,4%) σε σχέση με όσους δεν είχαν.

Πίνακας Γ2.16. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με το είδος εγκλήματος που έχουν διαπράξει οι ασθενείς, τη σχέση τους με το θύμα και το ιστορικό καταδικών (με κριτήριο το ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες)

	Με ιστορικό (N=37)		**Χωρίς ιστορικό (N=41)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p***
Έγκλημα κατά της ζωής (N=78)	28	63,6%	25	73,5%	,862	0,353
Έγκλημα κατά της σωματικής ακεραιότητας (N=78)	14	31,8%	6	17,6%	2,020	0,155
Έγκλημα κατά της ιδιοκτησίας (N=78)**	8	18,2%	2	5,9%	2,596	0,172
Κοινώς επικίνδυνα εγκλήματα (N=78)**	7	15,9%	4	11,8%	0,272	0,747
Βασική κατηγοριοποίηση εγκλήματος (N=78)***						

Σωματική βλάβη	6	13,6%	4	11,8%		
Ανθρωποκτονία	15	34,1%	18	52,9%		
Εμπρησμός	6	13,6%	3	8,8%		
Απόπειρα ανθρωποκτονίας	13	29,5%	7	20,6%	8,328	0,286
Φθορά ξένης περιουσίας	2	4,5%	0	0%		
Κλοπή	0	0%	1	2,9%		
Ληστεία	2	4,5%	0	0%		
Εκφοβισμός	0	0%	1	2,9%		
Σχέση θύτη – βασικού θύματος (N=71)**						
Συγγενική	25	65,8%	19	57,6%		
Συζυγική	3	7,9%	4	12,1%		
Φιλική	1	2,6%	3	9,1%	2,019	0,756
Απλή γνωριμία	3	7,9%	3	9,1%		
Άγνωστος	6	15,8%	4	12,1%		
Σχέση θύτη – βασικού θύματος (N=71)						
Εκτός οικογένειας	10	26,3%	10	30,3%	0,139	0,710
Εντός οικογένειας	28	73,7%	23	69,7%		
Προηγούμενες καταδίκες (N=78)	16	36,4%	4	11,8%	6,087	**0,014**

*Στις περιπτώσεις όπου p<0.05, η ύπαρξη ιστορικού κατάχρησης εξάρτησης από ουσίες σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε ο ακριβής έλεγχος του Fisher.
***Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε η μέθοδος Monte Carlo. Όλοι οι υπόλοιποι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την δοκιμασίαx^2 ανεξαρτησίας του Pearson.

Ακολουθούν, οι έλεγχοι διαφοράς ώστε να διαπιστωθεί αν η ύπαρξη ιστορικού κατάχρησης/ εξάρτησης από ουσίες διαφοροποιεί σημαντικά την επιθετικότητα των ασθενών και την ηλικία τέλεσης του εγκλήματος. Σε όλες τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος t για 2 ανεξάρτητα δείγματα, καθώς η υπόθεση της κανονικότητας των δεδομένων μπορεί να θεωρηθεί ότι ισχύει μέσω του Κεντρικού Οριακού Θεωρήματος (καθένα από τα 2 δείγματα περιλαμβάνει περισσότερες από 30 παρατηρήσεις).

Σύμφωνα με τον Πίνακα Γ2.17, οι δράστες διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς την ηλικία τέλεσης του εγκλήματος (t(61,318)=-2.408, p=0.019) και την ηλικία κατά τη διεξαγωγή της έρευνας (t(76)=-3.042, p=0.003) με κριτήριο το ιστορικό κατάχρησης / εξάρτησης από ουσίες. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς με ιστορικό εξάρτησης διέπραξαν το έγκλημα σε μικρότερη ηλικία και έχουν σημαντικά μικρότερη ηλικία κατά τη διεξαγωγή της έρευνας σε σχέση με τους υπόλοιπους.

Επίσης, όσοι έχουν ιστορικό εξάρτησης διαφέρουν σημαντικά από τους υπόλοιπους όσον αφορά τη σωματική επιθετικότητα (t(75,589)=1.997, p=0049), τη λεκτική επιθετικότητα (t(76)=2.401, p=0.019), τον θυμό (t(76)=2.187, p=0.032) και την εχθρικότητα (t(76)=-2.003, p=0.049). Στις τρεις πρώτες περιπτώσεις η μεγαλύτερη μέση βαθμολογία εμφανίζεται μεταξύ αυτών με ιστορικό κατάχρησης / εξάρτησης από ουσίες. Αντίθετα, όσοι απάντησαν αρνητικά στην ύπαρξη του ιστορικού εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερη εχθρικότητα (Μ.Ο.=21.50, Τ.Α.=7.46) έναντι των υπολοίπων (Μ.Ο.=24.74, Τ.Α.=6.54).

Επιπλέον, οι δύο ομάδες δεν εμφανίζουν σημαντικές διαφορές σε κανένα από τα χαρακτηριστικά του ερωτηματολογίου HDHQ, εκτός από την Εκδραματιζόμενη εχθρικότητα (t(76)=2.021, p=0.047), όπου οι δράστες με ιστορικό κατάχρησης / εξάρτησης από ουσίες εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία (Μ.Ο.=5.00, Τ.Α.=3.05) έναντι των υπολοίπων δραστών (Μ.Ο.=3.74, Τ.Α.=2.27).

Ακολούθως, οι δύο ομάδες διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς την Αναζήτηση αίσθησης (t(76)=3.517, p=0.001) και την Παρορμητική αναζήτηση αίσθησης (t(75,662)=3.235, p=0.002), όπως αυτές αποτυπώνονται στο ερωτηματολόγιο ZKPQ. Τόσο στην πρώτη όσο και στη δεύτερη περίπτωση, οι ασθενείς που έχουν ιστορικό καταχρήσεων/εξαρτήσεων από ουσίες εμφανίζουν σημαντικά δυσμενέστερη εικόνα σε σχέση με τους υπόλοιπους.

Παρόμοια είναι και η εικόνα στο ερωτηματολόγιο CAGE που αφορά την συνολική εικόνα των ασθενών ως προς τη χρήση αλκοόλ (t(55,900)=8.278, p<0.001). Αντίθετα, οι δύο ομάδες δε διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς την κλίμακα λειτουργικότητας (GAF).

Επιπλέον, οι δύο ομάδες ασθενών δεν διαφέρουν σημαντικά σε κανέναν από τους παράγοντες της κλίμακας θετικού και αρνητικού συνδρόμου (PANSS), όπως και σε κανένα παράγοντα του ερωτηματολογίου σωματικής και συναισθηματικής υγείας (SF-36). Τέλος, οι δύο ομάδες διαφοροποιούνται σημαντικά στην κλίμακα ιστορικού του ερωτηματολογίου HCR-20 τόσο πριν τη διάπραξη του αδικήματος (t(76)=3.604, p=0.001), όσο και κατά τη διεξαγωγή της έρευνας (t(76)=3.259, p=0.002). Σε κάθε περίπτωση η βαθμολογία που σημειώνουν είναι σημαντικά μεγαλύτερη μεταξύ των δραστών που έχουν ιστορικό κατάχρησης / εξάρτησης από ουσίες παρά στους υπόλοιπους. Η ίδια εικόνα εμφανίζεται και ως προς τη συνολική βαθμολογία που σημειώνουν στην κλίμακα εκτίμησης της επικινδυνότητας (HCR-20) τόσο πριν το αδίκημα (t(61,069)=2.526, p=0.014) όσο και κατά τη διάρκεια της έρευνας (t(60.793)=2.099, p=0.040).

Πίνακας Γ2.17. Αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς στις συνολικές βαθμολογίες των συμμετεχόντων (με κριτήριο το ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες)

		Με ιστορικό (N=37)	**Χωρίς ιστορικό (N=41)**		
Ερωτηματολόγια	**Υποκλίμακες**[**]	**Μ.Ο.±Τ.Α.**	**Μ.Ο.±Τ.Α.**	**t/U**	**p**
Δημογραφικά χαρακτηριστικά	Ηλικία τέλεσης του εγκλήματος	35,80±10,36	42,41±13,18	-2,408	**0,019**
	Ηλικία σήμερα	46,98±11,52	55,35±12,72	-3,042	**0,003**
	Ηλικία έναρξης ψυχικής νόσου	24,14±9,69	27,44±9,72	-1,492	0,140
Ερωτηματολόγιο επιθετικότητας (Aggression)	Σωματική επιθετικότητα (5-45)	20,73±9,76	16,94±6,97	1,997	**0,049**
	Λεκτική επιθετικότητα (5-25)	13,70±3,76	11,79±3,08	2,401	**0,019**
	Θυμός (7-35)	15,57±5,51	12,97±4,77	2,187	**0,032**
	Εχθρικότητα (8-40)	21,50±7,46	24,74±6,54	-2,003	**0,049**
Ερωτηματολόγιο HDHQ	Εκδραματιζόμενη εχθρικότητα (0-12)	5,00±3,05	3,74±2,27	2,021	**0,047**
	Κριτική των άλλων (0-12)	6,80±3,05	6,00±2,58	1,219	0,227
	Παραληρητική εχθρικότητα (0-9)	4,30±2,54	5,00±2,54	-1,216	0,228
	Αυτοκριτική (0-11)	4,75±2,49	4,82±2,60	-0,127	0,899
	Παραληρητική ενοχή (0-7)	3,41±1,63	3,56±1,80	-0,385	0,702
	Σύνολο εχθρικότητας (0-51)	24,18±9,51	23,12±8,61	0,511	0,611
	Εξωστρεφόμενη εχθρικότητα (0-33)	16,07±7,77	14,74±6,23	0,818	0,416
	Εσωστρεφόμενη εχθρικότητα (0-29)	13,45±6,57	13,21±6,37	0,168	0,867
	Κατεύθυνση εχθρικότητας	-3,25±8,03	-1,53±6,54	-1,015	0,313
Ερωτηματολόγιο ZKPQ	Παρορμητική αναζήτηση αίσθησης (0-100)	48,80±25,87	32,50±18,61	3,235	**0,002**
	Παρορμητικότητα (0-100)	47,73±31,35	37,87±21,21	1,653	0,102

	Αναζήτηση αίσθησης (0-100)	49,58±27,76	28,61±23,81	3,517	**0,001**
	Νευρωτισμός-Άγχος (0-100)	41,04±22,11	43,81±23,99	-0,529	0,598
	Επιθετικότητα – Εχθρικότητα (0-100)	41,18±24,80	33,91±22,25	1,342	0,184
	Ενεργητικότητα (0-100)	37,83±25,16	46,71±24,19	-1,571	0,120
	Κοινωνικότητα (0-100)	44,65±21,99	41,52±22,85	0,612	0,542
	Ιδιότητες ανίχνευσης ψεύδους (0-100)	36,59±25,51	35,88±19,71	0,134	0,894
Ερωτηματολόγιο CAGE	Σύνολο (0-4)	1,818±1,244	0,147±0,436	8,278	**<0,001**
Ερωτηματολόγιο GAF	Σύνολο πριν (0-100)	42,05±10,47	42,06±10,95	-0,005	0,996
	Σύνολο μετά (0-100)	50,00±14,47	46,76±16,09	0,933	0,354
Ερωτηματολόγιο κοινωνικής λειτουργικότητας (SF-36)	Σωματική λειτουργικότητα (0-100)	87,05±17,92	78,68±27,20	1,552	0,126
	Περιορισμοί λόγω σωματικής υγείας (0-100)	81,25±28,08	77,94±37,82	0,444	0,659
	Περιορισμοί λόγω συναισθηματικής υγείας (0-100)	72,73±35,42	71,57±37,73	0,140	0,889
	Ενέργεια/κόπωση (0-100)	61,36±20,56	55,59±28,97	1,030	0,306
	Συναισθηματική κατάσταση (0-100)	67,55±22,15	65,77±21,38	0,357	0,722
	Κοινωνική λειτουργικότητα (0-100)	78,41±28,32	78,31±31,13	0,015	0,988
	Πόνος (0-100)	79,77±24,21	80,74±24,77	-0,172	0,864
	Γενική υγεία (0-100)	72,50±18,85	66,47±23,66	1,253	0,214
	Αλλαγή στην υγεία (0-100)	64,77±26,04	54,41±30,45	1,618	0,110
Ερωτηματολόγιο PANSS	Θετική κλίμακα κατά το αδίκημα (7-49)	30,86±6,68	31,32±5,47	-0,326	0,745
	Αρνητική κλίμακα κατά το αδίκημα(7-49)	23,80±6,68	25,76±6,93	-1,270	0,208
	Κλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας κατά το αδίκημα(16-112)	53,95±10,71	53,74±10,12	0,092	0,927
	Σύνολο κατά το αδίκημα(30-210)	108,61±20,29	111,09±18,58	-0,554	0,581
	Θετική κλίμακα κατά την έρευνα (7-49)	17,86±7,39	18,97±6,98	-0,672	0,504

	Αρνητική κλίμακα κατά την έρευνα(7-49)	23,93±7,98	26,32±7,61	-1,340	0,184
	Κλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας κατά την έρευνα(16-112)	41,41±9,93	42,29±10,83	-0,375	0,709
	Σύνολο κατά την έρευνα(30-210)	83,68±21,94	88,09±22,50	-0,870	0,387
Ερωτηματολόγιο HCR-20	Κλίμακα ιστορικού κατά το αδίκημα (0-18)	12,34±2,45	10,21±2,77	3,604	**0,001**
	Κλινική κλίμακα κατά το αδίκημα(0-10)	7,55±1,81	7,53±1,38	0,043	0,966
	Κλίμακα διαχείρισης κινδύνου κατά το αδίκημα(0-10)	7,25±2,28	6,21±2,91	1,722	0,090
	Σύνολο κατά το αδίκημα(0-38)	27,14±4,75	23,94±6,08	2,526	**0,014**
	Κλίμακα ιστορικού κατά την έρευνα(0-18)	13,41±2,12	11,68±2,58	3,259	**0,002**
	Κλινική κλίμακα κατά την έρευνα (0-10)	5,02±2,71	4,68±2,86	0,547	0,586
	Κλίμακα διαχείρισης κινδύνου κατά την έρευνα(0-10)	7,25±2,28	6,21±2,91	1,722	0,090
	Σύνολο κατά την έρευνα(0-38)	25,68±5,57	22,56±7,17	2,099	**0,040**

*Στις περιπτώσεις όπου $p<0.05$, το ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.
**Σε όλες τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος t για 2 ανεξάρτητα δείγματα (Independent Samples t-test).

Γ. 2.4 Έλεγχοι διαφοράς και ανεξαρτησίας (difference and independence tests) ως προς το ιστορικό αυτοκτονικότητας έως την τέλεση του εγκλήματος

Στη συνέχεια δίνονται τα αποτελέσματα από τους ελέγχους ανεξαρτησίας και διαφορών ανάμεσα σε άτομα με και χωρίς ιστορικό αυτοκτονικότητας πριν το αδίκημα. Όπως δείχνει ο Πίνακας Γ2.18, μόνο η διάγνωση της ψυχικής νόσου κατά την τέλεση του εγκλήματος φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό ($x^2(4)=9.460$, $p=0.033$). Απ' όσους είχαν αυτοκτονική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος, το 30,8% διαγνώστηκαν με ψύχωση, ενώ από την ομάδα που δεν εμφάνισε τέτοια συμπεριφορά το ποσοστό ανέρχεται σε 11,5%. Αντίστοιχα, σχεδόν οι μισοί απ' όσους είχαν αυτοκαταστροφική τάση έως την τέλεση του εγκλήματος διαγνώστηκαν με σχιζοφρένεια (57,7%), ενώ το ποσοστό της δεύτερης ομάδας ανέρχεται σε 80,8%. Αντίθετα, το ιστορικό αυτοκτονικότητας δεν σχετίζεται σημαντικά με τα φύλο, τον χρόνο τέλεσης του αδικήματος, την ηλικία έναρξης της ψυχικής νόσου, την οικογενειακή κατάσταση και το ιστορικό νοσηλειών έως την τέλεση του εγκλήματος.

Πίνακας Γ2.18. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με δημογραφικά χαρακτηριστικά και κλινική εικόνα των συμμετεχόντων (με κριτήριο το ιστορικό αυτοκτονικότητας έως την τέλεση του εγκλήματος)

	Με ιστορικό (N=26)		**Χωρίς ιστορικό (N=52)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p**
Φύλο (N=78)**						
Άνδρας	23	88,5%	47	90,4%%	0,070	1,000
Γυναίκα	3	11,5%	5	9,6%		
Χρόνος τέλεσης του εγκλήματος						
Κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο	5	19,2%	16	30,8%	1,173	0,279
Κατά την πορεία της νόσου	21	80,8%	36	69,2%		
Ηλικία έναρξης ψυχική νόσου (N=78)***						
Πριν τα 20	11	42,3%	22	42,3%		
21-30	9	34,6%	16	30,8%	1,723	0,633
31-40	3	11,5%	11	21,2%		
41 και άνω	3	3,8%	3	3,8%		
Διάγνωση κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)***						
Σχιζοφρένεια	15	57,7%	42	80,8%	9,460	**0,033**

Συναισθηματική διαταραχή	0	0%	2	3,8%		
Ψύχωση	8	30,8%	6	11,5%		
Νοητική υστέρηση	0	0%	1	1,9%		
Διαταραχή οφειλόμενη σε ουσίες	3	11,5%	1	1,9%		
Οικογενειακή κατάσταση (N=78)***						
Έγγαμος	4	15,4%	10	19,2%		
Άγαμος μόνος	16	61,5%	31	59,6%		
Άγαμος σε σχέση	0	0%	3	5,8%	2,381	0,714
Διαζευγμένος	5	19,2%	6	11,5%		
Χήρος	1	3,8%	2	3,8%		
Νοσηλεία/ες μέχρι την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	21	80,8%	34	65,4%	1,973	0,160
Ακούσια/ες νοσηλεία/ες μέχρι την τέλεση του εγκλήματος (N=55)**	17	81%	31	91,2%	1,222	0,408
Εκούσια/ες νοσηλεία μέχρι την τέλεση του εγκλήματος (N=55)	8	38,1%	13	38,2%	<0,001	0,992

*Στις περιπτώσεις όπου p<0.05, το ιστορικό αυτοκτονικότητας έως την τέλεση του εγκλήματος σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε ο ακριβής έλεγχος του Fisher.
***Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε η μέθοδος Monte Carlo.

Στη συνέχεια, ελέγχθηκαν οι απαντήσεις των δύο ομάδων που προέκυψαν με βάση το ιστορικό αυτοκτονικότητας ή όχι σε σχέση με το ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες (Πίνακας Γ.2.19). Στον ίδιο πίνακα δίνονται και τα αποτελέσματα σχετικά με την ύπαρξη ψυχιατρικής φαρμακευτικής αγωγής κατά την τέλεση του εγκλήματος. Όπως φαίνεται, οι δύο ομάδες ασθενών δε διαφέρουν σημαντικά ως προς καμία μεταβλητή που αφορά τη χρήση ουσιών, παρά μόνο ως προς τη χρήση ηρωίνης ($x^2(1)=5.585$, p=0.026). Συγκεκριμένα, το ποσοστό θετικών απαντήσεων στη χρήση ηρωίνης είναι υπερτριπλάσιο γι' αυτούς που είχαν αυτοκτονική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος σε σχέση με τους υπόλοιπους (30,8% έναντι 9,6%). Ακόμη, το ιστορικό λήψης ψυχιατρικής φαρμακευτικής αγωγή κατά την τέλεση του εγκλήματος και η συμμόρφωση με αυτή δεν σχετίζονται με το ιστορικό αυτοκαταστροφικότητας έως την τέλεση του εγκλήματος.

Πίνακας Γ2.19. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και τη λήψη αγωγής κατά την τέλεση του εγκλήματος (με κριτήριο το ιστορικό αυτοκτονικότητας έως την τέλεση του εγκλήματος)

	Ναι (N=26)	**Όχι (N=52)**

Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p***
Ουσίες (N=78)	17	65,4%	27	51,9%	1,277	0,258
Χρήση πέριξ της τέλεσης του εγκλήματος (N=78)	12	46,2%	16	30,8%	1,783	0,182
Τέλεση εγκληματικής πράξης σχετιζόμενης με ψυχοτρόπες ουσίες (N=78)	9	34,6%	11	21,2%	1,647	0,199
Χρήση αλκοόλ (N=78)**	25	96,2%	46	88,5%	1,256	0,414
Χρήση αλκοόλ πάνω από το κρίσιμο όριο (N=72)	18	72%	29	61,7%	0,764	0,382
Κατάχρηση αλκοόλ (N=78)	17	65,4%	26	50%	1,658	0,198
Χρήση αλκοόλ τις τελευταίες 30 ημέρες (N=45)	11	64,7%	19	67,9%	0,047	0,828
Χρήση κάνναβης (N=78)	12	46,2%	21	40,4%	0,236	0,627
Χρήση κάνναβης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=32)**	7	63,6%	15	71,4%	0,204	0,703
Χρήση ηρωίνης (N=78)**	8	30,8%	5	9,6%	5,585	**0,026**
Χρήση ηρωίνης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=15)**	4	57,1%	5	62,5%	0,045	1,000
Χρήση μεθαδόνης (N=78)**	2	7,7%	1	1,9%	1,560	0,256
Χρήση μεθαδόνης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=3)***	0	0%	0	0%	-	-
Χρήση οπιούχων/οπιοειδών (N=37)**	4	25%	3	14,3%	0,680	0,437
Χρήση χαπιών (N=78)**	9	34,6%	2	3,8%	13,547	0,001
Χρήση χαπιών τις τελευταίες 30 ημέρες (N=11)**	6	66,7%	1	50%	0,196	1,000
Χρήση κοκαΐνης (N=78)**	5	19,2%	7	13,5%	0,443	0,521
Χρήση κοκαΐνης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=12)**	1	20%	2	28,6%	0,114	1,000
Χρήση αμφεταμινών (N=78)**	2	7,7%	0	0%	4,105	0,108
Χρήση αμφεταμινών τις τελευταίες 30 ημέρες (N=2)****	0	0%	-	-	-	-
Χρήση παραισθησιογόνων (N=78)**	2	7,7%	1	1,9%	1,560	0,256
Χρήση παραισθησιογόνων τις τελευταίες 30 ημέρες (N=3)***	0	0%	0	0%	-	-
Χρήση εισπνεόμενων (N=78)**	0	0%	3	5,8%	1,560	0,547
Σε ψυχιατρική/φαρμακευτική αγωγή κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	23	88,5%	39	75%	1,926	0,165
Συμμόρφωση με ψυχιατρική/φαρμακευτική αγωγή κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=62)**	4	17,4%	3	7,7%	1,359	0,244

*Στις περιπτώσεις όπου p<0.05, η ύπαρξη αυτοκτονιών/παραυτοκτονικής συμπεριφοράς έως την τέλεση του εγκλήματος σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.

**Σε αυτές τις περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε ο ακριβής έλεγχος του Fisher. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις εφαρμόστηκε

ο έλεγχος x^2ανεξαρτησίας του Pearson.
[***]Σε αυτή την περίπτωση δεν εφαρμόστηκε έλεγχος ανεξαρτησίας καθώς όλοι έδωσαν την ίδια απάντηση.
[****]Σε αυτή την περίπτωση δεν εφαρμόστηκε έλεγχος ανεξαρτησίας καθώς όλοι όσοι απάντησαν είχαν αυτοκτονική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος και απάντησαν όλοι αρνητικά στη χρήση αμφεταμινών τις τελευταίες 30 ημέρες.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα Γ2.20, το ιστορικό αυτοκτονικότητας έως την τέλεση του εγκλήματος δεν σχετίζεται με ιστορικό ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς πριν ή μετά την τέλεση του εγκλήματος. Επιπλέον, απ' όλα τα περιστατικά θυματοποίησης που μελετώνται, η αυτοκτονική συμπεριφορά φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά μόνο με το ιστορικό σωματικής/σεξουαλικής κακοποίησης. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς χωρίς ιστορικό αυτοκτονικότητας παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό σωματικής/σεξουαλικής κακοποίησης από αυτούς με ιστορικό (46,2% έναντι 19,2%).

Πίνακας Γ2.20. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με το ιστορικό ετερο καταστροφικότητας, θυματοποίησης, στρεσογόνων περιστατικών ή οργανικής νόσου (με κριτήριο το ιστορικό αυτοκτονικότητας έως την τέλεση του εγκλήματος)

	Με ιστορικό (N=26)		**Χωρίς ιστορικό (N=52)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p**
Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος (N=78)[**]	2	7,7%	12	23,1%	2,786	0,124
Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά μετά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)[**]	2	7,7%	12	23,1%	2,786	0,095
Ιστορικό θυματοποίησης στο παρελθόν του ασθενή (N=78)	7	26,9%	24	46,2%	2,677	0,102
Θύμα σωματικής/σεξουαλικής κακοποίησης (N=78)	5	19,2%	24	46,2%	5,379	**0,020**
Θύμα σχολικού εκφοβισμού (N=78)[**]	2	7,7%	9	17,3%	1,323	0,319
Διαταραχές διαγωγής / συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία (N=78)	9	34,6%	21	40,4%	0,244	0,622
Στρεσογόνα γεγονότα ζωής τους τελευταίους 24 μήνες πριν από την εγκληματική πράξη (N=78)	11	42,3%	30	57,7%	1,645	0,200
Οργανική νόσος έως/κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)[**]	0	0%	7	13,5%	3,845	0,088
Είδος νόσου (N=7)						
Χρόνια	-	-	6	85,7%	-	-
Οξεία	-	-	1	14,3%		

[*]Στις περιπτώσεις όπου $p<0.05$, το ιστορικό αυτοκτονικότητας έως την τέλεση του εγκλήματος σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.
[**]Σε αυτές τις περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε ο ακριβής έλεγχος του Fisher. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος x^2ανεξαρτησίας του Pearson.

Σύμφωνα με τον Πίνακα Γ2.21, η αυτοκτονικότητα δε σχετίζεται σημαντικά ούτε με το είδος εγκλήματος που επιλέγουν οι ασθενείς, ούτε με το πρόσωπο στο οποίο στρέφονται. Ακόμη, το ιστορικό προηγούμενων καταδικών δε φαίνεται να εμφανίζει σημαντικά διαφορετικά ποσοστά μεταξύ των δύο ομάδων.

Πίνακας Γ2.21. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με το είδος εγκλήματος που έχουν διαπράξει οι ασθενείς, τη σχέση τους με το θύμα και το ιστορικό καταδικών (με κριτήριο το ιστορικό αυτοκτονικότητας έως την τέλεση του εγκλήματος)

	Ναι (N=26)		**Όχι (N=52)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p**
Έγκλημα κατά της ζωής (N=78)	17	65,4%	36	69,2%	0,118	0,732
Έγκλημα κατά της σωματικής ακεραιότητας (N=78)	8	30,8%	12	23,1%	0,538	0,463
Έγκλημα κατά της ιδιοκτησίας (N=78)**	5	19,2%	5	9,6%	1,434	0,287
Κοινώς επικίνδυνα εγκλήματα (N=78)**	4	15,4%	7	13,5%	0,053	1,000
Βασική κατηγοριοποίηση εγκλήματος (N=78)***						
Σωματική βλάβη	3	11,5%	7	13,5%		
Ανθρωποκτονία	8	30,8%	25	48,1%		
Εμπρησμός	3	11,5%	6	11,5%		
Απόπειρα ανθρωποκτονίας	9	34,6%	11	21,2%	7,752	0,355
Φθορά ξένης περιουσίας	1	3,8%	1	1,9%		
Κλοπή	0	0%	1	1,9%		
Ληστεία	2	7,7%	0	0%		
Εκφοβισμός	0	0%	1	1,9%		
Σχέση θύτη – βασικού θύματος (N=71)***						
Συγγενική	14	60,9%	30	62,5%		
Συζυγική	1	4,3%	6	12,5%		
Φιλική	2	8,7%	2	4,2%	1,887	0,777
Απλή γνωριμία	2	8,7%	4	8,3%		
Άγνωστος	4	17,4%	6	12,5%		
Σχέση θύτη – βασικού θύματος (N=71)						
Εκτός οικογένειας	8	34,8%	12	25%	0,735	0,391
Εντός οικογένειας	15	65,2%	36	75%		

Προηγούμενες καταδίκες (N=78)	10	38,5%	10	19,2%	3,362	0,067

*Στις περιπτώσεις όπου p<0.05, η ύπαρξη αυτοκτονιών/παραυτοκτονικής συμπεριφοράς έως την τέλεση του εγκλήματος σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε ο ακριβής έλεγχος του Fisher.
***Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε η μέθοδος Monte Carlo. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος x^2ανεξαρτησίας του Pearson.

Τέλος, πραγματοποιήθηκαν οι έλεγχοι διαφορών όπου εξετάζεται αν η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά πριν την τέλεση του εγκλήματος διαφοροποιεί σημαντικά τις συνολικές βαθμολογίες που σημειώνουν οι άντρες και οι γυναίκες στα διάφορα ερωτηματολόγια της έρευνας και την ηλικία στην οποία διαπράχθηκε το αδίκημα. Όπως φαίνεται στον Πίνακα Γ2.22, οι δύο ομάδες ατόμων δε φαίνεται να διαφοροποιούνται ως προς την ηλικία διάπραξης του αδικήματος και ως προς κανένα παράγοντα των ερωτηματολογίων Aggression, HDHQ και ZKPQ. Ακόμη, δε φαίνεται να υπάρχουν σημαντικές διαφορές στο ερωτηματολόγιο που αφορά τον αλκοολισμό (CAGE). Αντίθετα, οι δυο ομάδες ασθενών διαφέρουν σημαντικά ως προς την επικινδυνότητα, αλλά μόνο κατά τη διεξαγωγή της έρευνας (U=388.500, p=0.002). Συγκεκριμένα, όσοι είχαν διαπράξει απόπειρα αυτοκτονίας κρίνονται σημαντικά λιγότερο επικίνδυνοι (M.O.=56.15, T.A.=11.69) σε σχέση με τους υπόλοιπους (M.O.=44.81, T.A.=15.40) κατά τη διεξαγωγή της έρευνας.

Όσον αφορά τη σωματική και συναισθηματική υγεία (SF-36), οι δύο ομάδες ασθενών δε διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς κανέναν παράγοντα αυτού του ερωτηματολογίου. Αντίθετα, στην κλίμακα θετικού και αρνητικού συνδρόμου (PANSS) παρατηρούνται σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων, τόσο στη θετική (U=492.000, p=0.051) όσο και στην αρνητική κλίμακα (t(76)=-2.644, p=0.010), αλλά μόνο κατά τη διεξαγωγή της έρευνας. Συγκεκριμένα και στις δύο περιπτώσεις φαίνεται να υπάρχει σημαντικά μεγαλύτερη σοβαρότητα της ψυχοπαθολογίας στην ομάδα των ατόμων που δεν είχαν διαπράξει απόπειρα αυτοκτονίας πριν την τέλεση του εγκλήματος παρά στους υπόλοιπους. Οι δύο ομάδες διαφοροποιούνται σημαντικά και στο συνολικό σκορ που σημειώνουν σε αυτή την κλίμακα κατά την έρευνα (t(76)=-2.387, p=0.019). Τέλος, οι δύο ομάδες δεν φαίνεται να εμφανίζουν σημαντική διαφορά σε καμία από τις συνολικές βαθμολογίες της εκτίμησης επικινδυνότητας για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς τόσο κατά το αδίκημα, όσο και κατά τη διεξαγωγή της έρευνας.

Πίνακας Γ2.22. Αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς στις συνολικές βαθμολογίες των συμμετεχόντων (με κριτήριο το ιστορικό αυτοκτονικότητας έως την τέλεση του εγκλήματος)

		Με ιστορικό (N=26)	**Χωρίς ιστορικό (N=52)**		
Ερωτηματολόγια	**Υποκλίμακες**	**Μ.Ο.±Τ.Α.**	**Μ.Ο.±Τ.Α.**	**t/U**	**p**
Δημογραφικά χαρακτηριστικά	Ηλικία τέλεσης του εγκλήματος	38,38±11,50	38,83±12,43	656,000	0,832
Ερωτηματολόγιο επιθετικότητας (Aggression)	Σωματική επιθετικότητα (5-45)	18,42±7,88	19,40±9,30	662,000	0,882
	Λεκτική επιθετικότητα (5-25)	13,19±3,12	12,71±3,82	571,500	0,265
	Θυμός (7-35)**	13,81±5,12	14,75±5,45	-0,734	0,465
	Εχθρικότητα (8-40)**	21,08±7,63	23,83±6,89	-1,604	0,113
Ερωτηματολόγιο HDHQ	Εκδραματιζόμενη εχθρικότητα (0-12)	4,19±2,06	4,58±3,11	658,000	0,847
	Κριτική των άλλων (0-12)	6,08±2,95	6,63±2,84	611,000	0,488
	Παραληρητική εχθρικότητα (0-9)	3,88±2,37	4,96±2,57	508,500	0,074
	Αυτοκριτική (0-11)**	4,38±2,19	4,98±2,67	-0,984	0,328
	Παραληρητική ενοχή (0-7)	3,54±1,58	3,44±1,77	657,000	0,838
	Σύνολο εχθρικότητας (0-51)**	22,08±8,13	24,54±9,49	-1,130	0,262
	Εξωστρεφόμενη εχθρικότητα (0-33)	14,15±6,11	16,15±7,55	578,500	0,301
	Εσωστρεφόμενη εχθρικότητα (0-29)**	12,73±5,77	13,65±6,79	-0,594	0,554
	Κατεύθυνση εχθρικότητας	-1,85±6,14	-2,83±8,03	639,500	0,698
Ερωτηματολόγιο ZKPQ	Παρορμητική αναζήτηση αίσθησης (0-100)**	38,87±21,00	43,11±25,80	-0,727	0,470
	Παρορμητικότητα (0-100)	36,54±25,23	46,88±28,43	533,000	0,126

	Αναζήτηση αίσθησης (0-100)	40,55±23,61	40,38±30,15	657,500	0,844
	Νευρωτισμός-Άγχος (0-100)**	38,27±19,39	44,23±24,32	-1,088	0,280
	Επιθετικότητα – Εχθρικότητα (0-100)	31,45±13,09	41,29±27,23	591,500	0,368
	Ενεργητικότητα (0-100)	47,51±25,12	38,80±24,64	560,500	0,219
	Κοινωνικότητα (0-100)	48,42±19,21	40,72±23,41	522,000	0,101
	Ιδιότητες ανίχνευσης ψεύδους (0-100)	35,77±16,29	36,54±25,89	643,500	0,728
Ερωτηματολόγιο CAGE	Σύνολο (0-4)	1,308±1,320	0.,981±1,260	581,500	0,278
Κλίμακα GAF	Σύνολο κατά το αδίκημα (0-100)	44,23±11,38	40,96±10,15	561,500	0,207
	Σύνολο κατά την έρευνα (0-100)	56,15±11,69	44,81±15,40	388,500	**0,002**
Ερωτηματολόγιο κοινωνικής λειτουργικότητας (SF-36)	Σωματική λειτουργικότητα (0-100)	86,15±20,26	82,02±23,85	628,000	0,605
	Περιορισμοί λόγω σωματικής υγείας (0-100)	78,85±32,93	80,29±32,59	660,000	0,844
	Περιορισμοί λόγω συναισθηματικής υγείας (0-100)	70,52±36,91	73,07±36,19	635,000	0,629
	Ενέργεια/κόπωση (0-100)**	56,54±26,86	60,00±23,54	-0,584	0,561
	Συναισθηματική κατάσταση (0-100)	64,92±22,47	67,69±21,46	639,000	0,694
	Κοινωνική λειτουργικότητα (0-100)	76,92±30,35	79,09±29,15	659,000	0,844
	Πόνος (0-100)	76,64±25,62	81,97±23,67	582,000	0,296
	Γενική υγεία (0-100)	66,92±22,27	71,35±20,63	610,000	0,482
	Αλλαγή στην υγεία (0-100)	56,73±28,77	62,02±28,22	615,000	0,502
Κλίμακα PANSS	Θετική κλίμακα κατά το αδίκημα (7-49)	29,65±7,33	31,77±5,40	567,000	0,247
	Αρνητική κλίμακα κατά το αδίκημα(7-49)**	23,15±6,46	25,40±6,93	-1,382	0,171
	Κλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας κατά το αδίκημα(16-112)**	53,69±13,16	53,94±8,84	-0,100	0,921
	Σύνολο κατά το αδίκημα(30-210)**	106,50±23,30	111,29±17,29	-1,024	0,309

	Θετική κλίμακα κατά την έρευνα (7-49)	16,04±6,94	19,50±7,09	492,000	**0,051**
	Αρνητική κλίμακα κατά την έρευνα (7-49)**	21,77±6,65	26,58±7,98	-2,644	**0,010**
	Κλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας κατά την έρευνα(16-112)**	39,58±9,11	42,90±10,72	-1,356	0,179
	Σύνολο κατά την έρευνα(30-210)**	77,38±18,80	89,71±22,71	-2,387	**0,019**
Κλίμακα HCR-20	Κλίμακα ιστορικού κατά το αδίκημα(0-18)**	11,81±2,64	11,21±2,87	0,889	0,377
	Κλινική κλίμακα κατά το αδίκημα(0-10)	7,31±1,87	7,65±1,49	625,000	0,581
	Κλίμακα διαχείρισης κινδύνου κατά το αδίκημα(0-10)	6,85±2,81	6,77±2,53	660,000	0,864
	Σύνολο κατά το αδίκημα (0-38)**	25,96±5,62	25,63±5,59	0,243	0,809
	Κλίμακα ιστορικού κατά την έρευνα(0-18)	12,85±2,40	12,56±2,52	607,500	0,464
	Κλινική κλίμακα κατά την έρευνα(0-10)	4,58±3,06	5,02±2,62	625,000	0,586
	Κλίμακα διαχείρισης κινδύνου κατά την έρευνα(0-10)	6,85±2,81	6,77±2,53	660,000	0,864
	Σύνολο κατά την έρευνα(0-38)**	24,27±6,76	24,35±6,37	-0,049	0,961

*Στις περιπτώσεις όπου p<0.05, το ιστορικό αυτοκτονικότητας έως την τέλεση του εγκλήματος σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.

**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος t για 2 ανεξάρτητα δείγματα (Independent Samples t-test). Σε όλα τα άλλα σκορ εφαρμόστηκε η μη παραμετρική δοκιμασία Mann-Whitney.

Γ. 2.5 Έλεγχοι διαφορών και ανεξαρτησίας (difference and independence tests) ως προς το ιστορικό ετεροκαταστροφικότητας έως την τέλεση του εγκλήματος

Ένα ακόμη χαρακτηριστικό ως προς το οποίο διαχωρίζονται οι ασθενείς είναι το ιστορικό ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς έως την τέλεση του εγκλήματος. Σ' αυτούς τους ελέγχους εξετάζονται και πάλι 2 ανεξάρτητα δείγματα. Όπως φαίνεται στον Πίνακα Γ2.23, αυτό το χαρακτηριστικό σχετίζεται σημαντικά μόνο με το φύλο ($x^2(1)=6.352$, $p=0.023$). Συγκεκριμένα, σχεδόν όλοι όσοι είχαν ετεροκαταστροφική συμπεριφορά πριν την τέλεση του αδικήματος ήταν άντρες (94,8%). Αντίθετα, ο χρόνος τέλεσης του εγκλήματος, η ηλικία έναρξης ψυχικής νόσου, το είδος ψυχικής νόσου, η οικογενειακή κατάσταση και το ιστορικό νοσηλειών πριν την τέλεση του εγκλήματος δε φαίνεται να σχετίζονται σημαντικά με αυτό το χαρακτηριστικό.

Πίνακας Γ2.23. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με δημογραφικά χαρακτηριστικά και την κλινική εικόνα των συμμετεχόντων (με κριτήριο το ιστορικό ετεροκαταστροφικότητας ως την τέλεση του εγκλήματος)

	Με ιστορικό (N=58)		**Χωρίς ιστορικό (N=20)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p**
Φύλο (N=78)**						
Άνδρας	55	94,8%	15	75%	6,352	**0,023**
Γυναίκα	3	5,2%	5	25%		
Χρόνος τέλεσης του εγκλήματος (N=78)						
Στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο	13	22,4%	8	40%	2,338	0,126
Κατά την πορεία της νόσου	45	77,6%	12	60%		
Ηλικία έναρξης ψυχική νόσου (N=78)***						
Πριν τα 20	26	44,8%	7	35%	1,306	0,735
21-30	19	32,8%	6	30%		
31-40	9	15,5%	5	25%		
41 και άνω	4	6,9%	2	10%		
Διάγνωση κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)***						
Σχιζοφρένεια	41	70,7%	16	80%	1,342	0,894
Συναισθηματική διαταραχή	2	3,4%	0	0%		
Ψύχωση	11	19%	3	15%		
Νοητική υστέρηση	1	1,7%	0	0%		

Διαταραχή οφειλόμενη σε ουσίες	3	5,2%	1	5%		
Οικογενειακή κατάσταση (N=78)***						
Έγγαμος	9	15,5%	5	25%		
Άγαμος μόνος	37	63,8%	10	50%		
Άγαμος σε σχέση	2	3,4%	1	5%	4,277	0,376
Διαζευγμένος	9	15,5%	2	10%		
Χήρος	1	1,7%	2	10%		
Νοσηλεία/ες μέχρι την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	44	75,9%	11	55%	3,113	0,078
Ακούσια/ες νοσηλεία/ες μέχρι την τέλεση του εγκλήματος (N=55)**	38	86,4%	10	90,9%	0,164	1,000
Εκούσια/ες νοσηλεία μέχρι την τέλεση του εγκλήματος (N=55)**	15	34,1%	6	54,5%	1,560	0,300

*Στις περιπτώσεις όπου p<0.05, το ιστορικό ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς ως την τέλεση του εγκλήματος σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε ο ακριβής έλεγχος του Fisher.
***Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε η μέθοδος Monte Carlo.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα Γ2.24, το ιστορικό ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς έως την τέλεση του αδικήματος σχετίζεται σημαντικά με τη χρήση ουσιών ($x^2(1)=5.014$, p=0.025) και την κατανάλωση αλκοόλ πάνω από το κρίσιμο όριο ($x^2(1)=5.024$, p=0.025). Συγκεκριμένα, και στις δύο περιπτώσεις το μεγαλύτερο ποσοστό θετικών απαντήσεων εμφανίζεται στην ομάδα των δραστών που εμφάνισαν ετεροκαταστροφικότητα πριν την τέλεση του εγκλήματος. Αντίθετα, καμία από τις υπόλοιπες μεταβλητές που αφορούν τη χρήση ουσιών δε σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό. Ωστόσο, το ιστορικό ετεροκαταστροφικότητας σχετίζεται σημαντικά με την ύπαρξη ψυχιατρικής φαρμακευτικής αγωγής κατά την τέλεση του εγκλήματος ($x^2(1)=6.264$, p=0.022). Συγκεκριμένα, όσοι εμφάνιζαν ετεροκαταστροφική συμπεριφορά δήλωσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους υπόλοιπους ότι βρίσκονταν σε αγωγή όταν διέπραξαν το έγκλημα (86,2% έναντι 60%).

Πίνακας Γ2.24. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και τη λήψη αγωγής κατά την τέλεση του εγκλήματος (με κριτήριο το ιστορικό ετεροκαταστροφικότητας ως την τέλεση του εγκλήματος)

	Ναι (N=58)		**Όχι (N=20)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p**
Ουσίες (N=78)	37	63,8%	7	35%	5,014	**0,025**
Χρήση πέριξ της τέλεσης του εγκλήματος (N=78)	23	39,7%	5	25%	1,388	0,239
Τέλεση εγκληματικής πράξης σχετιζόμενης με ψυχοτρόπες ουσίες	15	25,9%	5	25%	0,006	0,939

(N=78)

Χρήση αλκοόλ (N=78)**	52	89,7%	19	95%	0,520	0,670
Χρήση αλκοόλ πάνω από το κρίσιμο όριο (N=72)	38	73,1%	9	45%	5,024	**0,025**
Κατάχρηση αλκοόλ (N=78)	35	60,3%	8	40%	2,488	0,115
Χρήση αλκοόλ τις τελευταίες 30 ημέρες (N=45)**	26	70,3%	4	50%	1,216	0,410
Χρήση κάνναβης (N=78)	25	43,1%	8	40%	0,059	0,809
Χρήση κάνναβης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=32)**	17	70,8%	5	62,5%	0,194	0,681
Χρήση ηρωίνης (N=78)**	10	17,2%	3	15%	0,054	1,000
Χρήση ηρωίνης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=15)**	9	75%	0	0%	5,625	0,044
Χρήση μεθαδόνης (N=78)**	3	5,2%	0	0%	1,076	0,565
Χρήση μεθαδόνης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=3)***	0	0%	-	-	-	-
Χρήση οπιούχων/οπιοειδών (N=37)**	7	22,6%	0	0%	1,671	0,571
Χρήση χαπιών (N=78)**	8	13,8%	3	15%	0,018	1,000
Χρήση χαπιών τις τελευταίες 30 ημέρες (N=11)**	5	62,5%	2	66,7%	0,016	1,000
Χρήση κοκαΐνης (N=78)**	10	17,2%	2	10%	0,599	0,720
Χρήση κοκαΐνης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=12)**	3	30%	0	0%	0,800	1,000
Χρήση αμφεταμινών (N=78)**	1	1,7%	1	5%	0,639	0,450
Χρήση αμφεταμινών τις τελευταίες 30 ημέρες (N=2)****	0%	0%	0%	0%	-	-
Χρήση παραισθησιογόνων (N=78)**	3	5,2%	0	0%	1,076	0,565
Χρήση παραισθησιογόνων τις τελευταίες 30 ημέρες (N=3)***	0	0%	-	-	-	-
Χρήση εισπνεόμενων (N=78)**	3	5,2%	0	0%	1,076	0,565
Σε ψυχιατρική/φαρμακευτική αγωγή κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)**	50	86,2%	12	60%	6,264	**0,022**
Συμμόρφωση με ψυχιατρική/φαρμακευτική αγωγή κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=62)**	4	8%	3	25%	2,792	0,125

*Στις περιπτώσεις όπου $p<0.05$, η ύπαρξη ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς ως την τέλεση του εγκλήματος σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.

**Σε αυτές τις περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε ο ακριβής έλεγχος του Fisher. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος x^2ανεξαρτησίας του Pearson.

***Σε αυτή την περίπτωση δεν πραγματοποιήθηκε έλεγχος ανεξαρτησίας καθώς απάντησαν μόνο όσοι είχαν ετεροκαταστροφική συμπεριφορά μέχρι την τέλεση του εγκλήματος.

****Σε αυτή την περίπτωση δεν εφαρμόστηκε έλεγχος ανεξαρτησίας καθώς όλοι έδωσαν την ίδια απάντηση.

Όπως φαίνεται, στον Πίνακα 2.25, οι διαταραχές διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία ($x^2(1)=6.255$, $p=0.012$) και το ιστορικό στρεσογόνων γεγονότων τους τελευταίους 24 μήνες πριν την

τέλεση του εγκλήματος ($x^2(1)=11.349$, $p=0.001$) σχετίζονται σημαντικά με την ετεροκαταστροφικότητα. Επίσης, το ιστορικό ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς πριν το αδίκημα αποκλείει σε σημαντικό βαθμό την εμφάνιση αυτοκαταστροφικότητας ($x^2(1)=12.553$, $p=0.001$). Αντίθετα, η θυματοποίηση στο παρελθόν του ασθενή και το ιστορικό οργανικής νόσου δε φαίνεται να παρουσιάζουν σημαντική σχέση με την ετεροκαταστροφική συμπεριφορά πριν την τέλεση του εγκλήματος.

Πίνακας Γ2.25. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με το ιστορικό αυτο- ή έτερο-καταστροφικότητας, θυματοποίησης, στρεσογόνων περιστατικών στη ζωή τους ή οργανικής νόσου (με κριτήριο το ιστορικό ετεροκαταστροφικότητας ως την τέλεση του εγκλήματος)

	Με ιστορικό (N=58)		**Χωρίς ιστορικό (N=20)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p**
Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	18	31%	8	40%	0,538	0,463
Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά μετά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)**	7	12,1%	10	50%	12,553	**0,001**
Ιστορικό θυματοποίησης στο παρελθόν του ασθενή (N=78)	23	39,7%	8	40%	0,001	0,978
Θύμα σωματικής/σεξουαλικής κακοποίησης (N=78)	22	37,9%	7	35%	0,055	0,815
Θύμα σχολικού εκφοβισμού (N=78)**	9	15,5%	2	10%	0,374	0,719
Διαταραχές διαγωγής / συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία (N=78)	27	46,6%	3	15%	6,255	**0,012**
Στρεσογόνα γεγονότα ζωής τους τελευταίους 24 μήνες πριν από την εγκληματική πράξη (N=78)	24	41,4%	17	85%	11,349	**0,001**
Οργανική νόσος έως/κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)**	6	10,3%	1	5%	0,520	0,670
Είδος νόσου						
Χρόνια	5	83,3%	1	100%	0,194	1,000
Οξεία	1	16,7%	0	0%		

*Στις περιπτώσεις όπου $p<0.05$, το ιστορικό ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς ως την τέλεση του εγκλήματος σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε ο ακριβής έλεγχος του Fisher. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος x^2ανεξαρτησίας του Pearson.

Τέλος, όπως δείχνει ο Πίνακας Γ2.26, το είδος του εγκλήματος, η σχέση με το θύμα και το ιστορικό καταδικών δε φαίνεται να έχουν σημαντική σχέση με την ετεροκαταστροφική συμπεριφορά πριν το αδίκημα.

Πίνακας Γ2.26. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με το είδος του εγκλήματος που έχουν διαπράξει οι ασθενείς, τη σχέση τους με το θύμα και το ιστορικό καταδικών (με κριτήριο την ύπαρξη ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς ως την τέλεση του εγκλήματος)

	Ναι (N=58)		**Όχι (N=20)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p**
Έγκλημα κατά της ζωής(N=78)	40	69%	13	65%	0,107	0,743
Έγκλημα κατά της σωματικής ακεραιότητας (N=78)	15	25,9%	5	25%	0,006	0,939
Έγκλημα κατά της ιδιοκτησίας (N=78)**	7	12,1%	3	15%	0,114	0,711
Κοινώς επικίνδυνα εγκλήματα (N=78)**	9	15,5%	2	10%	0,374	0,719
Βασική κατηγοριοποίηση εγκλήματος (N=78)***						
Σωματική βλάβη	8	13,8%	2	10%		
Ανθρωποκτονία	23	39,7%	10	50%		
Εμπρησμός	7	12,1%	2	10%		
Απόπειρα ανθρωποκτονίας	17	29,3%	3	15%	11,520	0,098
Φθορά ξένης περιουσίας	2	3,4%	0	0%		
Κλοπή	1	1,7%	0	0%		
Ληστεία	0	0%	2	10%		
Εκφοβισμός	0	0%	1	5%		
Σχέση θύτη – βασικού θύματος (N=71)***						
Συγγενική	31	59,6%	13	68,4%		
Συζυγική	6	11,5%	1	5,3%		
Φιλική	4	7,7%	0	0%	2,377	0,724
Απλή γνωριμία	4	7,7%	2	10,5%		
Άγνωστος	7	13,5%	3	15,8%		
Σχέση θύτη – βασικού θύματος (N=71)						
Εκτός οικογένειας	15	28,8%	5	26,3%	0,044	0,834
Εντός οικογένειας	37	71,2%	14	73,7%		
Προηγούμενες καταδίκες (N=78)**	17	29,3%	3	15%	1,597	0,206

*Στις περιπτώσεις όπου $p<0.05$, η ύπαρξη ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς ως την τέλεση του εγκλήματος σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.

**Σε αυτές τις περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε ο ακριβής έλεγχος του Fisher.

***Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε η μέθοδος Monte Carlo. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος x^2ανεξαρτησίας του Pearson.

Με βάση το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό ελέγχθηκαν και οι απαντήσεις στις ποσοτικές μεταβλητές της έρευνας, δηλαδή τα συνολικά σκορ στις υποκλίμακες των ερωτηματολογίων και την ηλικία τέλεσης του εγκλήματος. Όπως φαίνεται στον Πίνακα Γ2.27, το ιστορικό ετεροκαταστροφικότητας στο παρελθόν του ασθενή δε διαφοροποιεί σημαντικά τους ασθενείς ως προς ηλικία που διαπράττουν το έγκλημα και τα συνολικά σκορ που σημειώνουν στα ερωτηματολόγια Aggression και HDHQ. Αντίθετα, στο ερωτηματολόγιο ZKPQ, οι δύο ομάδες ασθενών φαίνεται να διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς την Παρορμητικότητα (U=401.000, p=0.039), τον Νευρωτισμό/άγχος (t(76)=2.174, p=0.033), την Επιθετικότητα / εχθρικότητα (U=361.000, p=0.012) και την Ενεργητικότητα (U=402.500, p=0.041). Συγκεκριμένα, στις τρεις πρώτες περιπτώσεις υπερέχουν σημαντικά όσοι είχαν ιστορικό ετεροκαταστροφικότητας πριν την τέλεση του εγκλήματος. Αντίθετα, όσοι δεν παρουσίαζαν τέτοια συμπεριφορά φαίνεται να είναι περισσότερο ενεργητικοί (Μ.Ο.=51.47, Τ.Α.=23.44) από τους υπόλοιπους (Μ.Ο.=38.34, Τ.Α.=24.79). Επιπλέον, οι δύο ομάδες δε διαφοροποιούνται σημαντικά ούτε ως προς τον αλκοολισμό (ερωτηματολόγιο CAGE), ούτε ως προς τη λειτουργικότητα (κλίμακα GAF), τόσο κατά τη διάπραξη του αδικήματος όσο και κατά τη διεξαγωγή της έρευνας.

Όσον αφορά τη σωματική και συναισθηματική λειτουργικότητα (SF-36), οι ασθενείς διαφοροποιούνται σημαντικά στην περίπτωση της σωματικής λειτουργικότητας. Συγκεκριμένα, όσοι δεν είχαν ετεροκαταστροφική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος εμφανίζονται σε καλύτερη κατάσταση (Μ.Ο.=87.75, Τ.Α.=22.85) από τους υπόλοιπους (Μ.Ο.=81.90, Τ.Α.=22.61). Αντίθετα, οι δύο ομάδες δεν εμφανίζουν καμία σημαντική διαφορά στην κλίμακα θετικού και αρνητικού συνδρόμου (κλίμακα PANSS). Τέλος, μελετήθηκε η εκτίμηση της επικινδυνότητας για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς (HCR-20), τόσο πριν την διάπραξη του εγκλήματος, όσο και κατά τη διεξαγωγή της έρευνας. Σε αυτή την περίπτωση οι δύο ομάδες διαφέρουν τόσο ως προς την κλίμακα ιστορικού πριν το έγκλημα (t(76)=3.860, p<0.001) και κατά την παρακολούθηση (t(76)=2.922, p=0.005), όσο και στο σύνολο του ερωτηματολογίου στις 2 φάσεις (t(76)=2.922, p=0.005; t(26.353)=2.390, p=0.024). Σε κάθε περίπτωση η επικινδυνότητα των ατόμων με ετεροκαταστροφική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος κρίνεται σημαντικά πιο σοβαρή σε σχέση με τους υπόλοιπους.

Πίνακας Γ2.27. Αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς στις συνολικές βαθμολογίες των συμμετεχόντων (με κριτήριο το ιστορικό ετεροκαταστροφικότητας ως την τέλεση του εγκλήματος)

		Με ιστορικό (N=58)	**Χωρίς ιστορικό (N=20)**		
Ερωτηματολόγια	**Υποκλίμακες**	**M.O.±T.A.**	**M.O.±T.A.**	**t/U**	**p**
Δημογραφικά χαρακτηριστικά	Ηλικία τέλεσης εγκλήματος	38,23±11,75	40,00±14,52	560,000	0,819
Ερωτηματολόγιο επιθετικότητας (Aggression)	Σωματική επιθετικότητα (5-45)	20,22±9,32	15,75±6,19	431,500	0,089
	Λεκτική επιθετικότητα (5-25)	12,78±3,72	13,15±3,25	534,000	0,596
	Θυμός (7-35)	15,12±5,49	12,45±4,36	424,000	0,074
	Εχθρικότητα (8-40)	23,82±6,87	20,25±7,69	418,000	0,063
Ερωτηματολόγιο HDHQ	Εκδραματιζόμενη εχθρικότητα (0-12)	4,83±3,02	3,35±1,63	417,500	0,060
	Κριτική των άλλων (0-12)**	6,81±2,93	5,40±2,46	1,930	0,057
	Παραληρητική εχθρικότητα (0-9)	4,69±2,51	4,35±2,70	538,500	0,632
	Αυτοκριτική (0-11)	5,00±2,58	4,15±2,30	467,000	0,193
	Παραληρητική ενοχή (0-7)	3,59±1,69	3,15±1,73	503,500	0,374
	Σύνολο εχθρικότητας (0-51)	24,86±9,48	20,40±7,03	445,500	0,123
	Εξωστρεφόμενη εχθρικότητα (0-33)	16,31±7,53	13,10±5,24	453,000	0,145
	Εσωστρεφόμενη εχθρικότητα (0-29)**	14,00±6,65	11,45±5,51	1,540	0,128
	Κατεύθυνση εχθρικότητας	-2,79±7,92	-1,65±5,84	570,500	0,913
Ερωτηματολόγιο ZKPQ	Παρορμητική αναζήτηση αίσθησης (0-100)**	44,10±25,70	34,74±18,26	1,767	0,084
	Παρορμητικότητα (0-100)	47,41±29,69	31,88±16,46	401,000	**0,039**
	Αναζήτηση αίσθησης (0-100)	41,69±29,35	36,82±23,87	538,000	0,629

	Νευρωτισμός-Άγχος (0-100)**	45,47±23,55	32,89±18,06	2,174	**0,033**
	Επιθετικότητα – Εχθρικότητα (0-100)	41,99±25,31	26,47±13,96	361,000	**0,012**
	Ενεργητικότητα (0-100)	38,34±24,79	51,47±23,44	402,500	**0,041**
	Κοινωνικότητα (0-100)	41,78±22,52	47,65±21,50	473,000	0,2 18
	Ιδιότητες ανίχνευσης ψεύδους (0-100)	33,62±22,84	44,00±22,34	428,000	0,079
Ερωτηματολόγιο CAGE	Σύνολο (0-4)	1,190±1,290	0,80±1,240	480,500	0,218
Κλίμακα GAF	Σύνολο κατά το αδίκημα (0-100)	42,41±9,61	41,00±13,34	518,000	0,461
	Σύνολο κατά την έρευνα (0-100)	47,07±14,87	53,00±15,60	459,000	0,157
Ερωτηματολόγιο κοινωνικής λειτουργικότητας (SF-36)	Σωματική λειτουργικότητα (0-100)	81,90±22,61	87,75±22,85	413,000	**0,052**
	Περιορισμοί λόγω σωματικής υγείας (0-100)	78,02±32,81	85,00±31,83	492,000	0,244
	Περιορισμοί λόγω συναισθηματικής υγείας (0-100)	70,69±36,45	76,67±36,04	520,500	0,450
	Ενέργεια/κόπωση (0-100)**	57,93±23,64	61,50±27,58	-0,558	0,579
	Συναισθηματική κατάσταση (0-100)	68,00±21,53	63,20±22,31	507,500	0,406
	Κοινωνική λειτουργικότητα (0-100)	78,23±29,20	78,75±30,65	573,000	0,930
	Πόνος (0-100)	79,57±24,42	82,00±24,49	547,500	0,696
	Γενική υγεία (0-100)	68,36±21,01	74,25±21,48	475,000	0,227
	Αλλαγή στην υγεία (0-100)	59,91±26,47	61,25±33,91	539,000	0,626
Κλίμακα PANSS	Θετική κλίμακα κατά το αδίκημα (7-49)**	31,03±6,36	31,15±5,62	-0,072	0,943
	Αρνητική κλίμακα κατά το αδίκημα(7-49)**	24,83±6,79	24,15±7,04	0,381	0,704
	Κλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας κατά το αδίκημα(16-112)**	53,64±10,56	54,50±10,11	-0,318	0,751
	Σύνολο κατά το αδίκημα(30-210)**	109,50±20,39	110,25±17,03	-0,148	0,883

	Θετική κλίμακα κατά την έρευνα (7-49)	18,84±7,20	16,90±7,14	507,000	0,402
	Αρνητική κλίμακα κατά την έρευνα(7-49)**	25,28±8,16	24,10±7,04	0,574	0,567
	Κλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας κατά την έρευνα(16-112)**	42,72±10,05	39,10±10,71	1,368	0,175
	Σύνολο κατά την έρευνα(30-210)**	87,16±22,21	81,10±21,90	1,055	0,295
Κλίμακα HCR-20	Κλίμακα ιστορικού κατά το αδίκημα (0-18)**	12,07±2,36	9,50±3,10	3,860	**<0,001**
	Κλινική κλίμακα κατά το αδίκημα(0-10)	7,64±1,73	7,25±1,25	465,000	0,180
	Κλίμακα διαχείρισης κινδύνου κατά το αδίκημα(0-10)	7,07±2,40	6,00±3,08	468,000	0,195
	Σύνολο κατά το αδίκημα(0-38)**	26,78±4,95	22,75±6,27	2,922	**0,005**
	Κλίμακα ιστορικού κατά την έρευνα(0-18)**	13,19±2,04	11,10±2,97	2,917	**0,007**
	Κλινική κλίμακα κατά την έρευνα(0-10)	5,21±2,65	3,90±2,92	428,000	0,079
	Κλίμακα διαχείρισης κινδύνου κατά την έρευνα(0-10)	7,07±2,40	6,00±3,08	468,000	0,195
	Σύνολο κατά την έρευνα(0-38)**	25,47±5,61	21,00±7,68	2,390	**0,024**

*Στις περιπτώσεις όπου p<0.05, το ιστορικό ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς έως την τέλεση του εγκλήματος σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος t για 2 ανεξάρτητα δείγματα (Independent Samples t-test). Σε όλα τα άλλα σκορ εφαρμόστηκε η μη παραμετρική δοκιμασία Mann-Whitney.

Γ. 2.6 Έλεγχοι διαφορών και ανεξαρτησίας (difference and independence tests) ως προς το ιστορικό διαταραχών στη διαγωγή/συμπεριφορά κατά την παιδική ηλικία

Ένα ακόμη χαρακτηριστικό που μελετάται είναι το ιστορικό διαταραχών στη διαγωγή/συμπεριφορά του ασθενή κατά την παιδική ηλικία. Οι πρώτοι έλεγχοι αφορούν την πιθανή στατιστικά σημαντική εξάρτηση που ενδεχομένως υπάρχει ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τη διάγνωση και το ιστορικό νοσηλειών μέχρι την τέλεση του εγκλήματος, ανάλογα με το ιστορικό διαταραχών στην παιδική ηλικία (Πίνακας Γ2.28). Όπως προέκυψε, το φύλο σχετίζεται σημαντικά με αυτή την μεταβλητή ($x^2(1)=5.571$, $p=0.021$). Συγκεκριμένα, όλοι όσοι είχαν διαταραχές στη συμπεριφορά κατά την παιδική ηλικία ήταν άντρες, ενώ από όσους δεν εμφάνισαν διαταραχές το 16,7% αποτελείται από γυναίκες. Επιπλέον, οι δύο ομάδες ασθενών διαφέρουν σημαντικά ως προς την οικογενειακή κατάσταση ($x^2(4)=13.881$, $p=0.008$). Συγκεκριμένα, η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών με διαταραχές διαγωγής / συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία απάντησε ότι ήταν άγαμοι χωρίς σχέση κατά την τέλεση του εγκλήματος. Αντίθετα, η κατανομή των ασθενών στις διάφορες ομάδες ως προς την οικογενειακή κατάσταση είναι πιο ομοιόμορφη στην περίπτωση αυτών χωρίς διαταραχές.

Ακόμη, οι δύο ομάδες ασθενών διαφέρουν σημαντικά ως προς το ιστορικό ακούσιων ($x^2(1)=4.954$, $p=0.036$) και εκούσιων νοσηλειών ($x^2(1)=5.269$, $p=0.022$) έως την τέλεση του εγκλήματος. Συγκεκριμένα, από όσους απάντησαν θετικά στην εμφάνιση διαταραχών διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία όλοι είχαν νοσηλευτεί ακούσια μέχρι την τέλεση του εγκλήματος, ενώ μόνο 19% είχε νοσηλευτεί εκούσια. Αντίθετα, όσοι δεν είχαν διαταραχές διαγωγής κατά την παιδική ηλικία εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό εκούσιες (50%) παρά ακούσιες νοσηλείες (79,4%) σε σχέση με την προηγούμενη ομάδα.

Πίνακας Γ2.28. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με δημογραφικά χαρακτηριστικά και την κλινική εικόνα των συμμετεχόντων (με κριτήριο το ιστορικό διαταραχών διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία)

	Με ιστορικό (N=30)		**Χωρίς ιστορικό (N=48)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p**
Φύλο (N=78)**						
Άνδρας	30	100%	40	83,3%	5,571	**0,021**
Γυναίκα	0	0%	8	16,7%		
Χρόνος τέλεσης του εγκλήματος (N=78)						
Στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο	9	30%	12	25%	0,235	0,628

Κατά την πορεία της νόσου	21	70%	36	75%		
Διάγνωση κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)***						
Σχιζοφρένεια	22	73,3%	35	72,9%		
Συναισθηματική διαταραχή	2	6,7%	0	0%		
Ψύχωση	4	13,3%	10	20,8%	5,685	0,197
Νοητική υστέρηση	1	3,3%	0	0%		
Διαταραχή οφειλόμενη σε ουσίες	1	3,3%	3	6,3%		
Οικογενειακή κατάσταση (N=78)***						
Έγγαμος	1	3,3%	13	27,1%		
Άγαμος μόνος	25	83,3%	22	45,8%		
Άγαμος σε σχέση	0	0%	3	6,3%	13,881	**0,004**
Διαζευγμένος	4	13,3%	7	14,6%		
Χήρος	0	0%	3	6,3%		
Νοσηλεία/ες μέχρι την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	21	70%	34	70,8%	0,006	0,937
Ακούσια/ες νοσηλεία/ες μέχρι την τέλεση του εγκλήματος (N=55)**	21	100%	27	79,4%	4,954	**0,036**
Εκούσια/ες νοσηλεία μέχρι την τέλεση του εγκλήματος (N=55)	4	19%	17	50%	5,269	**0,022**

*Στις περιπτώσεις όπου p<0.05, το ιστορικό διαταραχών διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε ο ακριβής έλεγχος του Fisher.
***Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε η μέθοδος Monte Carlo.

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα Γ2.29, απ' όλες τις μεταβλητές που αφορούν τη χρήση ουσιών μόνο η χρήση οπιούχων/οπιοειδών ($x^2(1)=7.309$, p=0.011), η χρήση κάνναβης ($x^2(1)=4.118$, p=0.042) και η χρήση ηρωίνης ($x^2(1)=6.240$, p=0.012) σχετίζονται σημαντικά με το ιστορικό διαταραχών στη διαγωγή/συμπεριφορά κατά την παιδική ηλικία. Συγκεκριμένα, το ποσοστό χρηστών εμφανίζεται πολύ μεγαλύτερο, και για τις τρεις ουσίες, ανάμεσα σε αυτούς που είχαν διαταραχές σε σχέση με την άλλη ομάδα. Αντίθετα, η ύπαρξη ψυχιατρικής/ φαρμακευτικής αγωγής κατά την τέλεση του εγκλήματος και η συμμόρφωση με αυτή δεν σχετίζονται σημαντικά με το ιστορικό διαταραχών διαγωγής στην παιδική ηλικία των δραστών.

Πίνακας Γ2.29. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και την λήψη αγωγής κατά την τέλεση του εγκλήματος (με κριτήριο το ιστορικό διαταραχών διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία)

	Ναι (N=30)		**Όχι (N=48)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p**
Ουσίες (N=78)	21	70%	23	47,9%	3,661	0,056
Χρήση πέριξ της τέλεσης του εγκλήματος (N=78)	11	36,7%	17	35,4%	0,013	0,911
Τέλεση εγκληματικής πράξης σχετιζόμενης με ψυχοτρόπες ουσίες (N=78)	6	20%	14	29,2%	0,814	0,367
Χρήση αλκοόλ (N=78)**	26	86,7%	45	93,8%	1,134	0,419
Χρήση αλκοόλ πάνω από το κρίσιμο όριο (N=72)	20	74,1%	27	60%	1,475	0,225
Κατάχρηση αλκοόλ (N=78)	20	66,7%	23	47,9%	2,624	0,105
Χρήση αλκοόλ τις τελευταίες 30 ημέρες (N=45)	13	65%	17	68%	0,045	0,832
Χρήση κάνναβης (N=78)	17	56,7%	16	33,3%	4,118	**0,042**
Χρήση κάνναβης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=32)	13	81,3%	9	56,3%	2,327	0,127
Χρήση ηρωίνης (N=78)	9	30%	4	8,3%	6,240	**0,012**
Χρήση ηρωίνης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=15)**	7	70%	2	40%	1,250	0,329
Χρήση μεθαδόνης (N=78)**	2	6,7%	1	2,1%	1,049	0,555
Χρήση μεθαδόνης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=3)***	0	0%	0	0%	-	-
Χρήση οπιούχων/οπιοειδών (N=37)**	6	40%	1	4,5%	7,309	**0,011**
Χρήση χαπιών (N=78)**	7	23,3%	4	8,3%	3,429	0,094
Χρήση χαπιών τις τελευταίες 30 ημέρες (N=11)**	4	57,1%	3	75%	0,351	1,000
Χρήση κοκαΐνης (N=78)**	7	23,3%	5	10,4%	2,366	0,196
Χρήση κοκαΐνης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=12)**	2	28,6%	1	20%	0,114	1,000
Χρήση αμφεταμινών (N=78)**	1	3,3%	1	2,1%	0,115	1,000
Χρήση αμφεταμινών τις τελευταίες 30 ημέρες (N=2)***	0	0%	0	0%	-	-
Χρήση παραισθησιογόνων (N=78)**	2	6,7%	1	2,1%	1,049	0,555
Χρήση παραισθησιογόνων τις τελευταίες 30 ημέρες (N=3)***	0	0%	0	0%	-	-
Χρήση εισπνεόμενων (N=78)**	2	6,7%	1	2,1%	1,049	0,555
Σε ψυχιατρική/φαρμακευτική αγωγή κατά την τέλεση του εγκλήματος	24	80%	38	79,2%	0,008	0,929

(N=78)						
Συμμόρφωση με ψυχιατρική/φαρμακευτική αγωγή κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=62)**	2	8,3%	5	13,2%	0,342	0,696

*Στις περιπτώσεις όπου p<0.05, διαταραχών διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε ο ακριβής έλεγχος του Fisher. Οι υπόλοιποι έλεγχοι ανεξαρτησίας πραγματοποιήθηκαν με τη δοκιμασία x^2 ανεξαρτησίας του Pearson.
***Σε αυτή την περίπτωση δεν πραγματοποιήθηκε έλεγχος ανεξαρτησίας καθώς όλοι απάντησαν αρνητικά.

Από τον Πίνακα Γ2.30 γίνεται φανερό ότι οι δύο ομάδες δε διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς την εκδήλωση αυτοκαταστροφικών ή ετεροκαταστροφικών εκδηλώσεων, τη θυματοποίηση στο παρελθόν και το ιστορικό οργανικής νόσου έως την τέλεση του εγκλήματος κανένα από αυτά τα χαρακτηριστικά συμπεριφοράς πριν την τέλεση του εγκλήματος. Αντίθετα, η ετεροκαταστροφική συμπεριφορά μετά την διάπραξη του αδικήματος είναι σημαντικά διαφορετική μεταξύ των δύο ομάδων ($x^2(1)=6.255$, p=0.012), με την ομάδα με ιστορικό διαταραχής διαγωγής/συμπεριφοράς να παρουσιάζει σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ετεροκαταστροφικότητας έναντι των υπολοίπων (90% και 64,6% αντίστοιχα). Ακόμη, οι δύο ομάδες διαφέρουν σημαντικά ως προς το ιστορικό οργανικής νόσου ($x^2(1)=7.255$, p=0.012), με την ομάδα των ατόμων με διαταραχές διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία να υπερέχει σημαντικά έναντι των υπολοίπων (20% έναντι 2,1%).

Πίνακας Γ2.30. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με το ιστορικό αυτο- ή έτερο-καταστροφικότητας, θυματοποίησης, στρεσογόνων περιστατικών και οργανικής νόσου (με κριτήριο το ιστορικό διαταραχών διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία)

	Με ιστορικό (N=30)		**Χωρίς ιστορικό (N=48)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p**
Απόπειρα αυτοκτονίας ή παρα-αυτοκτονική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος (N=78)**	9	30%	17	35,4%	0,244	0,622
Απόπειρα αυτοκτονίας ή παρα-αυτοκτονική συμπεριφορά μετά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	5	16,7%	12	25%	0,752	0,386
Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	27	90%	31	64,6%	6,255	**0,012**
Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά μετά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	9	30%	5	10,4%	4,808	0,028
Ιστορικό θυματοποίησης στο παρελθόν του ασθενή (N=78)	15	50%	16	33,3%	2,141	0,143
Θύμα σωματικής/σεξουαλικής κακοποίησης (N=78)	14	46,7%	15	31,3%	1,879	0,170
Θύμα σχολικού εκφοβισμού (N=78)**	7	23,3%	4	8,3%	3,429	0,094

Στρεσογόνα γεγονότα ζωής τους τελευταίους 24 μήνες πριν από την εγκληματική πράξη (N=78)	13	43,3%	28	58,3%	1,666	0,197
Οργανική νόσος έως/κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)**	6	20%	1	2,1%	7,255	**0,012**
Είδος νόσου (N=7)**						
Χρόνια	6	100%	0	0%	7,000	0,143
Οξεία	0	0%	1	100%		

*Στις περιπτώσεις όπου p<0.05, το ιστορικό διαταραχών διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε ο ακριβής έλεγχος του Fisher. Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με τη δοκιμασία x^2 ανεξαρτησίας του Pearson.

Όπως φανερώνει ο Πίνακας Γ2.31, οι δύο ομάδες διαφέρουν σημαντικά ως προς τη διάπραξη εγκλήματος κατά της ζωής ($x^2(1)=4.782$, p=0.029). Συγκεκριμένα, όσοι είχαν διαταραχές διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία διαπράττουν λιγότερο συχνά εγκλήματα κατά της ζωής (53,3%) έναντι των υπολοίπων (77,1%). Αντίθετα, οι δύο ομάδες φαίνεται να έχουν την ίδια εικόνα σχετικά με τους άλλους τύπους εγκλημάτων και με την επιλογή θύματος. Ακόμη, οι δράστες εμφανίζουν σημαντική διαφορά ως προς την κατηγορία ποινικού αδικήματος ($x^2(7)=14.256$, p=0.019). Συγκεκριμένα, όσοι είχαν θέματα διαγωγής κατά την παιδική ηλικία εμφανίζουν πολύ μεγαλύτερα ποσοστά σωματικής βλάβης (20% έναντι 8,3%) και εμπρησμού (16,7% έναντι 8,3%) σε σχέση με τους υπόλοιπους, ενώ οι δεύτεροι υπερέχουν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό στις ανθρωποκτονίες (54,2% έναντι 23,3%).

Πίνακας Γ2.31. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με το είδος εγκλήματος που τέλεσαν οι ασθενείς, την ύπαρξη καταδικών και τη σχέση τους με το θύμα (με κριτήριο το ιστορικό διαταραχών διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία)

	Ναι (N=30)		**Όχι (N=48)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p**
Έγκλημα κατά της ζωής(N=78)	16	53,3%	37	77,1%	4,782	**0,029**
Έγκλημα κατά της σωματικής ακεραιότητας (N=78)	10	33,3%	10	20,8%	1,513	0,219
Έγκλημα κατά της ιδιοκτησίας (N=78)**	6	20%	4	8,3%	2,248	0,171
Κοινώς επικίνδυνα εγκλήματα (N=78)**	7	23,3%	4	8,3%	3,429	0,094
Βασική κατηγοριοποίηση εγκλήματος (N=78)***						
Σωματική βλάβη	6	20%	4	8,3%	14,256	**0,019**

Ανθρωποκτονία	7	23,3%	26	54,2%		
Εμπρησμός	5	16,7%	4	8,3%		
Απόπειρα ανθρωποκτονίας	9	30%	11	22,9%		
Φθορά ξένης περιουσίας	2	6,7%	0	0%		
Κλοπή	1	3,3%	0	0%		
Ληστεία	0	0%	2	4,2%		
Εκφοβισμός	0	0%	1	2,1%		
Σχέση θύτη – βασικού θύματος (N=71)***						
Συγγενική	17	68%	27	58,7%		
Συζυγική	2	8%	5	10,9%		
Φιλική	1	4%	3	6,5%	4,764	0,338
Απλή γνωριμία	0	0%	6	13%		
Άγνωστος	5	20%	5	10,9%		
Σχέση θύτη – βασικού θύματος (N=71)						
Εκτός οικογένειας	6	24%	14	30,4%	0,331	0,565
Εντός οικογένειας	19	76%	32	69,6%		
Προηγούμενες καταδίκες (N=78)	9	30%	1	22,9%	0,486	0,486

*Στις περιπτώσεις όπου p<0.05, διαταραχών διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε ο ακριβής έλεγχος του Fisher.
***Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε η μέθοδος Monte Carlo. Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με τη δοκιμασία x^2 ανεξαρτησίας του Pearson.

Από τον Πίνακα Γ2.32 φαίνεται ότι οι δύο ομάδες ασθενών διαφέρουν σημαντικά ως προς την ηλικία που διαπράττουν το αδίκημα (U=522.500, p=0.042). Συγκεκριμένα, όσοι είχαν ιστορικό διαταραχών συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία φαίνεται να διαπράττουν αδίκημα σε μικρότερη ηλικία (Μ.Ο.=33.36, Τ.Α.=11.51) σε σχέση με τους υπόλοιπους (Μ.Ο.=41.61, Τ.Α.=12.10).

Επίσης, οι δύο ομάδες διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς τον Θυμό (t(50.408)=2.808, p=0.007) στο ερωτηματολόγιο Aggression. Συγκεκριμένα, όσοι είχαν διαταραχές συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερο θυμό (Μ.Ο.=16.60, Τ.Α.=5.85) από τους υπόλοιπους (Μ.Ο.=13.08, Τ.Α.=4.53). Ακόμη, στο ερωτηματολόγιο HDHQ φαίνεται ότι το ιστορικό διαταραχών διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία διαφοροποιεί σημαντικά τα άτομα ως προς την Εκδραματιζόμενη εχθρικότητα (U=499.500, p=0.022), την Κριτική των άλλων (t(76)=2.751, p=0.007) και το Εξωστρεφόμενη εχθρικότητα (U=491.500, p=0.019). Μάλιστα σε κάθε περίπτωση, όσοι είχαν τέτοιες διαταραχές εμφανίζουν σημαντικά πιο αρνητική εικόνα σε σχέση με τους

υπόλοιπους. Ακολουθούν τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου προσωπικότητας (ερωτηματολόγιο ZKPQ), όπου οι δύο ομάδες διαφέρουν σημαντικά ως προς την Παρορμητική αναζήτηση αίσθησης ($t(47.304)=2.869$, $p=0.006$), την Παρορμητικότητα ($U=367.500$, $p<0.001$), την Επιθετικότητα – εχθρικότητα ($U=364.500$, $p<0.001$) και την Ενεργητικότητα ($U=431.500$, $p=0.003$). Σε κάθε περίπτωση η ομάδα με διαταραχές στη διαγωγή / συμπεριφορά κατά την παιδική ηλικία υπερέχει σημαντικά στην βαθμολογία, εκτός από την περίπτωση της Ενεργητικότητας, όπου εμφανίζει σημαντικά μικρότερο σκορ έναντι των υπολοίπων.

Ακολουθούν, οι βαθμολογίες στο ερωτηματολόγιο αλκοολισμού (ερωτηματολόγιο CAGE), όπου οι δύο ομάδες) φαίνεται να εμφανίζουν την ίδια εικόνα. Αντίθετα, στην κλίμακα λειτουργικότητας (κλίμακα GAF) οι δύο ομάδες διαφοροποιούνται σημαντικά, αλλά μόνο στο σκορ που σημειώνουν κατά τη διεξαγωγή της έρευνας ($U=533.500$, $p=0.050$). Συγκεκριμένα, όσοι απάντησαν αρνητικά στην εμφάνιση διαταραχών κατά την παιδική ηλικία αποτελούν την πλέον λειτουργική ομάδα (Μ.Ο.=51.25, Τ.Α.=15.11). Ακόμη, υπήρξαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στο ερωτηματολόγιο κοινωνικής λειτουργικότητας (SF-36). Συγκεκριμένα, οι δύο ομάδες διαφοροποιούνται μόνο στους Περιορισμούς λόγω συναισθηματικής υγείας ($U=549.000$, $p=0.051$) και στην Κοινωνική λειτουργικότητα ($U=475.500$, $p=0.006$), όπου όσοι εμφάνισαν διαταραχές διαγωγής / συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία εμφανίζουν την χειρότερη εικόνα.

Στην κλίμακα θετικού και αρνητικού συνδρόμου PANSS υπολογίστηκαν για ακόμη μια φορά τα συνολικά σκορ σε κάθε κλίμακα και στις 2 φάσεις (κατά την τέλεση του εγκλήματος και κατά τη διεξαγωγή της έρευνας). Όπως προέκυψε, οι δύο ομάδες διαφοροποιούνται σημαντικά μόνο ως προς το συνολικό σκορ στη θετική κλίμακα κατά τη διεξαγωγή της έρευνας ($t(76)=2.036$, $p=0.045$), όπου οι ασθενείς με διαταραχές κατά την παιδική ηλικία εμφάνισαν σοβαρότερη ψυχοπαθολογία σε σχέση με τους υπόλοιπους.

Τέλος, οι δύο ομάδες διαφοροποιούνται σημαντικά σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου εκτίμησης επικινδυνότητας για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς, εκτός από την διαχείριση κινδύνου όπου εμφανίζουν περίπου την ίδια εικόνα. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις, οι ασθενείς με διαταραχή διαγωγής κατά την παιδική ηλικία εμφανίζουν σημαντικά πιο επιβαρυμένη εικόνα απ' όλους τους υπόλοιπους.

Πίνακας Γ2.32. Αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς στις συνολικές βαθμολογίες των συμμετεχόντων (με κριτήριο το ιστορικό διαταραχών διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία)

		Με ιστορικό (N=30)	**Χωρίς ιστορικό (N=48)**		
Ερωτηματολόγια	**Υποκλίμακες**	**Μ.Ο.±Τ.Α.**	**Μ.Ο.±Τ.Α.**	**t/U**	**p**
Δημογραφικά χαρακτηριστικά	Ηλικία τέλεσης εγκλήματος	33,36±11,51	41,61±12,10	522,500	**0,042**
Ερωτηματολόγιο επιθετικότητας (Aggression)	Σωματική επιθετικότητα (5-45)	21,57±10,12	17,52±7,59	557,000	0,094
	Λεκτική επιθετικότητα (5-25)	13,33±4,68	12,58±2,72	654,000	0,495
	Θυμός (7-35)**	16,60±5,85	13,08±4,53	2,978	**0,004**
	Εχθρικότητα (8-40)	23,83±7,46	22,33±7,07	628,500	0,347
Ερωτηματολόγιο HDHQ	Εκδραματιζόμενη εχθρικότητα (0-12)	5,53±3,38	3,77±2,13	499,500	**0,022**
	Κριτική των άλλων (0-12)**	7,53±3,09	5,77±2,52	2,751	**0,007**
	Παραληρητική εχθρικότητα (0-9)	4,90±2,51	4,42±2,58	637,500	0,393
	Αυτοκριτική (0-11)**	4,90±2,89	4,71±2,29	0,325	0,746
	Παραληρητική ενοχή (0-7)	3,40±1,81	3,52±1,64	708,000	0,900
	Σύνολο εχθρικότητας (0-51)**	26,20±10,10	22,17±8,11	1,942	0,056
	Εξωστρεφόμενη εχθρικότητα (0-33)	17,97±8,20	13,94±5,94	491,500	**0,019**
	Εσωστρεφόμενη εχθρικότητα (0-29)**	13,67±7,60	13,15±5,68	0,345	0,731
	Κατεύθυνση εχθρικότητας	-4,90±8,99	-1,00±5,87	560,500	0,101
Ερωτηματολόγιο ZKPQ	Παρορμητική αναζήτηση αίσθησης (0-100)**	51,92±27,70	35,31±19,54	2,869	**0,006**
	Παρορμητικότητα (0-100)	58,75±30,47	33,85±20,94	367,500	**<0,001**
	Αναζήτηση αίσθησης (0-100)	46,97±31,41	36,36±25,09	583,000	0,157

	Νευρωτισμός-Άγχος (0-100)**	46,49±25,45	39,59±20,88	1,304	0,196
	Επιθετικότητα – Εχθρικότητα (0-100)	52,75±28,46	28,80±14,37	364,500	**<0,001**
	Ενεργητικότητα (0-100)	30,78±22,48	48,53±24,22	431,500	**0,003**
	Κοινωνικότητα (0-100)	42,35±24,59	43,87±20,95	666,500	0,581
	Ιδιότητες ανίχνευσης ψεύδους (0-100)	29,33±22,12	40,63±22,73	524,500	**0,043**
Ερωτηματολόγιο CAGE	Σύνολο (0-4)	1,033±1,245	1,125±1,315	703,000	0,850
Κλίμακα GAF	Σύνολο κατά το αδίκημα (0-100)	42,67±10,15	41,67±10,98	663,000	0,543
	Σύνολο κατά την έρευνα (0-100)	44,33±14,55	51,25±15,11	533,500	**0,050**
Ερωτηματολόγιο κοινωνικής λειτουργικότητας (SF-36)	Σωματική λειτουργικότητα (0-100)	79,33±26,15	85,94±20,07	605,000	0,229
	Περιορισμοί λόγω σωματικής υγείας (0-100)	75,00±35,35	82,81±30,58	613,500	0,206
	Περιορισμοί λόγω συναισθηματικής υγείας (0-100)	62,22±38,89	78,47±33,33	549,000	**0,051**
	Ενέργεια/κόπωση (0-100)**	55,17±28,05	61,15±22,13	-1,046	0,299
	Συναισθηματική κατάσταση (0-100)	65,47±24,01	67,58±20,33	684,500	0,715
	Κοινωνική λειτουργικότητα (0-100)	67,08±31,74	85,42±25,70	475,500	**0,006**
	Πόνος (0-100)	85,25±21,44	77,03±25,64	567,500	0,100
	Γενική υγεία (0-100)	69,17±24,36	70,31±19,14	713,000	0,942
	Αλλαγή στην υγεία (0-100)	56,67±29,31	62,50±27,77	632,000	0,348
Κλίμακα PANSS	Θετική κλίμακα κατά το αδίκημα (7-49)	30,47±7,80	31,44±4,90	665,000	0,571
	Αρνητική κλίμακα κατά το αδίκημα(7-49)**	24,10±7,20	25,00±6,62	-0,565	0,574
	Κλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας κατά το αδίκημα(16-112)**	53,07±10,20	54,35±10,58	-0,530	0,598
	Σύνολο κατά το αδίκημα(30-210)**	107,63±21,00	110,98±18,58	-0,736	0,464

	Θετική κλίμακα κατά την έρευνα (7-49)**	20,40±8,31	17,06±6,14	2,036	**0,045**
	Αρνητική κλίμακα κατά την έρευνα(7-49)**	24,90±8,47	25,02±7,54	-0,066	0,948
	Κλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας κατά την έρευνα(16-112)**	43,03±10,01	41,02±10,46	0,840	0,403
	Σύνολο κατά την έρευνα(30-210)**	88,33±24,50	83,90±20,63	0,859	0,393
Κλίμακα HCR-20	Κλίμακα ιστορικού κατά το αδίκημα (0-18)**	13,17±2,12	10,31±2,60	5,048	**<0,001**
	Κλινική κλίμακα κατά το αδίκημα(0-10)	8,10±1,69	7,19±1,50	462,000	**0,007**
	Κλίμακα διαχείρισης κινδύνου κατά το αδίκημα(0-10)	7,40±2,18	6,42±2,81	591,500	0,182
	Σύνολο κατά το αδίκημα(0-38)**	28,67±4,21	23,92±5,57	4,008	**<0,001**
	Κλίμακα ιστορικού κατά την έρευνα(0-18)	14,07±1,98	11,77±2,35	323,500	**<0,001**
	Κλινική κλίμακα κατά την έρευνα(0-10)	5,93±2,73	4,21±2,59	473,000	**0,011**
	Κλίμακα διαχείρισης κινδύνου κατά την έρευνα(0-10)	7,40±2,18	6,42±2,81	591,500	0,182
	Σύνολο κατά την έρευνα(0-38)	27,40±5,18	22,40±6,48	422,000	**0,002**

*Στις περιπτώσεις όπου p<0.05, το ιστορικό διαταραχών διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.

**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος t για 2 ανεξάρτητα δείγματα (Independent Samples t-test). Σε όλα τα άλλα σκορ εφαρμόστηκε η μη παραμετρική δοκιμασία Mann-Whitney.

Γ. 2.7 Έλεγχοι διαφορών και ανεξαρτησίας (difference and independence tests) μεταξύ των γονεοκτόνων και λοιπών ανθρωποκτόνων

Δυο κατηγορίες ασθενών που αξίζει να μελετηθούν είναι και οι γονεοκτόνοι σε σχέση με τους υπόλοιπους ανθρωποκτόνους. Στον Πίνακα Γ2.33, φαίνονται τα αποτελέσματα των δύο ομάδων στους ελέγχους ανεξαρτησίας με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και το ιστορικό νοσηλειών. Είναι εμφανές ότι οι δύο ομάδες δεν διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς το φύλο, τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος, την ηλικία έναρξης ψυχικής νόσου, τη διάγνωση κατά την τέλεση του εγκλήματος, την οικογενειακή κατάσταση και το ιστορικό ακούσιων νοσηλειών. Αντίθετα, υπάρχει σημαντική διαφορά στο ιστορικό εκούσιων νοσηλειών μεταξύ των δύο ομάδων ($x^2(1)=3.825$, $p=0.051$). Συγκεκριμένα, το ποσοστό γονεοκτόνων που απάντησαν ότι νοσηλεύτηκαν με τη θέλησή τους τουλάχιστον μία φορά πριν την τέλεση του εγκλήματος είναι υπερδιπλάσιο από αυτό των λοιπών ανθρωποκτόνων (53,3% έναντι 21,1%).

Πίνακας Γ2.33. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με δημογραφικά χαρακτηριστικά και κλινική εικόνα των συμμετεχόντων (γονεοκτόνων και λοιπών ανθρωποκτόνων)

	Γονεοκτόνοι (N=21)		**Λοιποί ανθρωποκτόνοι (N=31)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p**
Φύλο (N=52)**						
Άνδρας	19	90,5%	26	83,9%	0,469	0,687
Γυναίκα	2	9,5%	5	16,1%		
Χρόνος τέλεσης του εγκλήματος (N=52)						
Στην αρχή του ψυχωτικού επεισοδίου	6	28,6%	12	38,7%	0,569	0,451
Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης	15	71,4%	19	61,3%		
Ηλικία έναρξης ψυχική νόσου (N=52)***						
Πριν τα 20	8	38,1%	14	45,2%	1,946	0,593
21-30	7	33,3%	9	29%		
31-40	5	23,8%	4	12,9%		
41 και άνω	1	4,8%	4	12,9%		
Διάγνωση κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=52)***						
Σχιζοφρένεια	18	85,7%	23	74,2%	1,751	0,900
Συναισθηματική διαταραχή	0	0%	1	3,2%		
Ψύχωση	3	14,3%	6	19,4%		

Διαταραχή οφειλόμενη σε ουσίες	0	0%	1	3,2%		
Οικογενειακή κατάσταση (N=52)***						
Έγγαμος	2	9,5%	11	35,5%		
Άγαμος μόνος	14	66,7%	15	48,4%		
Άγαμος σε σχέση	1	4,8%	1	3,2%	5,063	0,310
Διαζευγμένος	2	9,5%	3	9,7%		
Χήρος	2	9,5%	1	3,2%		
Νοσηλεία/ες μέχρι την τέλεση του εγκλήματος (N=52)	15	71,4%	19	61,3%	0,569	0,451
Ακούσια/ες νοσηλεία/ες μέχρι την τέλεση του εγκλήματος (N=34)**	10	66,7%	18	94,7%	4,545	0,066
Εκούσια/ες νοσηλεία μέχρι την τέλεση του εγκλήματος (N=34)	8	53,3%	4	21,1%	3,825	**0,051**

*Στις περιπτώσεις όπου p<0.05, η σχέση με το θύμα σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε ο ακριβής έλεγχος του Fisher.
***Σε αυτή την περίπτωση εφαρμόστηκε η μέθοδος Monte Carlo.

Όπως δείχνει ο Πίνακας Γ2.34, οι δύο ομάδες εμφανίζουν περίπου την ίδια εικόνα ως προς κάθε μεταβλητή που σχετίζεται με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Ακόμη, δε φαίνεται σημαντική διαφορά ούτε ως προς το ιστορικό φαρμακευτικής ψυχιατρικής αγωγής κατά την τέλεση του εγκλήματος ή τη συμμόρφωση με αυτή.

Πίνακας Γ2.34. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και την λήψη αγωγής κατά την τέλεση του εγκλήματος (γονεοκτόνων και λοιπών ανθρωποκτόνων)

	Γονεοκτόνοι (N=21)		**Λοιποί ανθρωποκτόνοι (N=31)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p**
Ουσίες (N=52)	11	52,4%	16	51,6%	0,003	0,957
Χρήση πέριξ της τέλεσης του εγκλήματος (N=52)	5	23,8%	10	32,3%	0,435	0,509
Τέλεση εγκληματικής πράξης σχετιζόμενης με ουσίες (N=52)**	3	14,3%	8	25,8%	0,996	0,491
Χρήση αλκοόλ (N=52)**	19	90,5%	29	93,5%	0,166	1,000
Χρήση αλκοόλ πάνω από το κρίσιμο όριο (N=48)	12	63,2%	17	58,6%	0,099	0,753
Κατάχρηση αλκοόλ (N=52)	12	57,1%	15	48,4%	0,384	0,535
Χρήση αλκοόλ τις τελευταίες 30 ημέρες (N=28)**	7	58,3%	10	62,5%	0,050	1,000
Χρήση κάνναβης (N=52)	12	57,1%	11	35,5%	2,381	0,123

Χρήση κάνναβης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=22)**	9	75%	8	80%	0,078	1,000
Χρήση ηρωίνης (N=52)**	3	14,3%	3	9,7%	0,260	0,675
Χρήση ηρωίνης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=7)**	2	50%	2	66,7%	0,194	1,000
Χρήση μεθαδόνης (N=52)**	1	4,8%	0	0%	1,505	0,404
Χρήση μεθαδόνης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=1)***	0	0%	-	-	-	-
Χρήση χαπιών (N=52)**	3	14,3%	2	6,5%	0,884	0,383
Χρήση χαπιών τις τελευταίες 30 ημέρες (N=5)**	2	66,7%	1	50%	0,139	1,000
Χρήση κοκαΐνης (N=52)**	3	14,3%	4	12,9%	0,021	1,000
Χρήση κοκαΐνης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=7)**	2	66,7%	1	25%	1,215	0,486
Χρήση αμφεταμινών (N=52)**	0	0%	1	3,2%	0,691	1,000
Χρήση αμφεταμινών τις τελευταίες 30 ημέρες (N=1)***	-	-	0	0%	-	-
Χρήση παραισθησιογόνων (N=52)**	0	0%	3	9,7%	2,157	0,264
Χρήση παραισθησιογόνων τις τελευταίες 30 ημέρες (N=3)***	-	-	0	0%	-	-
Χρήση εισπνεόμενων (N=52)**	1	4,8%	2	6,5%	0,066	1,000
Σε ψυχιατρική/φαρμακευτική αγωγή κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=54)	18	85,7%	22	71%	1,534	0,318
Συμμόρφωση με ψυχιατρική/φαρμακευτική αγωγή κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=41)**	3	16,7%	1	4,5%	1,616	0,310

*Στις περιπτώσεις όπου $p<0.05$, η σχέση με το θύμα σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε ο ακριβής έλεγχος του Fisher. Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με τη δοκιμασία x^2 ανεξαρτησίας του Pearson.
***Σε αυτές τις περιπτώσεις δεν εφαρμόστηκε έλεγχος ανεξαρτησίας καθώς απάντησαν μέλη μόνο της μιας ομάδας (γονεοκτόνοι / λοιποί ανθρωποκτόνοι).

Από τον Πίνακα 2.35, γίνεται εμφανές ότι τόσο οι γονεοκτόνοι όσο και οι λοιποί ανθρωποκτόνοι δε διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς το ιστορικό αυτοκαταστροφικότητας ή ετεροκαταστροφικότητας έως ή μετά την τέλεση του εγκλήματος. Ακόμη, η θυματοποίηση στο παρελθόν των ασθενών, η ύπαρξη στρεσογόνων γεγονότων και το ιστορικό οργανικής νόσου είναι πρόσθετα χαρακτηριστικά που χαρακτηρίζουν περίπου στον ίδιο βαθμό τις δύο ομάδες ασθενών.

Πίνακας Γ2.35. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με το ιστορικό αυτο- ή έτερο-καταστροφικότητας, θυματοποίησης, στρεσογόνων γεγονότων ή οργανικής νόσου (γονεοκτόνων και λοιπών ανθρωποκτόνων)

	Γονεοκτόνοι (N=21)		**Λοιποί ανθρωποκτόνοι (N=31)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p**
Απόπειρα αυτοκτονίας ή παρα-αυτοκτονική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος (N=52)	6	28,6%	10	32,3%	0,080	0,777
Απόπειρα αυτοκτονίας ή παρα-αυτοκτονική συμπεριφορά μετά την τέλεση του εγκλήματος (N=52)	5	23,8%	9	29%	0,174	0,677
Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος (N=52)	16	76,2%	23	74,2%	0,027	0,870
Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά μετά την τέλεση του εγκλήματος (N=52)**	2	9,5%	7	22,6%	1,491	0,283
Ιστορικό θυματοποίησης στο παρελθόν του ασθενή (N=52)	7	33,3%	12	38,7%	0,156	0,693
Θύμα σωματικής/σεξουαλικής κακοποίησης (N=52)	6	28,6%	12	38,7%	0,569	0,451
Θύμα σχολικού εκφοβισμού (N=52)**	3	14,3%	2	6,5%	0,884	0,383
Διαταραχές διαγωγής / συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία (N=52)	6	28,6%	10	32,3%	0,080	0,777
Στρεσογόνα γεγονότα ζωής τους τελευταίους 24 μήνες πριν από την εγκληματική πράξη (N=52)	8	38,1%	19	61,3%	2,698	0,100
Οργανική νόσος έως/κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=52)**	0	0%	3	9,7%	2,157	0,264

*Στις περιπτώσεις όπου $p<0.05$, η σχέση με το θύμα σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε ο ακριβής έλεγχος του Fisher. Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με τη δοκιμασία x^2 ανεξαρτησίας του Pearson.

Στον Πίνακα Γ2.36. φαίνεται πως οι γονεοκτόνοι διαφέρουν σημαντικά από τους υπόλοιπους ανθρωποκτόνους μόνον όσο αφορά την επιλογή θύματος από το οικογενειακό περιβάλλον ή εκτός αυτού ($x^2(1)=7.373$, $p=0.007$). Συγκεκριμένα, όλοι οι γονεοκτόνοι έχουν επιλέξει το θύμα από την οικογένεια, όπως είναι προφανές, ενώ από τους λοιπούς ανθρωποκτόνους το 29% επέλεξε το θύμα εκτός οικογένειας.

Πίνακας Γ2.36. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με το είδος βίας που έχουν επιδείξει οι ασθενείς, την ύπαρξη καταδικών και τη σχέση τους με το θύμα (γονεοκτόνων και λοιπών ανθρωποκτόνων)

	Γονεοκτόνοι (N=21)		**Λοιποί ανθρωποκτόνοι (N=31)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p**
Έγκλημα κατά της ζωής (N=52)***	21	100%	31	100%	-	-
Έγκλημα κατά της σωματικής ακεραιότητας (N=52)**	2	9,5%	5	16,1%	0,469	0,687
Έγκλημα κατά της ιδιοκτησίας (N=52)**	1	4,8%	0	0%	1,505	0,404
Κοινώς επικίνδυνα εγκλήματα (N=52)**	0	0%	1	3,2%	0,691	1,000
Βασική κατηγοριοποίηση εγκλήματος (N=52)						
Σωματική βλάβη	0	0%	0	0%		
Ανθρωποκτονία	14	66,7%	18	58,1%		
Εμπρησμός	0	0%	0	0%		
Απόπειρα ανθρωποκτονίας	7	33,3%	13	41,9%	0,391	0,532
Φθορά ξένης περιουσίας	0	0%	0	0%		
Κλοπή	0	0%	0	0%		
Ληστεία	0	0%	0	0%		
Εκφοβισμός	0	0%	0	0%		
Σχέση θύτη – βασικού θύματος (N=52)***						
Συγγενική	19	90,5%	18	58,1%		
Συζυγική	2	9,5%	4	12,9%		
Φιλική	0	0%	3	9,7%	8,069	0,071
Απλή γνωριμία	0	0%	3	9,7%		
Άγνωστος	0	0%	3	9,7%		
Σχέση θύτη – βασικού θύματος (N=52)						
Εκτός οικογένειας	0	0%	9	29%	7,373	**0,007**
Εντός οικογένειας	21	100%	22	71%		
Προηγούμενες καταδίκες (N=52)**	3	14,3%	4	12,9%	0,021	1,000

*Στις περιπτώσεις όπου p<0.05, η σχέση με το θύμα σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε ο ακριβής έλεγχος του Fisher.
***Σε αυτή την περίπτωση εφαρμόστηκε η μέθοδος Monte Carlo. Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με τη δοκιμασία x^2 ανεξαρτησίας του Pearson.
****Οι συγκεκριμένοι έλεγχοι δεν πραγματοποιήθηκε διότι όλοι έδωσαν την ίδια απάντηση.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα Γ2.37, οι δύο ομάδες ασθενών δεν εμφανίζουν σημαντικές διαφορές στην ηλικία τέλεσης, την επιθετικότητα και την κατεύθυνση της επιθετικότητας, όπως αυτές ορίζονται στα ερωτηματολόγια Aggression και HDHQ. Το ίδιο φαίνεται να ισχύει και στην περίπτωση των ερωτηματολογίων ZKPQ, CAGE και SF-36. Στη συνέχεια, η κλίμακα GAF που αφορά τη λειτουργικότητα δείχνει ότι τόσο οι γονεοκτόνοι όσο και οι λοιποί ανθρωποκτόνοι είναι στον ίδιο μέτριο βαθμό λειτουργικοί πριν την τέλεση του εγκλήματος και κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας.

Ακόμη, οι γονεοκτόνοι και οι λοιποί ανθρωποκτόνοι δε διαφέρουν σημαντικά ως προς καμία υποκλίμακα του θετικού και αρνητικού συνδρόμου (PANSS) ούτε πριν την τέλεση του εγκλήματος ούτε κατά την έρευνα. Τέλος, οι δύο ομάδες εκτιμήθηκαν ως προς την επικινδυνότητά τους για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς (HCR-20). Συγκεκριμένα, οι δύο ομάδες διαφέρουν σημαντικά ως προς τη διαχείριση κινδύνου τόσο πριν το αδίκημα ($t(50)=2.717$, $p=0.009$) όσο και κατά την έρευνα ($U=190.500$, $p=0.011$). Και στις δύο περιπτώσεις, οι γονεοκτόνοι εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερη επικινδυνότητα έναντι των λοιπών ανθρωποκτόνων. Τέλος, οι δύο ομάδες διαφέρουν σε σημαντικό βαθμό στο σύνολο που σημειώνουν στην κλίμακα HCR-20 ($t(50)=2.022$, $p=0.049$) κατά τη διάρκεια της μελέτης, όπου οι γονεοκτόνοι (Μ.Ο.=25.29, Τ.Α.=6.51) εμφανίζουν δυσμενέστερη εικόνα έναντι των λοιπών ανθρωποκτόνων (Μ.Ο.=21.71, Τ.Α.=6.08).

Πίνακας Γ2.37. Αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς στις συνολικές βαθμολογίες των συμμετεχόντων (γονεοκτόνων και λοιπών ανθρωποκτόνων)

		Γονεοκτόνοι (N=21)	**Λοιποί ανθρωποκτόνοι (N=31)**		
Ερωτηματολόγια	**Υποκλίμακες (N=52)**	**Μ.Ο.±Τ.Α.**	**Μ.Ο.±Τ.Α.**	**t/U**	**p**
Δημογραφικά χαρακτηριστικά	Ηλικία τέλεσης εγκλήματος	36,43±10,26	37,58±14,28	324,000	0,978
	Ηλικία σήμερα**	46,00±11,68	51,77±13,94	-1,561	0,125
	Ηλικία έναρξης νόσου	25,81±8,96	26,45±10,33	320,000	0,918
Ερωτηματολόγιο επιθετικότητας (Aggression)	Σωματική επιθετικότητα (5-45)	20,48±8,48	18,06±9,48	264,000	0,250
	Λεκτική επιθετικότητα (5-25)**	12,67±4,08	12,71±2,96	-0,044	0,965
	Θυμός (7-35)**	15,38±5,62	12,84±4,51	1,805	0,077
	Εχθρικότητα (8-40)**	22,48±7,42	21,87±7,76	0,281	0,780
Ερωτηματολόγιο HDHQ	Εκδραματιζόμενη εχθρικότητα (0-12)	4,19±3,01	4,39±2,70	296,000	0,577
	Κριτική των άλλων (0-12)**	6,86±2,82	5,90±2,90	1,177	0,245
	Παραληρητική εχθρικότητα (0-9)**	4,33±2,37	4,65±2,84	-0,415	0,680
	Αυτοκριτική (0-11)**	4,52±2,66	4,39±2,22	0,201	0,841
	Παραληρητική ενοχή (0-7)**	3,95±1,96	3,48±1,48	0,981	0,331
	Σύνολο εχθρικότητας (0-51)**	23,86±8,75	22,77±9,15	0,426	0,672
	Εξωστρεφόμενη εχθρικότητα (0-33)	15,38±7,03	14,90±7,31	314,000	0,830
	Εσωστρεφόμενη εχθρικότητα (0-29)**	13,52±7,18	12,45±6,15	0,576	0,567
	Κατεύθυνση εχθρικότητας	-2,38±9,17	-2,65±6,97	297,500	0,601
Ερωτηματολόγιο ZKPQ	Παρορμητική αναζήτηση αίσθησης (0-100)	38,35±27,00	40,07±23,29	295,000	0,568

	Παρορμητικότητα (0-100)**	36,31±28,20	41,94±28,97	-0,694	0,491
	Αναζήτηση αίσθησης (0-100)	39,82±29,11	38,71±28,17	324,500	0,985
	Νευρωτισμός – Άγχος (0-100)**	44,36±25,98	38,03±20,86	0,972	0,336
	Επιθετικότητα – Εχθρικότητα (0-100)	39,21±17,87	34,35±23,58	246,500	0,138
	Ενεργητικότητα (0-100)	51,26±21,38	43,64±24,24	278,000	0,373
	Κοινωνικότητα (0-100)	40,90±20,08	43,83±22,26	291,000	0,516
	Ιδιότητες ανίχνευσης ψεύδους (0-100)	40,95±20,95	32,58±20,33	258,000	0,202
Ερωτηματολόγιο CAGE	Σύνολο (0-40)	9,05±10,91	10,32±12,78	314,000	0,814
Ερωτηματολόγιο GAF	Σύνολο πριν (0-100)	40,48±10,24	41,94±9,81	298,000	0,589
	Σύνολο μετά (0-100)	45,71±15,02	51,94±16,62	250,500	0,153
Ερωτηματολόγιο κοινωνικής λειτουργικότητας (SF-36)	Σωματική λειτουργικότητα (0-100)	86,43±19,05	83,55±24,50	315,000	0,841
	Περιορισμοί λόγω σωματικής υγείας (0-100)	79,76±31,24	85,48±29,42	287,000	0,379
	Περιορισμοί λόγω συναισθηματικής υγείας (0-100)	69,84±36,38	77,42±34,84	286,000	0,404
	Ενέργεια/κόπωση (0-100)**	57,38±21,94	61,13±22,50	-0,595	0,554
	Συναισθηματική κατάσταση (0-100)**	63,24±16,33	71,87±21,53	-1,557	0,126
	Κοινωνική λειτουργικότητα (0-100)	82,74±22,18	83,07±27,68	301,500	0,614
	Πόνος (0-100)	80,83±25,55	83,55±21,98	308,500	0,736
	Γενική υγεία (0-100)**	69,76±20,46	70,32±19,66	-0,099	0,921
	Αλλαγή στην υγεία (0-100)	59,52±26,78	62,90±27,29	312,500	0,800
Ερωτηματολόγιο PANSS	Θετική κλίμακα κατά το αδίκημα (7-49)**	32,24±6,57	32,03±5,71	0,120	0,905
	Αρνητική κλίμακα κατά το αδίκημα(7-49)**	25,95±8,80	23,39±6,66	1,196	0,237
	Κλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας κατά το αδίκημα(16-112)**	55,10±13,18	54,77±10,22	0,099	0,922

	Σύνολο κατά το αδίκημα(30-210)**	113,29±26,12	110,19±17,88	0,473	0,640
	Θετική κλίμακα κατά την έρευνα(7-49)**	18,67±8,38	17,55±7,49	0,504	0,617
	Αρνητική κλίμακα κατά την έρευνα(7-49)**	25,14±9,09	24,42±8,73	0,288	0,774
	Κλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας κατά την έρευνα(16-112)**	42,14±10,14	39,45±10,65	0,912	0,366
	Σύνολο κατά την έρευνα(30-210)**	86,19±24,41	82,35±23,48	0,569	0,572
Ερωτηματολόγιο HCR-20	Κλίμακα ιστορικού κατά το αδίκημα(0-18)	11,57±2,32	10,52±2,79	251,500	0,164
	Κλινική κλίμακα κατά το αδίκημα (0-10)	7,43±2,01	7,52±1,48	310,500	0,775
	Κλίμακα διαχείρισης κινδύνου κατά το αδίκημα (0-10)**	7,33±2,35	5,45±2,51	2,717	**0,009**
	Σύνολο κατά το αδίκημα (0-38)**	26,33±5,18	23,48±5,30	1,920	0,061
	Κλίμακα ιστορικού κατά την έρευνα(0-18)**	13,05±1,91	12,03±2,69	1,492	0,142
	Κλινική κλίμακα κατά την έρευνα(0-10)**	4,90±3,19	4,23±2,66	0,834	0,408
	Κλίμακα διαχείρισης κινδύνου κατά την έρευνα(0-10)	7,33±2,35	5,45±2,51	190,500	**0,011**
	Σύνολο κατά την έρευνα(0-38)**	25,29±6,51	21,71±6,08	2,022	**0,049**

*Στις περιπτώσεις όπου p<0.05, η σχέση με το θύμα σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.

**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος t για 2 ανεξάρτητα δείγματα (Independent Samples t-test). Σε όλα τα άλλα σκορ εφαρμόστηκε η μη παραμετρική δοκιμασία Mann-Whitney.

Γ. 2.8 Έλεγχοι διαφορών και ανεξαρτησίας (difference and independence tests) μεταξύ των βίαιων ασθενών και των εμπρηστών

Ακολουθούν τα αποτελέσματα των συγκρίσεων μεταξύ βίαιων ασθενών και εμπρηστών. Αρχικά, ελέγχθηκαν οι ενδεχόμενες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις της ομάδας στην οποία ανήκουν οι ασθενείς με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις μεταβλητές που αφορούν την ψυχική τους νόσο. Όπως φαίνεται, οι δύο ομάδες δε διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς το φύλο, τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος, την ηλικία έναρξης ψυχικής νόσου, τη διάγνωση κατά την έναρξη της νόσου και την οικογενειακή κατάσταση. Επίσης, το ιστορικό ακούσιων ή εκούσιων νοσηλειών έως την τέλεση του εγκλήματος αποτελούν πρόσθετα χαρακτηριστικά που εμφανίζουν την ίδια περίπου συχνότητα μεταξύ των δύο ομάδων.

Πίνακας Γ2.38. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με δημογραφικά χαρακτηριστικά και την κλινική εικόνα των συμμετεχόντων (βίαιων ασθενών και εμπρηστών)

	Εμπρηστές (N=9)		**Βίαιοι ασθενείς (N=65)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p**
Φύλο (N=74)						
Άνδρας	9	100%	57	87,7%	1,242	0,584
Γυναίκα	0	0%	8	12,3%		
Χρόνος τέλεσης του εγκλήματος (N=74)						
Στην αρχή του ψυχωτικού επεισοδίου	2	22,2%	19	29,2%	0,191	1,000
Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης	7	77,8%	46	70,8%		
Ηλικία έναρξης ψυχική νόσου (N=74)**						
Πριν τα 20	4	44,4%	27	41,5%	0,295	1,000
21-30	3	33,3%	22	33,8%		
31-40	1	11,1%	11	16,9%		
41 και άνω	1	11,1%	5	7,7%		
Διάγνωση κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=74)**						
Σχιζοφρένεια	7	77,8%	49	75,4%	5,745	0,090
Συναισθηματική διαταραχή	1	11,1%	1	1,5%		
Ψύχωση	0	0%	13	20%		
Διαταραχή οφειλόμενη σε ουσίες	1	11,1%	2	3,1%		
Οικογενειακή κατάσταση (N=74)**						

Έγγαμος	0	0%	13	20%		
Άγαμος μόνος	5	55,6%	39	60%		
Άγαμος σε σχέση	1	11,1%	2	3,1%	5,851	0,170
Διαζευγμένος	3	33,3%	8	12,3%		
Χήρος	0	0%	3	4,6%		
Νοσηλεία/ες μέχρι την τέλεση του εγκλήματος (N=74)	7	77,8%	45	69,2%	0,276	0,716
Ακούσια/ες νοσηλεία/ες μέχρι την τέλεση του εγκλήματος (N=52)	6	85,7%	39	86,7%	0,005	1,000
Εκούσια/ες νοσηλεία μέχρι την τέλεση του εγκλήματος (N=52)	3	42,9%	17	37,8%	0,066	1,000

*Στις περιπτώσεις όπου p<0.05, η ύπαρξη εμπρησμού ή βίαιου εγκλήματος σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε η μέθοδος Monte Carlo.Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε ο ακριβής έλεγχος του Fisher

Όπως δείχνει ο Πίνακας Γ2.39, δεν διαφοροποιούνται σημαντικά οι δύο ομάδες ως προς καμία μεταβλητή που αφορά την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών ούτε ως προς την ύπαρξη ψυχιατρικής φαρμακευτικής αγωγής ή τη συμμόρφωση με αυτήν κατά την τέλεση του εγκλήματος.

Πίνακας Γ2.39. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και την λήψη αγωγής κατά την τέλεση του εγκλήματος (βίαιων ασθενών και εμπρηστών)

	Εμπρηστές (N=9)		**Βίαιοι ασθενείς (N=65)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p**
Ουσίες (N=74)	6	66,7%	36	55,4%	0,410	0,723
Χρήση πέριξ της τέλεσης του εγκλήματος (N=74)	4	44,4%	23	35,4%	0,280	0,716
Τέλεση εγκληματικής πράξης σχετιζόμενης με ψυχοτρόπες ουσίες (N=74)	4	44,4%	15	23,1%	1,891	0,223
Χρήση αλκοόλ (N=74)	8	88,9%	60	92,3%	0,124	0,554
Χρήση αλκοόλ πάνω από το κρίσιμο όριο (N=69)	6	75%	39	63,9%	0,382	0,704
Κατάχρηση αλκοόλ (N=74)	5	55,6%	36	55,4%	<0,001	1,000
Χρήση αλκοόλ τις τελευταίες 30 ημέρες (N=43)	4	66,7%	25	67,6%	0,002	1,000
Χρήση κάνναβης (N=74)	3	33,3%	29	44,6%	0,410	0,723
Χρήση κάνναβης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=31)	1	33,3%	21	75%	2,283	0,195
Χρήση ηρωίνης (N=74)	1	11,1%	11	16,9%	0,197	1,000
Χρήση ηρωίνης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=14)	1	50%	7	58,3%	0,049	1,000
Χρήση μεθαδόνης (N=74)	0	0%	3	4,6%	0,433	1,000

Χρήση μεθαδόνης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=3)***	-	-	0	0%	-	-
Χρήση οπιούχων/οπιοειδών (N=36)	0	0%	6	19,4%	1,161	0,564
Χρήση χαπιών (N=74)	1	11,1%	9	13,8%	0,051	1,000
Χρήση χαπιών τις τελευταίες 30 ημέρες (N=10)	0	0%	7	77,8%	2,593	0,300
Χρήση κοκαΐνης (N=74)	2	22,2%	10	15,4%	0,272	0,633
Χρήση κοκαΐνης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=12)	0	0%	3	30%	0,800	1,000
Χρήση αμφεταμινών (N=74)	0	0%	2	3,1%	0,285	1,000
Χρήση αμφεταμινών τις τελευταίες 30 ημέρες (N=2)***	-	-	0	0%	-	-
Χρήση παραισθησιογόνων (N=74)	0	0%	3	4,6%	0,433	1,000
Χρήση παραισθησιογόνων τις τελευταίες 30 ημέρες (N=3)***	-	-	0	0%	-	-
Χρήση εισπνεόμενων (N=74)	0	0%	3	4,6%	0,433	1,000
Σε ψυχιατρική/φαρμακευτική αγωγή κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=74)	7	77,8%	53	81,5%	0,073	0,676
Συμμόρφωση με ψυχιατρική/φαρμακευτική αγωγή κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=60)	0	0%	7	13,2%	1,047	0,584

*Στις περιπτώσεις όπου p<0.05, η ύπαρξη εμπρησμού ή βίαιου εγκλήματος σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.
**Σε όλες τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε η ο ακριβής έλεγχος του Fisher.
***Σε αυτές τις περιπτώσεις δεν εφαρμόστηκε έλεγχος ανεξαρτησίας καθώς απάντησαν μόνο οι βίαιοι δράστες.

Από τον Πίνακα 2.40, γίνεται εμφανές ότι οι εμπρηστές και οι βίαιοι ασθενείς δεν διαφοροποιούνται σημαντικά σε σχέση με το ιστορικό καταστροφικών συμπεριφορών (προς τον εαυτού ή/και τους άλλους) και το ιστορικό θυματοποίησης ή το ιστορικό εμφάνισης στρεσογόνων γεγονότων κατά τους τελευταίους 24 μήνες πριν τη διάπραξη του αδικήματος και το ιστορικό οργανικής νόσου**.**

Πίνακας Γ2.40. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με το ιστορικό αυτο- ή έτερο-καταστροφικότητας, θυματοποίησης, στρεσογόνων περιστατικών στη ζωή τους ή οργανικής νόσου (βίαιων ασθενών και εμπρηστών)

	Εμπρηστές (N=9)		**Βίαιοι ασθενείς (N=65)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p**
Απόπειρα αυτοκτονίας ή παρα-αυτοκτονική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος (N=74)	3	33,3%	22	33,8%	0,001	1,000
Απόπειρα αυτοκτονίας ή παρα-αυτοκτονική συμπεριφορά μετά την τέλεση του εγκλήματος (N=74)	0	0%	16	24,6%	2,827	0,191
Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος (N=74)	7	77,8%	48	73,8%	0,064	1,000

Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά μετά την τέλεση του εγκλήματος (N=74)	0	0%	13	20%	2,184	0,346
Ιστορικό θυματοποίησης στο παρελθόν του ασθενή (N=74)	5	55,6%	24	36,9%	1,152	0,301
Θύμα σωματικής/σεξουαλικής κακοποίησης (N=74)	5	55,6%	22	33,8%	1,608	0,273
Θύμα σχολικού εκφοβισμού (N=74)**	3	33,3%	7	10,8%	3,444	0,097
Διαταραχές διαγωγής / συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία (N=74)	5	55,6%	22	33,8%	1,608	0,273
Στρεσογόνα γεγονότα ζωής τους τελευταίους 24 μήνες πριν από την εγκληματική πράξη (N=74)**	6	66,7%	33	50,8%	0,802	0,486
Οργανική νόσος έως/κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=74)	2	22,2%	4	6,2%	2,740	0,153

*Στις περιπτώσεις όπου p<0.05, η ύπαρξη εμπρησμού ή βίαιου εγκλήματος σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.
**Σε αυτή την περίπτωση πραγματοποιήθηκε η δοκιμασία x^2 ανεξαρτησίας του Pearson.Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε ο ακριβής έλεγχος του Fisher.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα Γ2.41, οι δύο ομάδες ασθενών διαφέρουν σημαντικά ως προς τα εγκλήματα κατά της ζωής ($x^2(1)=25.859$, $p=0.001$) και τα κοινώς επικίνδυνα εγκλήματα ($x^2(1)=49.808$, $p<0.001$). Συγκεκριμένα, στην πρώτη περίπτωση υπερέχουν σημαντικά οι βίαιοι ασθενείς έναντι των εμπρηστών (81,5% έναντι 0%), ενώ στην περίπτωση των κοινώς επικίνδυνων εγκλημάτων υπερέχουν οι εμπρηστές (88,9% έναντι 3,1%). Επίσης, η βασική κατηγοριοποίηση εγκλήματος σχετίζεται σημαντικά με την ύπαρξη εμπρησμού ή βίαιου εγκλήματος ($x^2(1)=74.000$, $p<0.001$). Ωστόσο, η ύπαρξη εμπρησμού ή βίαιων αδικημάτων είναι ανεξάρτητη από τη διάπραξη εγκλημάτων κατά της σωματικής ακεραιότητας ή της ιδιοκτησίας, τη σχέση θύτη-θύματος και την ύπαρξη προηγούμενων καταδικών.

Πίνακας Γ2.41. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με το ιστορικό καταδικών (βίαιων ασθενών και εμπρηστών)

	Εμπρηστές (N=9)		**Βίαιοι ασθενείς (N=65)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p**
Έγκλημα κατά της ζωής (N=74)	0	0%	53	81,5%	25,859	**<0,001**
Έγκλημα κατά της σωματικής ακεραιότητας (N=74)	2	22,2%	18	27,7%	0,120	1,000
Έγκλημα κατά της ιδιοκτησίας (N=74)	2	22,2%	5	7,7%	1,949	0,200
Κοινώς επικίνδυνα εγκλήματα (N=74)	8	88,9%	2	3,1%	49,808	**<0,001**
Βασική κατηγοριοποίηση εγκλήματος (N=74)**						

Σωματική βλάβη	0	0%	10	15,4%		
Ανθρωποκτονία	0	0%	33	50,8%		
Εμπρησμός	9	100%	0	0%		
Απόπειρα ανθρωποκτονίας	0	0%	20	30,8%	74,000	**<0,001**
Φθορά ξένης περιουσίας	0	0%	0	0%		
Κλοπή	0	0%	0	0%		
Ληστεία	0	0%	2	3,1%		
Εκφοβισμός	0	0%	0	0%		
Σχέση θύτη – βασικού θύματος (N=52)**						
Συγγενική	3	60%	41	63,1%		
Συζυγική	1	20%	6	9,2%		
Φιλική	1	20%	3	4,6%	3,622	0,404
Απλή γνωριμία	0	0%	6	9,2%		
Άγνωστος	0	0%	9	13,8%		
Προηγούμενες καταδίκες (N=74)	2	22,2%	16	24,6%	0,025	1,000

*Στις περιπτώσεις όπου p<0.05, η ύπαρξη εμπρησμού ή βίαιου εγκλήματος σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε η μέθοδος Monte Carlo. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε ο ακριβής έλεγχος του Fisher.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα Γ2.42, οι δύο ομάδες δεν εμφανίζουν σημαντική διαφορά στην ηλικία διάπραξης του αδικήματος. Επίσης, δε διαφοροποιούνται σημαντικά στα λήμματα των ερωτηματολογίων Aggression και HDHQ. Ακόμη, η εικόνα των δύο ομάδων ασθενών φαίνεται να είναι περίπου η ίδια όσο αφορά τις παραμέτρους που εξετάζονται με το ερωτηματολόγιο ZKPQ.

Επιπλέον, η μελέτη των δύο ομάδων έδειξε περίπου την ίδια εικόνα ως προς τον αλκοολισμό (ερωτηματολόγιο CAGE). Το ίδιο φαίνεται να ισχύει και στην περίπτωση λειτουργικότητας (κλίμακα GAF) τόσο πριν την τέλεση του εγκλήματος όσο και κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας. Επιπλέον, οι εμπρηστές και οι βίαιοι ασθενείς δε φαίνεται να διαφέρουν σημαντικά ως προς τη σωματική και συναισθηματική δυσλειτουργία (ερωτηματολόγιο SF-36).

Στη συνέχεια, οι δύο ομάδες μελετήθηκαν με βάση την κλίμακα θετικού και αρνητικού συνδρόμου. Όπως προέκυψε, για ακόμη μια φορά δεν υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στις δύο ομάδες. Τέλος, το ίδιο φαίνεται να ισχύει γενικά και στην κλίμακα HCR-20 που αναφέρεται στην εκτίμηση της επικινδυνότητας για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς.

Πίνακας Γ2.42. Αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς στις συνολικές βαθμολογίες των συμμετεχόντων (βίαιων ασθενών και εμπρηστών)

		Εμπρηστές (N=11)	**Βίαιοι ασθενείς (N=63)**		
Ερωτηματολόγια	**Υποκλίμακες**	**M.O.±T.A.**	**M.O.±T.A.**	**t/U**	**p**
Δημογραφικά χαρακτηριστικά	Ηλικία τέλεσης εγκλήματος	45,78±10,56	37,78±12,12	178,500	0,059
	Ηλικία σήμερα**	54,56±10,38	49,92±13,18	1,009	0,316
	Ηλικία διάπραξης εγκλήματος	26,00±14,28	25,51±9,20	264,000	0,637
Ερωτηματολόγιο επιθετικότητας (Aggression)	Σωματική επιθετικότητα (5-45)	15,89±7,24	19,74±9,08	221,000	0,236
	Λεκτική επιθετικότητα (5-25)	14,00±4,30	12,82±3,54	223,000	0,248
	Θυμός (7-35)	14,44±5,46	14,48±5,31	288,500	0,947
	Εχθρικότητα (8-40)	24,44±7,88	22,75±7,15	248,000	0,461
Ερωτηματολόγιο HDHQ	Εκδραματιζόμενη εχθρικότητα (0-12)	4,22±2,64	4,55±2,88	277,000	0,796
	Κριτική των άλλων (0-12)**	7,22±2,77	6,48±2,88	0,730	0,468
	Παραληρητική εχθρικότητα (0-9)	4,89±1,83	4,71±2,61	284,500	0,894
	Αυτοκριτική (0-11)	5,11±2,67	4,75±2,52	266,000	0,659
	Παραληρητική ενοχή (0-7)	2,67±1,32	3,63±1,72	194,000	0,098
	Σύνολο εχθρικότητας (0-51)**	24,11±7,42	24,08±9,27	0,011	0,992
	Εξωστρεφόμενη εχθρικότητα (0-33)	16,33±6,29	15,72±7,25	267,000	0,673
	Εσωστρεφόμενη εχθρικότητα (0-29)	14,00±6,80	13,35±6,49	0,278	0,782
	Κατεύθυνση εχθρικότητας	-3,44±9,04	-2,65±7,39	-0,296	0,768
Ερωτηματολόγιο ZKPQ	Παρορμητική αναζήτηση αίσθησης (0-100)	39,18±18,81	41,70±25,69	291,000	0,980
	Παρορμητικότητα (0-100)	45,83±25,00	42,69±28,89	261,500	0,604

	Αναζήτηση αίσθησης (0-100)	34,34±24,39	40,98±29,16	267,000	0,672
	Νευρωτισμός-Άγχος (0-100)**	40,93±23,65	43,16±22,96	-0,272	0,786
	Επιθετικότητα – Εχθρικότητα (0-100)	35,30±26,14	39,28±23,90	246,500	0,444
	Ενεργητικότητα (0-100)	28,76±20,89	42,90±25,53	193,500	0,100
	Κοινωνικότητα (0-100)	40,52±26,70	43,26±22,12	284,500	0,894
	Ιδιότητες ανίχνευσης ψεύδους (0-100)	42,22±34,56	34,46±21,44	257,000	0,553
Ερωτηματολόγιο CAGE	Σύνολο (0-40)	15,56±15,90	10,15±12,05	239,000	0,338
Ερωτηματολόγιο GAF	Σύνολο πριν (0-100)	40,00±10,00	41,85±10,74	280,000	0,830
	Σύνολο μετά (0-100)	45,56±15,09	48,77±15,56	255,500	0,532
Ερωτηματολόγιο κοινωνικής λειτουργικότητας (SF-36)	Σωματική λειτουργικότητα (0-100)	75,00±31,52	84,23±21,76	210,000	0,165
	Περιορισμοί λόγω σωματικής υγείας (0-100)	66,67±45,07	82,31±29,56	247,000	0,381
	Περιορισμοί λόγω συναισθηματικής υγείας (0-100)	59,26±43,40	73,33±35,95	238,500	0,320
	Ενέργεια/κόπωση (0-100)**	46,67±30,41	59,46±23,27	-1,489	0,141
	Συναισθηματική κατάσταση (0-100)	57,33±23,24	67,20±20,87	208,000	0,161
	Κοινωνική λειτουργικότητα (0-100)	59,72±43,20	80,77±26,98	219,000	0,185
	Πόνος (0-100)	70,00±26,04	81,85±23,92	199,000	0,105
	Γενική υγεία (0-100)	63,33±28,61	70,39±19,51	266,000	0,660
	Αλλαγή στην υγεία (0-100)	61,11±39,75	59,23±27,09	264,000	0,625
Ερωτηματολόγιο PANSS	Θετική κλίμακα κατά το αδίκημα (7-49)**	29,33±5,27	31,63±6,04	-1,083	0,282
	Αρνητική κλίμακα κατά το αδίκημα(7-49)**	26,00±4,42	24,65±7,06	0,558	0,578
	Κλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας κατά το αδίκημα(16-112)**	54,22±6,74	54,22±10,99	0,002	0,999

	Σύνολο κατά το αδίκημα(30-210)**	109,56±12,80	110,63±20,22	-0,155	0,877
	Θετική κλίμακα κατά την έρευνα (7-49)	17,56±5,22	18,82±7,38	270,500	0,715
	Αρνητική κλίμακα κατά την έρευνα(7-49)**	28,00±5,05	24,86±8,07	1,132	0,261
	Κλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας κατά την έρευνα(16-112)**	47,00±9,77	41,60±10,17	1,500	0,138
	Σύνολο κατά την έρευνα(30-210)**	92,56±17,53	85,86±22,31	0,862	0,391
Ερωτηματολόγιο HCR-20	Κλίμακα ιστορικού κατά το αδίκημα (0-18)	12,89±1,54	11,20±2,84	177,000	**0,054**
	Κλινική κλίμακα κατά το αδίκημα(0-10)	7,56±1,67	7,54±1,64	284,000	0,886
	Κλίμακα διαχείρισης κινδύνου κατά το αδίκημα(0-10)	7,67±2,55	6,66±2,59	230,000	0,297
	Σύνολο στην αρχή (0-38)**	28,11±4,31	25,40±5,52	1,411	0,162
	Κλίμακα ιστορικού κατά την έρευνα(0-18)**	13,22±1,56	12,58±2,52	0,738	0,463
	Κλινική κλίμακα κατά την έρευνα(0-10)	5,11±2,57	4,86±2,79	279,000	0,822
	Κλίμακα διαχείρισης κινδύνου κατά την έρευνα(0-10)	7,67±2,55	6,66±2,59	230,000	0,297
	Σύνολο κατά την έρευνα(0-38)**	26,00±5,05	24,11±6,46	0,842	0,403

*Στις περιπτώσεις όπου p<0.05, η ύπαρξη εμπρησμού ή βίαιου εγκλήματος σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.

**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος t για 2 ανεξάρτητα δείγματα (Independent Samples t-test). Σε όλα τα άλλα σκορ εφαρμόστηκε η μη παραμετρική δοκιμασία Mann-Whitney.

Γ. 2.9 Έλεγχοι διαφορών και ανεξαρτησίας (difference and independence tests) ως προς τους φαινότυπους

Οι τελευταίοι έλεγχοι αφορούν την ύπαρξη σημαντικών διαφορών ανάμεσα στους τρεις φαινότυπους ασθενών με σχιζοφρένεια και παραβατικότητα όπως αυτές ορίστηκαν από τους Hodgins et al (2014). Στη μελέτη αυτή περιλαμβάνονται μόνο ασθενείς με σχιζοφρένεια, ενώ στην παρούσα διδακτορική διατριβή εμπεριέχονται και όσοι διαγνώστηκαν με ψύχωση κατά την τέλεση του εγκλήματος. Οι φαινότυποι που μελετώνται είναι οι εξής:

- Ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή ή σχιζοφρένεια και με προβλήματα διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία (φαινότυπος 1),
- Ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή ή σχιζοφρένεια που διέπραξαν το έγκλημα κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο χωρίς να έχουν εμφανίσει επιθετική ή βίαιη συμπεριφορά πριν την έναρξη της νόσου και δεν εμφάνιζαν διαταραχές διαγωγής / συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία (φαινότυπος 2) και
- Λοιποί ασθενείς με ψύχωση ή σχιζοφρενική διαταραχή (φαινότυπος 3).

Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει 23 άτομα, η δεύτερη 11 και η τρίτη 31 άτομα από τους συμμετέχοντες στην έρευνα. Υπήρξαν 11 ασθενείς που εμφάνισαν άλλου είδους ψυχική διαταραχή κατά τη διάπραξη του αδικήματος και αποκλείστηκαν από αυτούς τους ελέγχους.

Αρχικά, εξετάζεται αν ο φαινότυπος στον οποίο ανήκουν οι ασθενείς σχετίζεται σημαντικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και το ιστορικό ακούσιων ή εκούσιων νοσηλειών (Πίνακας Γ2.43). Όπως φαίνεται ο φαινότυπος σχετίζεται σημαντικά με το φύλο των ασθενών ($x^2(2)=6.127$, $p=0.053$), την ηλικία εμφάνισης της ψυχικής νόσου ($x^2(6)=12.688$, $p=0.043$), το ιστορικό νοσηλειών έως την τέλεση του εγκλήματος ($x^2(2)=26.994$, $p<0.001$) και συγκεκριμένα το ιστορικό εκούσιων νοσηλειών ($x^2(2)=6.437$, $p=0.030$). Τέλος, οι τρεις φαινότυποι διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς την οικογενειακή κατάσταση ($x^2(8)=18.319$, $p=0.014$).

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο πρώτος φαινότυπος αποτελείται αποκλειστικά από άντρες, ενώ αρκετά υψηλά είναι τα ποσοστά των γυναικών στους άλλους δυο τύπους (27,3% του συνόλου για τον φαινότυπο 2 και 15,6% του συνόλου για τον φαινότυπο 3). Επιπλέον, η συντριπτική πλειονότητα του πρώτου φαινότυπου αποτελείται από άγαμους χωρίς σχέση (87,5%). Αντίθετα, στον δεύτερο φαινότυπο οι ασθενείς είναι σχεδόν μοιρασμένοι ανάμεσα στους έγγαμους και τους άγαμους χωρίς σχέση. Στον τελευταίο φαινότυπο δεν φαίνεται κάποιο συγκεκριμένο μοτίβο των ασθενών ως προς την οικογενειακή κατάσταση.

Επιπλέον, σχεδόν το 70% του πρώτου φαινότυπου εκδήλωσε την ψυχική νόσο πριν το εικοστό έτος

της ηλικίας τους (66,7%), ενώ οι μισοί ασθενείς που ανήκουν στον δεύτερο φαινότυπο εκδήλωσαν τη νόσο μεταξύ 21 και 30 ετών (54,5%). Στην περίπτωση του τρίτου φαινότυπου τα ποσοστά των ασθενών σε κάθε ηλικιακή ομάδα είναι περισσότερο ομοιόμορφα κατανεμημένα. Ακόμη, σχεδόν όλοι οι ασθενείς που ανήκουν στον τρίτο φαινότυπο δήλωσαν ότι έχουν νοσηλευτεί πριν τη διάπραξη του αδικήματος (90,6%), ενώ στον δεύτερο φαινότυπο το αντίστοιχο ποσοστό είναι μόνον 9,1%. Επίσης, από τους ασθενείς του πρώτου φαινότυπου ακριβώς 3 στους 4 έχουν νοσηλευτεί πριν την διάπραξη του αδικήματος.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι κανένας από τους ασθενείς του δεύτερου φαινότυπου δεν έχει νοσηλευτεί εκουσίως. Αντίθετα, το 16,7% των μελών του πρώτου φαινότυπου απάντησε θετικά, όπως και το 51,7% του συνόλου από τον τρίτο φαινότυπο.

Πίνακας Γ2.43. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με δημογραφικά χαρακτηριστικά και την κλινική εικόνα των συμμετεχόντων (με κριτήριο τον φαινότυπο)

	Φαινότυπος 1 (N=24)		**Φαινότυπος 2 (N=11)**		**Φαινότυπος 3 (N=32)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p***
Φύλο (N=67)								
Άνδρας	24	100%	8	72,7%	27	84,4%	6,127	**0,053**
Γυναίκα	0	0%	3	27,3%	5	15,6%		
Ηλικία έναρξης ψυχική νόσου (N=67)								
Πριν τα 20	16	66,7%	2	18,2%	11	34,4%	12,688	**0,043**
21-30	7	29,2%	6	54,5%	10	31,3%		
31-40	1	4,2%	2	18,2%	8	25%		
41 και άνω	0	0%	1	9,1%	3	9,4%		
Διάγνωση κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=67)**								
Σχιζοφρένεια	20	83,3%	9	81,8%	24	75%	0,635	0,727
Ψύχωση	4	16,7%	2	18,2%	8	25%		
Οικογενειακή κατάσταση								
Έγγαμος	1	4,2%	5	45,5%	8	25%	18,319	**0,014**
Άγαμος μόνος	21	87,5%	5	45,5%	14	43,8%		
Άγαμος σε σχέση	0	0%	0	0%	2	6,3%		
Διαζευγμένος	2	8,3%	0	0%	6	18,8%		
Χήρος	0	0%	1	9,1%	2	6,3%		
Νοσηλεία/ες μέχρι την τέλεση του εγκλήματος (N=67)	18	75%	1	9,1%	29	90,6%	26,994	**<0,001**

Ακούσια/ες νοσηλεία/ες μέχρι την τέλεση του εγκλήματος (N=48)	18	100%	1	100%	23	79,3%	4,493	0,180
Εκούσια/ες νοσηλεία μέχρι την τέλεση του εγκλήματος (N=48)	3	16,7%	0	0%	15	51,7%	6,437	**0,030**

*Στις περιπτώσεις όπου $p<0.05$, ο φαινότυπος σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.

**Σε αυτή την περίπτωση εφαρμόστηκε ο έλεγχος x^2 ανεξαρτησίας του Pearson. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις εφαρμόστηκε η μέθοδος Monte Carlo.

Ακολούθως, μελετώνται οι ενδεχόμενες στατιστικά σημαντικές σχέσεις που παρουσιάζει ο φαινότυπος με καθεμία από τις μεταβλητές που αφορούν την εξάρτηση από ουσίες και την ύπαρξη ψυχιατρικής φαρμακευτικής αγωγής κατά την τέλεση του εγκλήματος. Όπως δείχνει ο Πίνακας Γ2.44, ο φαινότυπος στον οποίο ανήκουν οι δράστες σχετίζεται σημαντικά με τη χρήση ουσιών ($x^2(2)=6.984$, $p=0.030$) και συγκεκριμένα μόνο ως προς τη χρήση ηρωίνης ($x^2(2)=6.920$, $p=0.030$). Μάλιστα οι δράστες του πρώτου φαινότυπου εμφανίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό θετικών απαντήσεων στη χρήση ουσιών (75%), ενώ ο δεύτερος φαινότυπος έχει το μικρότερο ποσοστό χρήσης (36,4%). Η ίδια εικόνα παρατηρείται και ως προς τη χρήση ηρωίνης (33,3% έναντι 0%).

Επίσης, ο φαινότυπος σχετίζεται σημαντικά με την ύπαρξη ψυχιατρικής/φαρμακευτικής αγωγής κατά την τέλεση του εγκλήματος ($x^2(2)=12.105$, $p=0.003$).Συγκεκριμένα, η πλειονότητα των ασθενών του πρώτου και τρίτου φαινότυπου έδωσαν θετική απάντηση σε αυτό το ερώτημα (87,5% και 90,6% αντίστοιχα), ενώ μόλις οι μισοί από τον δεύτερο φαινότυπο απάντησαν επίσης θετικά (45,5%).

Ακολουθούν οι έλεγχοι ανεξαρτησίας ανάμεσα στον φαινότυπο και το ιστορικό αυτοκαταστροφικών ή ετεροκαταστροφικών συμπεριφορών έως και μετά την τέλεση του εγκλήματος (Πίνακας Γ2.45). Στον ίδιο πίνακα φαίνεται και η συσχέτιση ανάμεσα στον φαινότυπο και την ύπαρξη βίαιων ή στρεσογόνων περιστατικών στη ζωή του ασθενή πριν το αδίκημα. Τέλος, παρουσιάζεται η συσχέτιση του φαινότυπου με το ιστορικό οργανικής νόσου. Όπως φαίνεται, οι τρεις φαινότυποι διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς τις απόπειρες αυτοκτονίας ή την παραυτοκτονική συμπεριφορά μετά την τέλεση του εγκλήματος ($x^2(2)=17.406$, $p<0.001$), και την ύπαρξη στρεσογόνων γεγονότων στη ζωή τους κατά τους 24 μήνες πριν την τέλεση του εγκλήματος ($x^2(2)=7.700$, $p=0.021$). Συγκεκριμένα, 3 στους 4 ασθενείς που δεν εμφάνιζαν διαταραχές διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία και διέπραξαν το αδίκημα κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο (φαινότυπος 2) δήλωσαν ότι αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν ή εμφάνιζαν παραυτοκτονική συμπεριφορά μετά την τέλεση του εγκλήματος (72,7%), ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά στους άλλους δύο φαινότυπους είναι πολύ μικρότερα (16,7% για τον πρώτο και 12,5% για τον τρίτο φαινότυπο). Τέλος, η συντριπτική πλειοψηφία των μελών του δεύτερου φαινότυπου βίωσε κάποιο στρεσογόνο γεγονός τα 2 τελευταία έτη πριν την τέλεση του εγκλήματος (90,9%), ενώ τα ποσοστά θετικής απάντησης σε αυτό το ερώτημα για τον πρώτο και τον τρίτο φαινότυπο είναι σημαντικά μικρότερα (41,7% και 50% αντίστοιχα).

Πίνακας Γ2.44. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και τη λήψη αγωγής κατά την τέλεση του εγκλήματος (με κριτήριο τον φαινότυπο)

	Φαινότυπος 1 (N=24)		**Φαινότυπος 2 (N=11)**		**Φαινότυπος 3 (N=32)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**			**x^2**	**p**
Ουσίες (N=67)	18	75%	4	36,4%	14	43,8%	6,984	**0,030**
Χρήση πέριξ της τέλεσης του εγκλήματος (N=67)**	10	41,7%	3	27,3%	9	28,1%	1,325	0,516
Τέλεση εγκληματικής πράξης σχετιζόμενης με ψυχοτρόπες ουσίες (N=67)**	5	20,8%	2	18,2%	8	25%	0,271	0,873
Χρήση αλκοόλ (N=67)**	21	87,5%	11	100%	29	90,6%	1,459	0,567
Χρήση αλκοόλ πάνω από το κρίσιμο όριο (N=62)	17	77,3%	5	42,5%	17	58,6%	3,610	0,164
Κατάχρηση αλκοόλ (N=67)	17	70,8%	4	36,4%	14	43,8%	5,361	0,069
Χρήση αλκοόλ τις τελευταίες 30 ημέρες (N=37)**	12	70,6%	3	75%	10	62,5%	0,359	0,885
Χρήση κάνναβης (N=67)	15	62,5%	4	36,4%	11	34,4%	4,764	0,092
Χρήση κάνναβης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=29)**	13	92,9%	3	75%	6	54,5%	4,940	0,090
Χρήση ηρωίνης (N=67)**	8	33,3%	0	0%	4	12,5%	6,920	**0,030**
Χρήση ηρωίνης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=12)**	6	75%	0	0%	1	33,3%	3,086	0,307
Χρήση μεθαδόνης (N=67)**	2	8,3%	0	0%	1	3,1%	1,487	0,571
Χρήση μεθαδόνης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=3)****	0	0%	-	-	1	0	0%	-
Χρήση οπιούχων/οπιοειδών (N=31)	5	35,7%	0	0%	1	7,7%	4,493	0,120
Χρήση χαπιών (N=67)**	6	25%	0	0%	4	12,5%	3,996	0,124
Χρήση χαπιών τις τελευταίες 30 ημέρες (N=10)***	4	66,7%	-	-	3	75%	0,079	1,000

Χρήση κοκαΐνης (N=67)**	7	29,2%	0	0%	5	15,6%	4,582	0,090
Χρήση κοκαΐνης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=12)**	2	28,6%	-	-	1	20%	0,114	1,000
Χρήση αμφεταμινών (N=67)**	1	4,2%	0	0%	1	3,1%	0,456	1,000
Χρήση αμφεταμινών τις τελευταίες 30 ημέρες (N=2)****	0	0%	-	-	0	0%	-	-
Χρήση παραισθησιογόνων (N=67)**	2	8,3%	0	0%	1	3,1%	1,487	0,571
Χρήση παραισθησιογόνων τις τελευταίες 30 ημέρες (N=3)****	0	0%	-	-	0	0%	-	-
Χρήση εισπνεόμενων (N=67)**	2	8,3%	0	0%	1	3,1%	1,487	0,571
Σε ψυχιατρική/φαρμακευτική αγωγή κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=67)	21	87,5%	5	45,5%	29	90,6%	12,105	**0,003**
Συμμόρφωση με ψυχιατρική/φαρμακευτική αγωγή κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=55)	2	9,5%	0	0%	4	13,8%	0,902	0,702

*Στις περιπτώσεις όπου $p<0.05$, ο φαινότυπος σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.

**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος x^2 ανεξαρτησίας του Pearson.

***Σε αυτή την περίπτωση εφαρμόστηκε ο ακριβής έλεγχος του Fisher. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις εφαρμόστηκε η μέθοδος Monte Carlo.

****Σε αυτή την περίπτωση δεν εφαρμόστηκε έλεγχος ανεξαρτησίας καθώς όλοι έδωσαν την ίδια απάντηση.

Πίνακας Γ2.45. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με το ιστορικό αυτο- ή ετερο- καταστροφικής συμπεριφοράς, θυματοποίησης, στρεσογόνων γεγονότων ή οργανικής νόσου (με κριτήριο τον φαινότυπο)

	Φαινότυπος 1 (N=24)		**Φαινότυπος 2 (N=11)**		**Φαινότυπος 3 (N=32)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p**
Απόπειρα αυτοκτονίας ή παρα-αυτοκτονική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος (N=67)**	8	33,3%	2	18,2%	13	40,6%	1,845	0,397
Απόπειρα αυτοκτονίας ή παρα-αυτοκτονική συμπεριφορά μετά την τέλεση του εγκλήματος (N=67)**	4	16,7%	8	72,7%	4	12,5%	17,406	**<0,001**
Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος (N=67)**	21	87,5%	6	54,5%	21	65,6%	5,124	0,077
Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά μετά την τέλεση του εγκλήματος (N=67)	8	33,3%	1	9,1%	4	12,5%	4,701	0,096
Ιστορικό θυματοποίησης στο παρελθόν του ασθενή (N=67)**	11	45,8%	2	18,2%	11	34,4%	2,564	0,277
Θύμα σωματικής/σεξουαλικής κακοποίησης (N=67)**	10	41,7%	2	18,2%	10	31,3%	1,956	0,376
Θύμα σχολικού εκφοβισμού (N=67)	5	20,8%	0	0%	3	9,4%	3,497	0,142
Στρεσογόνα γεγονότα ζωής τους τελευταίους 24 μήνες πριν από την εγκληματική πράξη (N=67)**	10	41,7%	10	90,9%	16	50%	7,700	**0,021**
Οργανική νόσος έως/κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=67)	3	12,5%	0	0%	1	3,1%	2,983	0,300

*Στις περιπτώσεις όπου p<0.05, ο φαινότυπος σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.

**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος x^2 ανεξαρτησίας του Pearson. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις εφαρμόστηκε η μέθοδος Monte Carlo.

Στους τελευταίος ελέγχους ανεξαρτησίας μελετάται αν ο φαινότυπος σχετίζεται με το είδος εγκλήματος που διέπραξε ο ασθενής και τη σχέση με το θύμα. Τα αποτελέσματα παρατίθενται στον Πίνακα Γ2.46. Όπως προέκυψε, οι τρεις φαινότυποι δεν σχετίζονται σημαντικά με κανένα από τα είδη εγκλημάτων (έγκλημα κατά της ζωής, έγκλημα κατά της σωματικής ακεραιότητας, έγκλημα κατά της ιδιοκτησίας, κοινώς επικίνδυνο έγκλημα), τις κατηγορίες εγκλήματος και τη βιαιότητα του εγκλήματος. Ακόμη, δεν φαίνεται να υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στον φαινότυπο και τη σχέση με το θύμα ή την ύπαρξη προηγούμενων καταδικών.

Πίνακας Γ2.46. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με το είδος του εγκλήματος που έχουν διαπράξει οι ασθενείς, τη σχέση τους με το θύμα και το ιστορικό καταδικών (με κριτήριο τον φαινότυπο)

	Φαινότυπος 1 (N=24)		**Φαινότυπος 2 (N=11)**		**Φαινότυπος 3 (N=32)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p**
Έγκλημα κατά της ζωής (N=67)**	15	62,5%	11	100%	24	75%	5,606	0,061
Έγκλημα κατά της σωματικής ακεραιότητας (N=67)**	8	33,3%	0	0%	7	21,9%	4,833	0,089
Έγκλημα κατά της ιδιοκτησίας (N=67)	3	12,5%	1	9,1%	2	6,3%	0,657	0,848
Κοινώς επικίνδυνα εγκλήματα (N=67)	5	20,8%	0	0%	3	9,4%	3,497	0,150
Βασική κατηγοριοποίηση εγκλήματος (N=78)***								
Σωματική βλάβη	6	25%	0	0%	3	9,4%		
Ανθρωποκτονία	7	29,2%	10	90,9%	16	50%		
Εμπρησμός	3	12,5%	0	0%	2	6,3%		
Απόπειρα ανθρωποκτονίας	8	33,3%	1	9,1%	8	25%	16,837	0,063
Φθορά ξένης περιουσίας	0	0%	0	0%	0	0%		
Κλοπή	0	0%	0	0%	0	0%		
Ληστεία	0	0%	0	0%	2	6,3%		
Εκφοβισμός	0	0%	0	0%	1	3,1%		
Σχέση θύτη – βασικού θύματος (N=71)***								
Συγγενική	15	65,2%	8	72,7%	16	51,6%		
Συζυγική	2	8,7%	2	18,2%	3	9,7%	9,781	0,287
Φιλική	1	4,3%	0	0%	2	6,5%		

Απλή γνωριμία	0	0%	0	0%	6	19,4%		
Άγνωστος	5	21,7%	1	9,1%	4	12,9%		
Σχέση θύτη – βασικού θύματος (N=71)**								
Εκτός οικογένειας	6	26,1%	1	9,1%	12	38,7%	3,613	0,164
Εντός οικογένειας	17	73,9%	10	90,9%	19	61,3%		
Προηγούμενες καταδίκες (N=65)**	7	29,2%	2	18,2%	7	21,9%	0,636	0,728

*Στις περιπτώσεις όπου $p<0.05$, ο φαινότυπος σχετίζεται σημαντικά με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος x^2 ανεξαρτησίας του Pearson.
***Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε η μέθοδος Monte Carlo. Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με τον ακριβή έλεγχο του Fisher.

Τέλος, μελετώνται τα ποσοτικά χαρακτηριστικά της έρευνας, ώστε να διαπιστωθεί αν οι διάφοροι φαινότυποι διαφέρουν σημαντικά στην ηλικία διάπραξης του αδικήματος και στα συνολικά σκορ επιθετικότητας, λειτουργικότητας και ψυχοπαθολογίας.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα Γ2.47, οι τρεις φαινότυποι διαφέρουν σημαντικά ως προς την ηλικία τέλεσης (H=18.561, p<0.001), με τους ασθενείς του τρίτου φαινότυπου να διαπράττουν εγκλήματα σε σημαντικά μεγαλύτερη ηλικία απ' ότι οι άλλοι δύο φαινότυποι. Ακόμη, οι τρεις φαινότυποι διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς τη Σωματική επιθετικότητα (F(2,53.652)=3.165, p=0.050), τη Λεκτική επιθετικότητα (H=9.456, p=0.009) και τον Θυμό (H=5.985, p=0.050). Μάλιστα, στις δύο πρώτες περιπτώσεις υπερέχουν σε επιθετικότητα οι ασθενείς με σχιζοφρένεια και διαταραχές κατά την παιδική ηλικία (φαινότυπος 1), ενώ οι ασθενείς του φαινότυπου 2 παρουσιάζουν την μικρότερη επιθετικότητα. Αυτή είναι και η μόνη περίπτωση ζεύγους ανεξάρτητων δειγμάτων, μεταξύ των τριών φαινοτύπων, που παρουσιάζουν σημαντική διαφορά (p=0.044). Αντίθετα, στην περίπτωση του θυμού, οι ασθενείς του πρώτου φαινότυπου παραμένουν αυτοί με την υψηλότερη βαθμολογία, ενώ αυτοί με τη χαμηλότερη είναι οι ασθενείς του τρίτου φαινότυπου.

Στο ερωτηματολόγιο επιθετικότητας και κατεύθυνσης της επιθετικότητας εντοπίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο ως προς την Κριτική των άλλων (F(2,64)=6.218, p=0.003). Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που ανήκουν στον πρώτο φαινότυπο έχουν την υψηλότερη βαθμολογία στην Κριτική των άλλων και διαφέρουν σημαντικά τόσο από τον δεύτερο (p=0.007), όσο και από τον τρίτο φαινότυπο (p=0.019), σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ζευγαρωτών ελέγχων ανά 2 ανεξάρτητα δείγματα. Αντίθετα, ο δεύτερος και ο τρίτος φαινότυπος δεν παρουσιάζουν σημαντική διαφορά (p=0.515) ως προς αυτό το χαρακτηριστικό. Επίσης, οι τρεις φαινότυποι διαφέρουν σημαντικά ως προς την Εξωστρεφή εχθρικότητα (F92,64)=4.643, p=0.013). Συγκεκριμένα, η μοναδική σημαντική διαφορά εντοπίζεται μεταξύ των δύο πρώτων φαινοτύπων (p=0.019), όπου στον πρώτο φαινότυπο εντοπίζονται πολύ υψηλά (M.O.=19.08, T.A.=8.01), ενώ στον δεύτερο τα πλέον χαμηλά επίπεδα εξωστρεφούς εχθρικότητας (M.O.=12.09, T.A.=3.94).

Στη συνέχεια μελετήθηκαν οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο ZKPQ. Όπως φαίνεται, οι τρεις φαινότυποι διαφοροποιούνται σημαντικά στην Παρορμητική αναζήτηση αίσθησης (F(2,41.729)=6.634, p=0.003), την Παρορμητικότητα (H=13.512, p=0.001), την επιθετικότητα/εχθρικότητα (H=19.932, p<0.001) και την Ενεργητικότητα (H=9.928, p=0.007). Μάλιστα, στην πρώτη περίπτωση οι ζευγαρωτοί έλεγχοι με την μέθοδο Games-Howell έδειξαν ότι ο πρώτος φαινότυπος διαφέρει σημαντικά τόσο από τον δεύτερο (p=0.049), όσο και από τον τρίτο (p=0.007), ενώ οι δύο τελευταίοι παρουσιάζουν περίπου την ίδια εικόνα (p=0.998). Η Ενεργητικότητα

είναι η μόνη περίπτωση όπου τα μέλη του δεύτερου φαινότυπου εμφανίζουν την υψηλότερη βαθμολογία (Μ.Ο.=51.87, Τ.Α.=24.51) έναντι του πρώτου φαινότυπου, που σημειώνει σημαντικά μικρότερο σκορ σε αυτή την υποκλίμακα (Μ.Ο.=28.92, Τ.Α.=22.95). Στις υπόλοιπες περιπτώσεις το σκορ των ασθενών του πρώτου φαινότυπου υπερέχει σημαντικά έναντι του συνολικού σκορ του δεύτερου φαινότυπου.

Ακολούθως, μελετήθηκε το ερωτηματολόγιο αλκοολισμού (ερωτηματολόγιο CAGE), όπου οι τρεις φαινότυποι παρουσιάζουν περίπου την ίδια εικόνα. Το ίδιο ισχύει και ως προς την λειτουργικότητα (κλίμακα GAF), όπου οι τρεις φαινότυποι δε διαφοροποιούνται σημαντικά ούτε κατά την τέλεση του εγκλήματος ούτε κατά τη διεξαγωγή της έρευνας.

Τέλος, μελετήθηκαν οι συνολικές βαθμολογίες στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου κοινωνικής λειτουργικότητας (SF-36). Η μόνη περίπτωση στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ των τριών φαινότυπων αφορά τον πόνο ($H=6.084$, $p=0.048$). Συγκεκριμένα, η καλύτερη κατάσταση ως προς αυτό τον παράγοντα εντοπίζεται στους ασθενείς με διαταραχές διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία (Μ.Ο.=90.21, Τ.Α.=15.57), ενώ τα χειρότερα αποτελέσματα δίνονται από τον τρίτο φαινότυπο (Μ.Ο.=75.78, Τ.Α.=26.09).

Πίνακας Γ2.47. Αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς στις συνολικές βαθμολογίες των συμμετεχόντων (με κριτήριο τον φαινότυπο)

		Φαινότυπος 1 (N=24)	**Φαινότυπος 2 (N=11)**	**Φαινότυπος 3 (N=32)**		
Ερωτηματολόγια	**Υποκλίμακες**	**Μ.Ο.±Τ.Α.**	**Μ.Ο.±Τ.Α.**	**Μ.Ο.±Τ.Α.**	**F/H**	**p**
Δημογραφικά χαρακτηριστικά	Ηλικία τέλεσης εγκλήματος	31,52±10,02	31,82±7,35	44,19±12,08	18,561	**<0,001**
Ερωτηματολόγιο επιθετικότητας (Aggression)	Σωματική επιθετικότητα (5-45)***	22,33±10,78	15,27±5,76	18,13±8,46	3,165	**0,050**
	Λεκτική επιθετικότητα (5-25)	14,00±4,53	10,45±2,02	13,13±2,69	9,456	**0,009**
	Θυμός (7-35)	16,58±5,91	13,00±4,38	12,88±4,75	5,985	**0,050**
	Εχθρικότητα (8-40)	23,75±7,74	22,09±6,75	21,97±7,20	1,247	0,536
Ερωτηματολόγιο HDHQ	Εκδραματιζόμενη εχθρικότητα (0-12)	5,79±3,49	3,55±1,37	3,91±2,47	5,427	0,066
	Κριτική των άλλων (0-12)**	8,04±2,99	4,91±1,97	5,97±2,78	6,218	**0,003**
	Παραληρητική εχθρικότητα (0-9)	5,25±42	3,64±2,46	4,94±2,60	3,243	0,198
	Αυτοκριτική (0-11)**	4,79±2,87	4,36±2,38	4,84±2,40	0,148	0,863
	Παραληρητική ενοχή (0-7)	3,50±1,84	3,91±1,38	3,56±1,78	0,405	0,817
	Σύνολο εχθρικότητας (0-51)**	27,29±9,74	20,36±6,30	23,19±9,12	2,632	0,080
	Εξωστρεφόμενη εχθρικότητα (0-33)**	19,08±8,01	12,09±3,94	14,78±6,78	4,643	**0,013**
	Εσωστρεφόμενη εχθρικότητα (0-29)**	13,67±7,77	12,64±5,68	13,25±5,94	0,093	0,911
	Κατεύθυνση εχθρικότητας	-6,17±9,11	0,55±5,01	-1,53±6,38	5,616	0,060
Ερωτηματολόγιο ZKPQ	Παρορμητική αναζήτηση αίσθησης (0-100)***	55,69±28,87	33,49±21,99	33,88±18,33	6,634	**0,003**
	Παρορμητικότητα (0-100)	61,98±31,16	29,55±17,92	35,16±19,94	13,512	**0,001**
	Αναζήτηση αίσθησης (0-100)	51,14±32,37	36,36±29,04	32,95±23,64	4,865	0,088

	Νευρωτισμός-Άγχος (0-100)**	47,37±25,03	34,93±18,27	40,79±22,88	1,212	0,304
	Επιθετικότητα – Εχθρικότητα (0-100)	56,86±26,23	27,27±18,28	28,12±12,65	19,932	**<0,001**
	Ενεργητικότητα (0-100)	28,92±22,55	51,87±24,51	48,35±23,42	9,928	**0,007**
	Κοινωνικότητα (0-100)	44,11±26,76	45,45±21,06	41,91±22,30	0,214	0,899
	Ιδιότητες ανίχνευσης ψεύδους (0-100)	27,92±22,45	42,73±24,94	38,13±19,75	4,687	0,096
Ερωτηματολόγιο CAGE	Σύνολο (0-4)	1,042±11,60	0,727±12,72	1,063±1,217	1,104	0,576
Κλίμακα GAF	Σύνολο κατά το αδίκημα (0-100)	41,67±10,07	42,73±11,91	41,25±11,29	0,210	0,901
	Σύνολο κατά την έρευνα (0-100)	43,75±14,69	51,82±18,34	50,94±14,45	3,558	0,169
Ερωτηματολόγιο κοινωνικής λειτουργικότητας (SF-36)	Σωματική λειτουργικότητα (0-100)	81,04±23,54	92,73±5,64	83,59±22,87	0,956	0,620
	Περιορισμοί λόγω σωματικής υγείας (0-100)	78,13±31,55	95,46±10,11	78,91±32,45	2,836	0,242
	Περιορισμοί λόγω συναισθηματικής υγείας (0-100)	63,88±37,97	72,73±35,96	77,08±34,33	1,867	0,393
	Ενέργεια/κόπωση (0-100)**	55,83±27,77	62,73±16,79	58,44±23,94	0,302	0,740
	Συναισθηματική κατάσταση (0-100)	67,17±22,93	72,73±17,23	63,50±21,23	1,386	0,500
	Κοινωνική λειτουργικότητα (0-100)	70,83±30,54	88,64±23,36	82,03±27,85	3,800	0,150
	Πόνος (0-100)	90,21±15,57	78,86±26,21	75,78±26,09	6,084	**0,048**
	Γενική υγεία (0-100)	72,29±21,47	66,82±19,27	69,69±19,88	0,634	0,728
	Αλλαγή στην υγεία (0-100)	57,29±29,93	72,73±20,78	57,03±29,94	2,555	0,279

*Στις περιπτώσεις όπου p<0,05 υπάρχει τουλάχιστον ένας φαινότυπος που διαφέρει σημαντικά από τους υπόλοιπους ως προς το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.
** Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος Ανάλυσης Διακύμανσης. Οι ζευγαρωτοί έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μέθοδο Tukey.
***Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε η διόρθωση Brown-Forsythelόγω ύπαρξης ετεροσκεδαστικότητας. Οι ζευγαρωτοί έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μέθοδο Games-Howell.

Στον Πίνακα Γ2.48 φαίνεται πως όσον αφορά τη θετική κλίμακα, οι τρεις φαινότυποι παρουσίαζαν σημαντική διαφορά ως προς τις Παραληρητικές ιδέες κατά την τέλεση του εγκλήματος (Η=6.564, p=0.038). Συγκεκριμένα, οι ασθενείς του δεύτερου φαινότυπου παρουσίασαν στο σύνολό τους υψηλό σκορ στο λήμμα «Παραληρητικές ιδέες» (Μ.Ο.=7.00, Τ.Α.=0.00). Αντίθετα, οι ασθενείς του πρώτου φαινότυπου ήταν αυτοί με την μικρότερη βαθμολογία στο λήμμα αυτό. (Μ.Ο.=6.08, Τ.Α.=1.41). Επίσης, κατά την πορεία της νόσου, οι τρεις φαινότυποι διαφοροποιήθηκαν σημαντικά ως προς την Εννοιολογική αποδιοργάνωση (Η=8.752, p=0.013) και τη Διέγερση (Η=10.774, p=0.005). Για ακόμη μια φορά οι ασθενείς του πρώτου φαινότυπου εμφανίζουν υψηλότερη βαθμολογία (Μ.Ο.=3.13, Τ.Α.=1.62), ενώ η καλύτερη εικόνα εμφανίζεται στον δεύτερο φαινότυπο (Μ.Ο.=1.64, Τ.Α.=0.81). Επίσης, οι ασθενείς με προβλήματα διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία εμφάνισαν στον μεγαλύτερο βαθμό υπερδραστηριότητα (επιτεινόμενη κινητική συμπεριφορά, αυξημένη απαντητικότητα σε ερεθίσματα, επαγρύπνηση ή υπερβολική συναισθηματική ευμεταβλητότητα (Μ.Ο.=2.58, Τ.Α.=0.93), ενώ η μικρότερη σοβαρότητα εντοπίζεται στους βίαιους ασθενείς που κατατάσσονται στον τρίτο φαινότυπο (Μ.Ο.=1.78, Τ.Α.=0.75).

Όσον αφορά στην αρνητική κλίμακα, οι ασθενείς των τριών φαινότυπων δεν φαίνεται να διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς κανένα χαρακτηριστικό. τόσο κατά την περίοδο τέλεσης του εγκλήματος, όσο και κατά το χρόνο διεξαγωγής της έρευνας.

Στην κλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας, εντοπίζονται σημαντικές διαφορές που αφορούν την Ενασχόληση (Η=6.617, p=0.037) κατά την τέλεση του εγκλήματος και την Έλλειψη συνεργασίας (Η=7.575, p=0.023) και Διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων (Η=8.214, p=0.016) κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας. Συγκεκριμένα, η Ενασχόληση κατά την πορεία της νόσου εντοπίζεται στον μεγαλύτερο βαθμό μεταξύ των ασθενών του δεύτερου φαινότυπου (Μ.Ο.=6.36, Τ.Α.=1.21), ενώ στον πρώτο φαινότυπο εμφανίζεται η καλύτερη εικόνα (Μ.Ο.=4.75, Τ.Α.=1.89). Αντίθετα, Έλλειψη συνεργασίας κατά την έρευνα εντοπίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό στον πρώτο φαινότυπο (Μ.Ο.=3.00, Τ.Α.=1.47), ενώ οι ασθενείς του δεύτερου φαινότυπου εμφανίζουν την καλύτερη κατάσταση Μ.Ο.=`1.73, Τ.Α.=0.47). Επίσης, Διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων εντοπίζεται και πάλι εντονότερα στον πρώτο φαινότυπο (Μ.Ο.=3.29, Τ.Α.=1.43), ενώ οι ασθενείς του δεύτερου φαινότυπου εμφανίζουν την καλύτερη εικόνα (Μ.Ο.=2.09, Τ.Α.=0.54).

Τέλος, οι ασθενείς των τριών φαινοτύπων δε φαίνεται να διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς καμία από τις συνολικές βαθμολογίες των υποκλιμάκων του θετικού και αρνητικού συνδρόμου. Η συνολική εικόνα φαίνεται να είναι επίσης παρόμοια μεταξύ των ασθενών. Αυτά τα αποτελέσματα αφορούν και πάλι τόσο την περίοδο τέλεσης του αδικήματος, όσο και τη διάρκεια της παρακολούθησης.

Πίνακας Γ2.48. Αποτελέσματα των ελέγχων διαφορών στα λήμματα και τις συνολικές βαθμολογίες των συμμετεχόντων στην κλίμακα PANSS (με κριτήριο τον φαινότυπο)

		Φαινότυπος 1 (N=24)	**Φαινότυπος 2 (N=11)**	**Φαινότυπος 3 (N=32)**		
Χρονική περίοδος	**Λήμματα/Σύνολα**	**Μ.Ο.±Τ.Α.**	**Μ.Ο.±Τ.Α.**	**Μ.Ο.±Τ.Α.**	**F/H**	**p***
Κατά την τέλεση του εγκλήματος	Παραληρητικές ιδέες	6,08±1,41	7,00±0,00	6,56±0,84	6,564	**0,038**
	Εννοιολογική Αποδιοργάνωση	3,54±1,50	2,36±1,29	3,31±1,38	5,343	0,069
	Ψευδαισθητική συμπεριφορά	3,83±2,28	3,55±2,81	3,22±2,01	0,900	0,638
	Διέγερση	3,42±1,38	3,09±1,22	2,84±1,37	2,188	0,335
	Ιδέες Μεγαλείου	3,04±1,99	2,55±1,86	3,28±2,05	1,149	0,563
	Καχυποψία / Ιδέες Δίωξης	5,88±1,30	6,73±0,47	6,25±1,22	4,443	0,108
	Εχθρότητα	5,63±1,97	6,45±1,51	6,31±1,12	2,765	0,251
	*Σύνολο θετικής κλίμακας (7-49)***	31,42±7,92	31,73±5,57	31,78±4,68	0,025	0,976
Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας	Παραληρητικές ιδέες	3,63±2,04	2,91±1,64	3,56±1,85	1,096	0,578
	Εννοιολογική Αποδιοργάνωση	3,13±1,62	1,64±0,81	2,53±1,05	8,752	**0,013**
	Ψευδαισθητική συμπεριφορά	2,58±1,50	2,18±1,78	2,06±0,98	1,692	0,429
	Διέγερση	2,58±0,93	2,36±0,92	1,78±0,75	10,774	**0,005**
	Ιδέες Μεγαλείου	2,50±1,64	1,82±0,98	2,41±1,64	1,236	0,539
	Καχυποψία / Ιδέες Δίωξης	3,83±1,52	2,64±1,50	3,31±1,38	4,735	0,094
	Εχθρότητα	2,96±1,92	2,00±0,89	2,22±1,16	2,155	0,340
	*Σύνολο θετικής κλίμακας (7-49)***	21,21±8,82	15,55±6,41	17,88±6,21	2,661	0,078
Κατά την τέλεση του	Αμβλύ Συναίσθημα	3,29±1,55	3,09±1,22	3,53±1,41	0,797	0,671

εγκλήματος	Συναισθηματική Απόσυρση	3,17±1,34	3,27±1,10	3,66±1,31	1,924	0,382
	Πτωχή (Συναισθηματική) Σχέση	3,17±1,31	3,27±1,10	3,31±1,03	0,228	0,892
	Παθητική / Απαθής Κοινωνική Απόσυρση	3,25±1,36	3,64±1,43	3,59±1,46	1,113	0,573
	Δυσκολία στην Αφηρημένη Σκέψη	4,29±1,43	4,91±1,70	4,03±1,26	2,988	0,225
	Έλλειψη Αυθορμητισμού και Ροής στη Συνομιλία	3,25±1,45	4,18±1,08	3,41±1,43	3,470	0,176
	Στερεότυπη Σκέψη	3,38±1,38	3,00±0,78	3,47±1,19	1,713	0,425
	Σύνολο αρνητικής κλίμακας (7-49)	23,79±7,85	25,36±6,23	25,00±6,96	0,667	0,716
Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας	Αμβλύ Συναίσθημα	3,46±1,67	3,09±1,22	3,44±1,48	0,419	0,811
	Συναισθηματική Απόσυρση	3,33±1,49	3,27±1,10	3,56±1,32	0,645	0,724
	Πτωχή (Συναισθηματική) Σχέση	3,25±1,42	3,27±1,10	3,31±1,12	0,097	0,953
	Παθητική / Απαθής Κοινωνική Απόσυρση	3,46±1,56	3,64±1,43	3,53±1,55	0,214	0,898
	Δυσκολία στην Αφηρημένη Σκέψη	4,46±1,56	4,91±1,70	4,06±1,41	2,783	0,249
	Έλλειψη Αυθορμητισμού και Ροής στη Συνομιλία	3,42±1,41	4,18±1,08	3,34±1,56	2,916	0,233
	Στερεότυπη Σκέψη	3,54±1,62	3,00±0,78	3,44±1,34	1,712	0,425
	Σύνολο αρνητικής κλίμακας (7-49)	24,92±9,08	25,36±6,23	24,69±8,06	0,248	0,883
Κατά την τέλεση του εγκλήματος	Σωματική ενασχόληση	2,13±1,26	1,64±0,92	2,75±1,76	4,490	0,106
	Άγχος	3,96±1,76	4,64±1,91	4,25±1,34	1,794	0,408
	Αισθήματα Ενοχής	2,67±1,17	2,82±1,08	2,81±1,40	0,248	0,883
	Ψυχική Τάση	3,75±1,36	3,45±1,51	3,50±1,22	0,432	0,806
	Ιδιοτροπισμοί και Λήψη Παράξενων Στάσεων	2,17±1,13	1,55±0,93	1,66±0,70	3,975	0,137
	Κατάθλιψη	3,04±1,00	3,82±1,40	3,72±1,14	5,377	0,068

	Κινητική Επιβράδυνση	2,29±1,12	2,36±1,03	2,56±1,27	0,676	0,713
	Έλλειψη Συνεργασίας	4,63±1,74	4,91±1,87	4,53±1,67	0,630	0,730
	Ασύνηθες Περιεχόμενο Σκέψης	3,33±2,01	3,27±2,33	3,13±2,06	0,208	0,901
	Διαταραχή Προσανατολισμού	1,46±0,72	1,27±0,91	1,47±1,24	2,129	0,345
	Διαταραχή Προσοχής	2,54±1,35	1,91±0,94	2,06±1,19	2,470	0,291
	Έλλειψη Κρίσης και Εναισθησίας	5,21±1,32	5,73±1,56	5,00±1,61	2,116	0,347
	Διαταραχή της Βούλησης	2,63±1,25	2,09±0,94	2,63±1,41	1,503	0,472
	Διαταραχή Ελέγχου των Παρορμήσεων	5,50±1,59	6,45±1,04	5,81±1,40	4,276	0,118
	Ενασχόληση	4,75±1,89	6,36±1,21	4,84±1,73	6,617	**0,037**
	Ενεργητική Κοινωνική Αποφυγή	3,54±1,67	3,18±1,25	3,97±1,43	2,333	0,311
	*Σύνολο κλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας (16-112)***	53,58±11,11	55,45±9,39	54,56±11,26	0,121	0,886
Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας	Σωματική ενασχόληση	2,13±1,26	1,64±0,92	2,41±1,34	3,284	0,194
	Άγχος	2,71±1,00	2,91±1,04	3,03±0,90	1,559	0,459
	Αισθήματα Ενοχής	2,67±1,01	3,18±1,25	3,00±1,22	1,795	0,408
	Ψυχική Τάση	2,63±1,06	2,00±0,63	2,25±0,62	4,528	0,104
	Ιδιοτροπισμοί και Λήψη Παράξενων Στάσεων	2,29±1,16	1,55±0,93	1,69±0,82	5,475	0,065
	Κατάθλιψη	2,88±0,90	3,09±1,38	3,34±0,90	3,501	0,174
	Κινητική Επιβράδυνση	2,63±1,17	2,82±0,98	2,78±1,31	0,286	0,867
	Έλλειψη Συνεργασίας	3,00±1,47	1,73±0,47	2,28±0,96	7,575	**0,023**
	Ασύνηθες Περιεχόμενο Σκέψης	2,75±1,60	2,18±1,40	2,78±1,77	1,153	0,562
	Διαταραχή Προσανατολισμού	1,50±0,78	1,27±0,91	1,22±0,66	4,061	0,131

	Διαταραχή Προσοχής	2,17±1,05	1,73±0,91	1,88±1,19	2,453	0,293
	Έλλειψη Κρίσης και Εναισθησίας	4,08±1,28	3,18±1,33	3,72±1,30	4,153	0,125
	Διαταραχή της Βούλησης	2,71±1,23	2,27±0,91	2,72±1,46	0,833	0,659
	Διαταραχή Ελέγχου των Παρορμήσεων	3,29±1,43	2,09±0,54	2,50±1,14	8,214	**0,016**
	Ενασχόληση	2,92±1,18	2,82±0,75	2,72±1,05	1,016	0,602
	Ενεργητική Κοινωνική Αποφυγή	3,42±1,61	2,73±1,19	3,38±1,52	1,528	0,466
	*Σύνολο κλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας (16-112)***	43,75±10,76	37,18±9,75	41,69±10,01	1,550	0,220
Κατά την τέλεση του εγκλήματος	*Σύνολο ερωτηματολογίου (30-210)***	108,79±22,55	112,55±16,21	111,63±19,56	0,186	0,831
Κατά τη διεξαγωγής της έρευνας	*Σύνολο ερωτηματολογίου (30-210)*	89,88±26,20	80,00±18,83	84,78±21,22	0,771	0,467

*Στις περιπτώσεις όπου p<0,05 υπάρχει τουλάχιστον ένας φαινότυπος που διαφέρει σημαντικά από τους υπόλοιπους ως προς το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.

** Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος Ανάλυσης Διακύμανσης. Οι ζευγαρωτοί έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μέθοδο Tukey.

***Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε η διόρθωση Brown-Forsythelόγω ύπαρξης ετεροσκεδαστικότητας. Οι ζευγαρωτοί έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μέθοδο Games-Howell.

Τέλος, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς μεταξύ των τριών φαινότυπων στα λήμματα και τις συνολικές βαθμολογίες του ερωτηματολογίου εκτίμησης επικινδυνότητας για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς. Όπως φαίνεται στον Πίνακα Γ2.49, οι τρεις φαινότυποι διαφέρουν σημαντικά ως προς αρκετά χαρακτηριστικά της κλίμακας του ιστορικού. Αρχικά, παρουσιάζεται σημαντική διαφοροποίηση ως προς την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς πριν το αδίκημα (H=6.264, p=0.044), όπου οι ασθενείς με σχιζοφρένεια και προβλήματα διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία έχουν την υψηλότερη βαθμολογία (M.O.=0.96, T.A.=0.46), έναντι των ασθενών του δεύτερου φαινότυπου που εμφανίζουν την καλύτερη εικόνα (M.O.=0.55, T.A.=0.42). Επίσης, οι τρεις ομάδες διαφοροποιούνται σημαντικά στην άσκηση βίας κατά την παρακολούθηση ή μετά τη νοσηλεία (H=6.998, p=0.030) με τους ασθενείς του πρώτου φαινότυπου να σημειώνουν την μικρότερη βαθμολογία (M.O.=1.54, T.A.=0.51). Αντίθετα, οι ασθενείς χωρίς διαταραχές διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία που διέπραξαν το αδίκημα κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο απάντησαν στο σύνολό τους ότι έχουν διαπράξει σοβαρές πράξεις βίας (M.O.=2.00, T.A.=0.00), γεγονός που οφείλεται στη σοβαρότητα των διαπραχθέντων αδικημάτων, όπως έχει δειχθεί ανωτέρω.

Επιπλέον, οι τρεις φαινότυποι διαφέρουν σημαντικά ως προς την ηλικία στην οποία διέπραξαν το πρώτο βίαιο συμβάν (H=14.403, p=0.001). Οι ασθενείς του πρώτου φαινότυπου φαίνεται να ήταν αυτοί που έδρασαν βίαια σε μικρότερη ηλικία (M.O.=1.21, T.A.=0.59), ενώ οι ασθενείς του τρίτου φαινότυπου δίνουν την καλύτερη εικόνα σε αυτό το χαρακτηριστικό (M.O.=0.63, T.A.=0.55). Επιπλέον, η σοβαρότητα ως προς τη χρήση ουσιών διαφέρει σημαντικά μεταξύ των τριών φαινοτύπων (H=7.695, p=0.021), όπου τα σοβαρότερα προβλήματα απαντώνται στον πρώτο φαινότυπο (M.O.=1.04, T.A.=0.86), ενώ στον τρίτο η βαθμολογία είναι σημαντικά πιο χαμηλή (M.O.=0.27, T.A.=0.65).

Οι πρώιμες δυσκολίες προσαρμογής (H=16.063, p<0.001), η διαταραχή της προσωπικότητας (H=9.516, p=0.009) και η προηγούμενη αποτυχημένη προσπάθεια επίβλεψης (H=27.773, p<0.001) είναι πρόσθετα χαρακτηριστικά ως προς τα οποία διαφοροποιούνται σημαντικά οι τρεις φαινότυποι. Μάλιστα και στις τρεις περιπτώσεις η χειρότερη εικόνα εμφανίζεται μεταξύ των μελών του πρώτου φαινότυπου, ενώ τα μέλη του δεύτερου φαινότυπου εμφανίζουν την καλύτερη εικόνα. Το γεγονός ότι ο πρώτος φαινότυπος αποτελείται από τους ασθενείς με τα περισσότερα προβλήματα, σε αντίθεση με τον δεύτερο φαινότυπο, στον οποίο περιλαμβάνονται οι ασθενείς με την καλύτερη εικόνα από τα στοιχεία του ιστορικού, φαίνεται και από τις συνολικές βαθμολογίες αυτής της κλίμακας, τόσο κατά την τέλεση του εγκλήματος (H=26.487, p<0.001), όσο και κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας (F(2,64)=16.125, p<0.001).

Στη συνέχεια μελετήθηκαν τα λήμματα της κλινικής κλίμακας. Όπως φαίνεται, και η έλλειψη εναισθησίας πριν το αδίκημα (H=5.837, p=0.054) είναι χαρακτηριστικό ως προς το οποίο διαφοροποιούνται σημαντικά οι τρεις φαινότυποι. Συγκεκριμένα, όλοι οι ασθενείς του δεύτερου φαινότυπου κρίθηκαν με σοβαρή έλλειψη εναισθησίας (Μ.Ο.=2.00, Τ.Α.=0.00), ενώ η καλύτερη εικόνα εντοπίζεται μεταξύ των ασθενών του τρίτου φαινότυπου (Μ.Ο.=1.63, Τ.Α.=0.49). Επίσης, οι τρεις φαινότυποι διαφέρουν σημαντικά ως προς την ύπαρξη αρνητικής συμπεριφοράς που μπορούσε να οδηγήσει στην εκδήλωση βίας (H=11.045, p=0.004). Συγκεκριμένα, οι ασθενείς του πρώτου φαινότυπου είναι και πάλι αυτοί που είναι πιο επιρρεπείς στην εκδήλωση βίας (Μ.Ο.=1.25, Τ.Α.=0.74), έναντι των ασθενών του δεύτερου φαινότυπου που παρουσιάζουν την καλύτερη εικόνα (Μ.Ο.=0.36, Τ.Α.=0.51). Η παρορμητικότητα κατά την πορεία της νόσου (H=8.910, p=0.012) καθώς και η μη ανταπόκριση στη θεραπεία (H=8.178, p=0.017) είναι τα τελευταία χαρακτηριστικά αυτής της υποκλίμακας ως προς τα οποία υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των τριών φαινοτύπων. Για ακόμη μια φορά η χειρότερη εικόνα εμφανίζεται μεταξύ των ασθενών με σχιζοφρένεια και προβλήματα διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία, ενώ οι ασθενείς που διέπραξαν το έγκλημα κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο εμφανίζουν την καλύτερη εικόνα. Η ίδια εικόνα προκύπτει και από το συνολικό σκορ που σημειώνουν οι τρεις φαινότυποι στην κλινική κλίμακα, τόσο κατά την τέλεση του εγκλήματος (H=6.682, p=0.035), όσο και κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας (H=10.056, p=0.007).

Ακόμη, η μη συμμόρφωση με τη θεραπεία (H=6.541, p=0.038) είναι το μόνο χαρακτηριστικό της κλίμακας διαχείρισης κινδύνου ως προς το οποίο διαφοροποιούνται σημαντικά οι τρεις φαινότυποι. Οι ασθενείς του πρώτου φαινότυπου είναι και πάλι αυτοί που εμφανίζουν την πλέον αρνητική εικόνα (Μ.Ο.=1.38, Τ.Α.=0.65), ενώ τα μέλη του δεύτερου φαινότυπου δίνουν το καλύτερο αποτέλεσμα (Μ.Ο.=0.64, Τ.Α.=0.67). Αντίθετα, οι τρεις φαινότυποι δε φαίνεται να παρουσιάζουν σημαντική διαφορά ως προς τη συνολική διαχείριση κινδύνου. Τέλος, είναι αξιοσημείωτο ότι η συνολική μελέτη της επικινδυνότητας για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς έδειξε σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών φαινοτύπων, τόσο κατά την τέλεση του εγκλήματος (H=17.611, p<0.001), όσο και κατά τη διάρκεια της ψυχιατρικής παρακολούθησης (H=10.773, p<0.001). Συγκεκριμένα, οι ασθενείς του πρώτου φαινότυπου κρίνονται συνολικά ως οι πλέον επικίνδυνοι, ενώ οι ασθενείς του δεύτερου φαινότυπου είναι αυτοί που εμφανίζουν την μικρότερη επικινδυνότητα.

Πίνακας Γ2.49. Αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς στα λήμματα και τις συνολικές βαθμολογίες των συμμετεχόντων στην κλίμακα HCR-20 (με κριτήριο τον φαινότυπο)

	Φαινότυπος 1 (N=24)	**Φαινότυπος 2 (N=11)**	**Φαινότυπος 3 (N=32)**		
Λήμματα/Σύνολα	**Μ.Ο.±Τ.Α.**	**Μ.Ο.±Τ.Α.**	**Μ.Ο.±Τ.Α.**	**F/H**	**p***
Προηγούμενη βίαιη συμπεριφορά κατά το αδίκημα	0,96±0,46	0,55±0,52	0,69±0,47	6,264	**0,044**
Προηγούμενη βίαιη συμπεριφορά κατά την έρευνα	1,54±0,51	2,00±0,00	1,66±0,55	6,998	**0,030**
Νεαρή ηλικία στο πρώτο βίαιο συμβάν	1,21±0,59	1,09±0,30	0,63±0,55	14,403	**0,001**
Ασταθείς σχέσεις	1,79±0,51	1,09±1,04	1,56±0,72	4,753	0,093
Εργασιακά προβλήματα κατά το αδίκημα	1,46±0,66	1,00±1,00	1,22±0,91	1,677	0,432
Εργασιακά προβλήματα κατά την έρευνα	1,83±0,48	1,45±0,93	1,69±0,64	1,627	0,443
Χρήση	1,04±0,86	0,27±0,65	0,59±0,84	7,695	**0,021**
Μείζων ψυχική διαταραχή	1,88±0,34	2,00±0,00	1,91±0,30	1,437	0,487
Πρώιμες δυσκολίες προσαρμογής	1,58±0,50	0,91±0,54	0,97±0,60	16,063	**<0,001**
Διαταραχή προσωπικότητας	1,88±0,34	1,36±0,51	1,56±0,56	9,516	**0,009**
Προηγούμενη αποτυχημένη προσπάθεια επίβλεψης	1,67±0,57	0,09±0,30	1,56±0,67	27,773	**<0,001**
Σύνολο κλίμακας ιστορικού κατά το αδίκημα (0-18)	13,46±2,13	8,36±1,75	10,69±2,62	26,487	**<0,001**
Σύνολο κλίμακας ιστορικού κατά την έρευνα (0-18)	14,42±1,79	10,27±2,01	12,13±2,38	16,125	**<0,001**
Έλλειψη εναισθησίας κατά το αδίκημα	1,75±0,44	2,00±0,00	1,63±0,49	5,837	**0,054**
Έλλειψη εναισθησίας κατά την έρευνα	1,13±0,68	0,55±0,69	0,94±0,76	4,771	0,092
Αρνητική συμπεριφορά	1,25±0,74	0,36±0,51	0,91±0,69	11,045	**0,004**
Ενεργή συμπτωματολογία κατά το αδίκημα	1,83±0,48	1,91±0,30	1,97±0,18	1,823	0,402

Ενεργή συμπτωματολογία κατά την έρευνα	1,17±0,87	0,73±0,79	0,97±0,65	2,633	0,268
Παρορμητικότητα κατά το αδίκημα	1,79±0,51	1,91±0,30	1,78±0,42	0,881	0,644
Παρορμητικότητα κατά την έρευνα	1,04±0,75	0,27±0,47	0,84±0,68	8,910	**0,012**
Μη ανταπόκριση στη θεραπεία	1,38±0,77	0,64±0,81	0,88±0,75	8,178	**0,017**
Σύνολο κλινικής κλίμακας κατά το αδίκημα (0-10)	8,00±1,87	6,82±1,33	7,16±,57	6,682	**0,035**
Σύνολο κλινικής κλίμακας κατά την έρευνα (0-10)	5,96±3,00	2,55±2,12	4,53±2,64	10,056	**0,007**
Απουσία ρεαλιστικού προγραμματισμού	1,54±0,59	1,09±0,83	1,16±0,81	3,953	0,139
Έκθεση σε αποσταθεροποίηση	1,75±0,44	1,55±0,52	1,53±0,72	1,562	0,458
Απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος	1,08±0,83	0,82±0,98	0,94±0,95	0,767	0,681
Μη συμμόρφωση με θεραπεία	1,38±0,65	0,64±0,67	1,09±0,86	6,541	**0,038**
Άγχος	1,67±0,57	1,18±0,75	1,69±0,47	5,470	0,065
Σύνολο κλίμακας διαχείρισης κινδύνου κατά το αδίκημα (0-10)	7,42±2,21	5,27±2,69	6,41±2,82	4,711	0,095
Σύνολο κλίμακας διαχείρισης κινδύνου κατά την έρευνα (0-10)	7,42±2,21	5,27±2,69	6,41±2,82	4,711	0,095
Σύνολο ερωτηματολογίου κατά το αδίκημα (0-38)	28,88±4,39	20,45±4,70	24,25±5,45	17,611	**<0,001**
Σύνολο ερωτηματολογίου κατά την έρευνας (0-38)	27,79±5,39	18,09±5,89	23,06±6,31	10,773	**<0,001**

*Στις περιπτώσεις όπου p<0,05 υπάρχει τουλάχιστον ένας φαινότυπος που διαφέρει σημαντικά από τους υπόλοιπους ως προς το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.
** Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος Ανάλυσης Διακύμανσης. Οι ζευγαρωτοί έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μέθοδο Tukey.
***Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε η διόρθωση Brown-Forsythelόγω ύπαρξης ετεροσκεδαστικότητας. Οι ζευγαρωτοί έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μέθοδο Games-Howell.

Γ. 3 Έλεγχοι διαφορών (difference tests) πριν και μετά την τέλεση του εγκλήματος για τις διάφορες ομάδες ατόμων που μελετώνται

Σε αυτή την ενότητα εξετάζονται οι ενδεχόμενες στατιστικά σημαντικές διαφορές που υπάρχουν στο σύνολο του δείγματος και στις ομάδες ασθενών που προκύπτουν ανάλογα με το κριτήριο διαφοροποίησης κάθε φορά (χρόνο τέλεσης του εγκλήματος, φύλο, ιστορικό χρήσης, ιστορικό αυτοκτονικότητας ή ετεροκαταστροφικότητα, ιστορικό διαταραχής διαγωγής, ιστορικό κακοποίησης) κατά το αδίκημα και κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας. Το ενδιαφέρον εστιάζεται στις ποσοτικές μεταβλητές της έρευνας. Συγκεκριμένα, ελέγχεται αν οι συνολικές βαθμολογίες που σημείωσαν οι ερωτώμενοι στις κλίμακες GAF, PANSS και HCR-20 και τις υποκλίμακες αυτών διαφέρουν σημαντικά πριν και μετά την τέλεση του εγκλήματος για τις δύο ομάδες ασθενών (αυτούς που διέπραξαν το αδίκημα στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο και αυτούς που το διέπραξαν στην πορεία της νόσου). Η μόνη ποσοτική μεταβλητή που δεν εμφανίζεται στους επόμενους ελέγχους είναι το σύνολο στην υποκλίμακα της διαχείρισης κινδύνου της HCR-20, καθώς αναφέρεται σε μελλοντική πρόβλεψη της επικινδυνότητας. Σε κάθε περίπτωση εφαρμόζεται ο παραμετρικός έλεγχος t για εξαρτημένα δείγματα (Paired Samples t-test) ή ο μη παραμετρικός έλεγχος Wilcoxon, ανάλογα με το αν ικανοποιείται η υπόθεση της κανονικότητας των διαφόρων παρατηρήσεων ή όχι.

Γ. 3.1 Έλεγχοι διαφορών πριν και μετά την τέλεση του εγκλήματος στο σύνολο του δείγματος

Αρχικά, μελετάται αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις μετρήσεις κατά την τέλεση του εγκλήματος και κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας για το σύνολο του δείγματος. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα Γ3.1. Όπως φαίνεται, η λειτουργικότητα των ασθενών είναι σημαντικά καλύτερη κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας απ' ότι κατά τον χρόνο εκτέλεσης του εγκλήματος ($Z=-2.955$, $p=0.003$). Ακόμη, οι ασθενείς διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς κάθε μεταβλητή της θετικής υποκλίμακας στην κλίμακα θετικού και αρνητικού συνδρόμου (PANSS), καθώς και στο σύνολο της θετικής κλίμακας, παρουσιάζοντας βελτίωση κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας. Από την άλλη μεριά, οι ασθενείς δεν παρουσιάζουν καμία σημαντική διαφορά στα λήμματα της αρνητικής κλίμακας ή στο σύνολο αυτής. Ωστόσο, οι ασθενείς της παρούσας έρευνας διαφέρουν σημαντικά ως προς τα περισσότερα από τα λήμματα της κλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας. Συγκεκριμένα, το Άγχος ($Z=-5.196$, $p<0.001$), η Ψυχική τάση ($Z=-5.221$, $p<0.001$), η Κατάθλιψη ($Z=-2.418$, $p=0.016$), η Κινητική επιβράδυνση ($Z=-2.342$, $p=0.019$), η Έλλειψη συνεργασίας ($Z=-6.192$, $p<0.001$), το Ασύνηθες περιεχόμενο σκέψης ($Z=-2.342$, $p=0.019$), η Διαταραχή προσοχής ($Z=-1.930$, $p=0.054$), η Έλλειψη κρίσης και εναισθησίας ($Z=-5.059$, $p<0.001$), η Διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων ($Z=-0.769$, $p=0.001$), η Ενασχόληση ($Z=-6.162$, $p<0.001$) και

η Ενεργητική κοινωνική αποφυγή (Z=-2.239, p=0.025) είναι λήμματα στα οποία οι ασθενείς έδειξαν σημαντική βελτίωση κατά την διεξαγωγή της έρευνας σε σχέση με την περίοδο τέλεσης του εγκλήματος.

Τέλος, μελετήθηκαν οι συνολικές βαθμολογίες που σημείωσαν οι συμμετέχοντες στις υποκλίμακες της HCR20. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες στην έρευνα διαφέρουν σημαντικά ως προς την κλίμακα ιστορικού (Z=-6.773, p<0.001) και κλινική κλίμακα (Z=-7.269, p<0.001), και ακόμη διαφέρουν σημαντικά ως προς τη συνολική επικινδυνότητα που εκδηλώνουν για τη χρήση βίας (Z=-5.698, p<0.001). Ωστόσο, ενώ η κλινική εικόνα και η συνολική εικόνα ως προς την επικινδυνότητα φαίνεται να είναι σαφώς βελτιωμένες κατά την ψυχιατρική παρακολούθηση σε σχέση με την περίοδο τέλεσης του εγκλήματος, η εικόνα των ασθενών στην κλίμακα ιστορικού παρουσιάζει υψηλότερη βαθμολογία κατά τη διεξαγωγή της έρευνας. Τέλος, η κλίμακα διαχείρισης κινδύνου δεν μελετήθηκε σε αυτή την ενότητα, καθώς εκτιμήθηκε μόνον μια φορά δεδομένου ότι αφορά μελλοντική πρόβλεψη.

Πίνακας Γ3.1.Έλεγχοι διαφορών πριν και μετά την τέλεση του εγκλήματος (για το σύνολο του δείγματος)

Εργαλεία	**Σύνολα (N=78)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Πριν)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Μετά)**	**t/Z**	**p***
GAF	*Γενικό Σύνολο (0-90)*	42,05±10,61	48,59±15,18	-2,955	**0,003**
PANSS – ΘΕΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ	Παραληρητικές ιδέες	6,35±1,14	3,38±1,80	-7,037	**<0,001**
	Εννοιολογική Αποδιοργάνωση	3,15±1,40	2,62±1,36	-3,511	**<0,001**
	Ψευδαισθητική συμπεριφορά	3,36±,26	2,18±1,34	-4,835	**<0,001**
	Διέγερση	3,12±1,33	2,17±0,89	-4,672	**<0,001**
	Ιδέες Μεγαλείου	2,96±1,98	2,26±1,48	-3,880	**<0,001**
	Καχυποψία / Ιδέες Δίωξης	6,09±1,19	3,32±1,48	-6,992	**<0,001**
	Εχθρότητα	6,04±1,52	2,42±1,46	-7,164	**<0,001**
	*Σύνολο Θετικής Κλίμακας (7-49)***	31,06±6,15	18,35±7,19	15,066	**<0,001**
PANSS – ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ	Αμβλύ Συναίσθημα	3,27±1,40	3,29±1,45	-0,545	0,586
	Συναισθηματική Απόσυρση	3,37±1,29	3,45±1,39	-0,777	0,437
	Πτωχή (Συναισθηματική) Σχέση	3,31±1,11	3,32±1,19	-0,123	0,902
	Παθητική / Απαθής Κοινωνική Απόσυρση	3,50±1,39	3,59±1,55	-0,753	0,452
	Δυσκολία στην Αφηρημένη Σκέψη	4,33±1,38	4,40±1,56	-0,857	0,391
	Έλλειψη Αυθορμητισμού και Ροής στη Συνομιλία	3,51±1,37	3,53±1,39	-0,141	0,888

	Στερεότυπη Σκέψη	3,36±1,14	3,40±1,29	-0,544	0,586
	Σύνολο Αρνητικής Κλίμακας (7-49)	24,65±6,82	24,97±7,86	-,220	0,826
PANSS – ΚΛΙΜΑΚΑ ΓΕΝΙΚΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ	Σωματική ενασχόληση	2,32±1,47	2,18±1,25	-1,382	0,167
	Άγχος	4,24±1,56	2,92±0,98	-5,196	**<0,001**
	Αισθήματα Ενοχής	2,67±,23	2,82±1,16	-1,782	0,075
	Ψυχική Τάση	3,53±1,34	2,37±0,85	-5,221	**<0,001**
	Ιδιοτροπισμοί και Λήψη Παράξενων Στάσεων	1,88±1,02	1,90±0,99	-0,272	0,785
	Κατάθλιψη	3,44±1,18	3,15±1,06	-2,418	**0,016**
	Κινητική Επιβράδυνση	2,38±1,17	2,67±1,20	-2,342	**0,019**
	Έλλειψη Συνεργασίας	4,59±1,64	2,41±1,16	-6,912	**<0,001**
	Ασύνηθες Περιεχόμενο Σκέψης	3,06±2,02	2,60±1,68	-2,342	**0,019**
	Διαταραχή Προσανατολισμού	1,41±0,97	1,32±0,73	-1,069	0,285
	Διαταραχή Προσοχής	2,22±1,20	2,00±1,18	-1,930	**0,054**
	Έλλειψη Κρίσης και Εναισθησίας	5,17±1,46	3,78±1,31	-5,059	**<0,001**
	Διαταραχή της Βούλησης	2,58±1,23	2,72±1,30	-1,349	0,177
	Διαταραχή Ελέγχου των Παρορμήσεων	5,79±1,35	2,73±1,28	-7,069	**<0,001**
	Ενασχόληση	4,92±1,78	2,87±1,05	-6,162	**<0,001**
	Ενεργητική Κοινωνική Αποφυγή	3,71±1,47	3,35±1,46	-2,239	**0,025**
	*Σύνολο Κλίμακας Γενικής Ψυχοπαθολογίας (16-113)***	53,86±10,39	41,79±10,27	9,599	**<0,001**
HCR-20	*Κλίμακα ιστορικού (0-18)*	11,41±2,79	12,65±2,47	-6,773	**<0,001**
	Κλινική κλίμακα (0-10)	7,54±1,63	4,87±2,76	-7,269	**<0,001**
	Γενικό σύνολο (0-38)	25,74±5,57	24,32±6,46	-5,698	**<0,001**

*Στις περιπτώσεις όπου p<0,05 υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα συνολικά σκορ μεταξύ των δύο φάσεων.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος t για 2 εξαρτημένα δείγματα. Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μη παραμετρική δοκιμασία Wilcoxon.

Γ. 3.2 Έλεγχοι διαφορών πριν και μετά την τέλεση του εγκλήματος με κριτήριο τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος

Ένας ακόμη έλεγχος που αξίζει να μελετηθεί είναι οι αλλαγές που υπάρχουν πριν και μετά την τέλεση του εγκλήματος στα χαρακτηριστικά επικινδυνότητας σύμφωνα με τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος. Αρχικά, παρατίθενται τα αποτελέσματα για τα άτομα που διέπραξαν το έγκλημα στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο. Όπως δείχνει ο Πίνακας Γ3.2.1,οι ασθενείς που διέπραξαν το αδίκημα

κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο εμφανίζουν σημαντική διαφορά σχεδόν σε όλες τις κλίμακες όπου έγιναν μετρήσεις πριν την τέλεση του εγκλήματος και κατά τη διεξαγωγή της έρευνας. Οι μόνες περιπτώσεις μη σημαντικής διαφοράς αφορούν την κλίμακα λειτουργικότητας (GAF) και την αρνητική κλίμακα της PANSS.

Πίνακας Γ3.2.1. Έλεγχοι διαφορών πριν και μετά την τέλεση του εγκλήματος (για όσους διέπραξαν το αδίκημα στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο)

Εργαλεία	**Σύνολα (N=21)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Πριν)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Μετά)**	**t/Z**	**p***
GAF	Γενικό Σύνολο (0-90)	43,33±10,65	50,48±17,74	-1,468	0,142
PANSS	Θετική κλίμακα (7-49)**	33,14±6,05	15,48±5,27	11,107	**<0,001**
	Αρνητική κλίμακα (7-49)	23,95±6,61	24,52±7,70	-0,365	0,715
	Κλίμακα Γενικής Ψυχοπαθολογίας (16-113)**	57,62±9,07	37,71±8,98	9,912	**<0,001**
	Γενικό Σύνολο (30-210)**	114,71±16,63	78,71±18,97	9,544	**<0,001**
HCR-20	Κλίμακα ιστορικού (0-18)	9,95±2,56	11,52±2,34	-3,674	**<0,001**
	Κλινική κλίμακα (0-10)**	7,38±1,32	3,38±2,09	14,967	**<0,001**
	Γενικό σύνολο (0-38)**	22,90±4,82	20,48±5,44	7,249	**<0,001**

*Στις περιπτώσεις όπου p<0,05 υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα συνολικά σκορ μεταξύ των δύο φάσεων.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος t για 2 εξαρτημένα δείγματα. Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μη παραμετρική δοκιμασία Wilcoxon.

Στον επόμενο πίνακα (Πίνακας Γ3.2.3) παρατίθενται τα αποτελέσματα για τα άτομα που διέπραξαν το έγκλημα κατά την πορεία της νόσου. Για ακόμη μια φορά φαίνεται ότι υπήρξαν σημαντικές διαφορές σε όλες τις περιπτώσεις των συνολικών σκορ που μετρήθηκαν στις δύο φάσεις, αλλά η εικόνα φαίνεται να είναι περίπου ίδια ως προς την αρνητική υποκλίμακα στις 2 φάσεις. Ωστόσο, σε αντίθεση με αυτούς που διέπραξαν το έγκλημα κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, όσοι διέπραξαν το αδίκημα κατά την πορεία της νόσου φαίνεται να έχουν σημαντική διαφορά στη λειτουργικότητα (Z=-2.581, p=0.010). Συγκεκριμένα, αυτοί οι ασθενείς φαίνεται να είναι σημαντικά πιο λειτουργικοί κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας απ' ότι πριν τη διάπραξη του εγκλήματος.

Πίνακας Γ3.2.3. Έλεγχοι διαφορών πριν και μετά την τέλεση του εγκλήματος (για όσους διέπραξαν το αδίκημα κατά την πορεία της νόσου)

Εργαλεία	**Σύνολα (N=57)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Πριν)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Μετά)**	**t/Z**	**p***
GAF	Γενικό Σύνολο (0-90)	41,58±10,66	47,89±14,24	-2,581	**0,010**

PANSS	Θετική κλίμακα (7-49)**	30,30±6,05	19,40±7,54	12,2780	**<0,001**
	Αρνητική κλίμακα (7-49)	24,91±6,93	25,14±7,98	-0,153	0,878
	Κλίμακα Γενικής Ψυχοπαθολογίας (16-113)	52,47±10,58	43,30±10,38	-4,908	**<0,001**
	Γενικό Σύνολο (30-210)**	107,84±20,25	88,14±22,84	7,928	**<0,001**
HCR-20	Κλίμακα ιστορικού (0-18)	11,95±2,70	13,07±2,40	-5,737	**<0,001**
	Κλινική κλίμακα (0-10)	7,60±1,73	5,42±2,79	-6,070	**<0,001**
	Γενικό σύνολο (0-38)	26,79±5,50	25,74±6,26	-4,106	**<0,001**

*Στις περιπτώσεις όπου p<0,05 υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα συνολικά σκορ μεταξύ των δύο φάσεων.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος t για 2 εξαρτημένα δείγματα. Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μη παραμετρική δοκιμασία Wilcoxon.

Γ. 3.3 Έλεγχοι διαφορών πριν και μετά την τέλεση του εγκλήματος με κριτήριο το φύλο

Σε αυτή την ενότητα, μελετάται αν τα δύο φύλα δραστών παρουσιάζουν σημαντική μεταβολή στην κλινική εικόνα, τη λειτουργικότητα και την επικινδυνότητά τους πριν και μετά την τέλεση των εγκλημάτων. Στον Πίνακα Γ3.3.1 παρατίθενται τα αποτελέσματα για τους άντρες οι οποίοι παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση σε όλες τις κλίμακες πλην της αρνητικής υποκλίμακας.

Πίνακας Γ3.3.1. Έλεγχοι διαφορών πριν και μετά την τέλεση του εγκλήματος (για τους άντρες)

Εργαλεία	**Σύνολα (N=70)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Πριν)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Μετά)**	**t/Z**	**p***
GAF	Γενικό Σύνολο (0-90)	42,00±10,30	48,71±14,93	-2,808	**0,005**
PANNS	Θετική κλίμακα (7-49)**	30,96±6,30	18,27±7,36	13,599	**<0,001**
	Αρνητική κλίμακα (7-49)	24,39±6,93	24,74±8,08	-0,220	0,826
	Κλίμακα Γενικής Ψυχοπαθολογίας (16-113)**	53,37±10,27	41,53±10,21	8,765	**<0,001**
	Γενικό Σύνολο (30-210)**	108,84±19,59	84,90±22,44	9,746	**<0,001**
HCR-20	Κλίμακα ιστορικού(0-18)	11,60±2,45	12,81±2,38	-6,352	**<0,001**
	Κλινική κλίμακα (0-10)	7,53±1,68	4,91±2,84	-6,833	**<0,001**
	Γενικό σύνολο (0-38)	26,04±5,58	24,64±6,48	-5,407	**<0,001**

*Στις περιπτώσεις όπου p<0,05 υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα συνολικά σκορ μεταξύ των δύο φάσεων.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος t για 2 εξαρτημένα δείγματα. Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μη παραμετρική δοκιμασία Wilcoxon.

Ακολούθως, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αφορούν τις γυναίκες του δείγματος (Πίνακας Γ3.3.2). Όπως φαίνεται στις γυναίκες υπάρχει σημαντική διαφορά σε όλες τις κλίμακες πλην της

κλίμακας λειτουργικότητας, της αρνητικής υποκλίμακας, αλλά και πλην της συνολικής βαθμολογίας στην HCR-20.

Πίνακας Γ3.3.2. Έλεγχοι διαφορών πριν και μετά την τέλεση του εγκλήματος (για τις γυναίκες)

Εργαλεία	Σύνολα (N=8)	Μ.Ο.±Τ.Α. (Πριν)	Μ.Ο.±Τ.Α. (Μετά)	t/Z	p*
GAF	Γενικό Σύνολο (0-90)**	42,50±13,89	47,50±18,32	-0,935	0,381
PANNS	Θετική κλίμακα (7-49)**	32,00±4,87	19,00±5,78	11,159	**0,004**
	Αρνητική κλίμακα (7-49)	27,00±5,56	27,00±5,56	<0,001	1,000
	Κλίμακα Γενικής Ψυχοπαθολογίας (16-113)**	58,13±11,18	44,13±11,24	4,154	**0,004**
	Γενικό Σύνολο (30-210)	117,13±17,89	91,75±19,62	-2,536	**0,011**
HCR-20	Κλίμακα ιστορικού (0-18)	9,75±2,77	11,25±2,96	-2,414	**0,016**
	Κλινική κλίμακα (0-10)	7,63±1,06	4,50±2,07	-2,549	**0,011**
	Γενικό σύνολο (0-38)**	23,13±5,00	21,50±5,90	2,303	0,055

*Στις περιπτώσεις όπου p<0,05 υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα συνολικά σκορ μεταξύ των δύο φάσεων.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος t για 2 εξαρτημένα δείγματα. Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μη παραμετρική δοκιμασία Wilcoxon.

Γ. 3.4 Έλεγχοι διαφορών πριν και μετά την τέλεση του εγκλήματος με κριτήριο το ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες.

Σε αυτή την ενότητα, μελετάται αν οι δράστες με και χωρίς ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες παρουσιάζουν σημαντική μεταβολή στην κλινική εικόνα, τη λειτουργικότητα και την επικινδυνότητά τους πριν και μετά την τέλεση των εγκλημάτων. Τα αποτελέσματα της πρώτης ομάδας παρατίθενται στον Πίνακα Γ3.4.1.

Πίνακας Γ3.4.1. Έλεγχοι διαφορών πριν και μετά την τέλεση του εγκλήματος (για όσους έχουν ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες)

Εργαλεία	Σύνολα (N=37)	Μ.Ο.±Τ.Α. (Πριν)	Μ.Ο.±Τ.Α. (Μετά)	t/Z	p*
GAF	Γενικό Σύνολο (0-90)	41,62±10,68	51,62±14,05	-3,085	**0,002**
PANNS	Θετική κλίμακα (7-49)**	30,76±7,03	17,27±7,37	9,730	**<0,001**
	Αρνητική κλίμακα (7-49)	23,57±6,97	23,27±7,92	-0,561	0,575
	Κλίμακα Γενικής Ψυχοπαθολογίας (16-113)**	53,92±11,46	40,81±10,43	6,094	**<0,001**

	Γενικό Σύνολο (30-210)**	108,24±21,65	81,92±22,56	6,847	**<0,001**
HCR-20	Κλίμακα ιστορικού (0-18)	12,30±2,52	13,24±2,11	-4,448	**<0,001**
	Κλινική κλίμακα (0-10)	7,38±1,88	4,81±2,72	-5,036	**<0,001**
	Γενικό σύνολο (0-38)	26,89±4,85	25,27±5,66	-4,320	**<0,001**

*Στις περιπτώσεις όπου p<0,05 υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα συνολικά σκορ μεταξύ των δύο φάσεων.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος t για 2 εξαρτημένα δείγματα. Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μη παραμετρική δοκιμασία Wilcoxon.

Στη συνέχεια δίνονται τα αποτελέσματα για όσους δεν είχαν τέτοιο ιστορικό. Όπως φαίνεται από τους πίνακες, τόσο οι ασθενείς με ιστορικό εξάρτησης όσο και αυτοί χωρίς παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική βελτίωση σε όλες τις κλίμακες πλην της αρνητικής υποκλίμακας της PANSS.

Πίνακας Γ3.4.2 Έλεγχοι διαφορών πριν και μετά την τέλεση του εγκλήματος (για όσους δεν έχουν ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες)

Εργαλεία	**Σύνολα (N=41)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Πριν)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Μετά)**	**t/Z**	**p***
GAF	Γενικό Σύνολο (0-90)	42,44±10,67	45,85±15,81	-1,142	0,253
PANNS	Θετική κλίμακα (7-49)**	31,34±5,29	19,32±6,96	11,884	**<0,001**
	Αρνητική κλίμακα (7-49)	25,63±6,61	26,51±7,57	-0,943	0,345
	Κλίμακα Γενικής Ψυχοπαθολογίας (16-113)**	53,80±9,47	42,68±10,18	7,905	**<0,001**
	Γενικό Σύνολο (30-210)**	111,00±17,46	88,93±21,50	9,065	**<0,001**
HCR-20	Κλίμακα ιστορικού (0-18)	10,61±2,81	12,12±2,67	-5,166	**<0,001**
	Κλινική κλίμακα (0-10)**	7,68±1,37	4,93±2,83	10,041	**<0,001**
	Γενικό σύνολο (0-38)**	24,71±6,02	23,46±7,07	4,646	**<0,001**

*Στις περιπτώσεις όπου p<0,05 υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα συνολικά σκορ μεταξύ των δύο φάσεων.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος t για 2 εξαρτημένα δείγματα. Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μη παραμετρική δοκιμασία Wilcoxon.

Γ. 3.5 Έλεγχοι διαφορών πριν και μετά την τέλεση του εγκλήματος με κριτήριο το ιστορικό αυτοκτονικότητας έως την τέλεση του εγκλήματος

Ακόμη, αξίζει να μελετηθεί η ενδεχόμενη ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς στις βαθμολογίες που μετρήθηκαν κατά την τέλεση του εγκλήματος και κατά την ψυχιατρική παρακολούθηση και νοσηλεία για τα άτομα που έχουν διαπράξει απόπειρα αυτοκτονίας ή εμφάνιζαν παραυτοκτονική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος.

Πίνακας Γ3.5.1. Έλεγχοι διαφορών πριν και μετά την τέλεση του εγκλήματος (για όσους είχαν ιστορικό αυτοκτονικότητας έως την τέλεση του εγκλήματος)

Εργαλεία	Σύνολα (N=26)	Μ.Ο.±Τ.Α. (Πριν)	Μ.Ο.±Τ.Α. (Μετά)	t/Z	p*
GAF	Γενικό Σύνολο (0-90)	44,23±11,38	56,15±11,69	-2,794	**0,005**
PANNS	Θετική κλίμακα (7-49)**	29,65±7,33	16,04±6,94	9,771	**<0,001**
	Αρνητική κλίμακα (7-49)	23,15±6,46	21,77±6,65	-1,826	0,068
	Κλίμακα Γενικής Ψυχοπαθολογίας (16-113)**	53,69±13,16	39,58±9,11	6,277	**<0,001**
	Γενικό Σύνολο (30-210)**	106,50±23,30	77,38±18,80	7,719	**<0,001**
HCR-20	Κλίμακα ιστορικού(0-18)	11,81±2,64	12,85±2,40	-3,596	**<0,001**
	Κλινική κλίμακα (0-10)**	7,31±1,87	4,58±3,06	7,459	**<0,001**
	Γενικό σύνολο (0-38)**	25,96±5,62	24,27±6,76	4,240	**<0,001**

*Στις περιπτώσεις όπου p<0,05 υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα συνολικά σκορ μεταξύ των δύο φάσεων.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος t για 2 εξαρτημένα δείγματα. Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μη παραμετρική δοκιμασία Wilcoxon.

Ο δεύτερος πίνακας αυτής της ενότητας (Πίνακας Γ3.5.2) αφορά τα αποτελέσματα όσων απάντησαν αρνητικά στη συγκεκριμένη ερώτηση. Προκύπτει πως και οι δύο ομάδες ασθενών παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική βελτίωση σε όλες τις κλίμακες, πλην της αρνητικής υποκλίμακας της PANSS.

Πίνακας Γ3.5.2 Έλεγχοι διαφορών πριν και μετά την τέλεση του εγκλήματος (για όσους δεν διέπραξαν απόπειρα αυτοκτονιών ούτε παρουσίαζαν παρααυτοκτονική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος)

Εργαλεία	Σύνολα (N=52)	Μ.Ο.±Τ.Α. (Πριν)	Μ.Ο.±Τ.Α. (Μετά)	t/Z	p*
GAF	Γενικό Σύνολο (0-90)	40,96±10,15	44,81±15,40	-1,525	0,127
PANNS	Θετική κλίμακα (7-49)**	31,77±5,40	19,50±7,09	11,562	**<0,001**
	Αρνητική κλίμακα (7-49)	25,40±6,93	26,58±7,98	-1,226	0,220
	Κλίμακα Γενικής Ψυχοπαθολογίας (16-113)**	53,94±8,84	42,90±10,72	7,317	**<0,001**
	Γενικό Σύνολο (30-210)**	111,29±17,29	89,71±22,71	7,951	**<0,001**
HCR-20	Κλίμακα ιστορικού(0-18)	11,21±2,87	12,56±2,52	-5,767	**<0,001**
	Κλινική κλίμακα (0-10)	7,65±1,49	5,02±2,62	-5,961	**<0,001**
	Γενικό σύνολο (0-38)	25,63±5,59	24,35±6,37	-4,721	**<0,001**

*Στις περιπτώσεις όπου p<0,05 υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα συνολικά σκορ μεταξύ των δύο φάσεων.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος t για 2 εξαρτημένα δείγματα. Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μη παραμετρική δοκιμασία Wilcoxon.

Γ. 3.6 Έλεγχοι διαφορών πριν και μετά την τέλεση του εγκλήματος με κριτήριο το ιστορικό ετεροκαταστροφικότητας έως την τέλεση του εγκλήματος

Ακόμη, μελετήθηκαν όσοι εμφάνισαν ετεροκαταστροφική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος και όσοι δεν εμφάνιζαν παρόμοια συμπεριφορά, ώστε να διαπιστωθεί αν υπήρξε σημαντική μεταβολή κατά τη νοσηλεία τους. Στον Πίνακα Γ3.6.1 δίνονται τα αποτελέσματα των ατόμων με ιστορικό ετεροκαταστροφικών συμπεριφορών. Οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν σημαντική διαφορά σχεδόν σε όλες τις κλίμακες πλην της κλίμακας λειτουργικότητας (GAF) και της αρνητικής κλίμακας της PANSS.

Πίνακας Γ3.6.1. Έλεγχοι διαφορών πριν και μετά την τέλεση του εγκλήματος (για όσους εμφάνιζαν ετεροκαταστροφική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος)

Εργαλεία	**Σύνολα (N=58)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Πριν)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Μετά)**	**t/Z**	**p***
GAF	Γενικό Σύνολο (0-90)	42,41±9,61	47,07±14,87	-1,896	0,058
PANNS	Θετική κλίμακα (7-49)	31,03±6,36	18,84±7,20	-6,256	**<0,001**
	Αρνητική κλίμακα (7-49)	24,83±6,79	25,28±8,16	-0,385	0,700
	Κλίμακα Γενικής Ψυχοπαθολογίας (16-113)**	53,64±10,56	42,72±10,05	7,417	**<0,001**
	Γενικό Σύνολο (30-210)**	109,50±20,39	87,16±22,21	8,134	**<0,001**
HCR-20	Κλίμακα ιστορικού (0-18)	12,07±2,36	13,19±2,04	-5,748	**<0,001**
	Κλινική κλίμακα (0-10)	7,64±1,73	5,21±2,65	-6,251	**<0,001**
	Γενικό σύνολο (0-38)	26,78±4,95	25,47±5,61	-5,122	**<0,001**

*Στις περιπτώσεις όπου p<0,05 υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα συνολικά σκορ μεταξύ των δύο φάσεων.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος t για 2 εξαρτημένα δείγματα. Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μη παραμετρική δοκιμασία Wilcoxon.

Ακολουθούν τα αποτελέσματα των ατόμων που απάντησαν αρνητικά σε αυτή την ερώτηση (Πίνακας Γ3.6.2). Για ακόμη μια φορά φαίνεται ότι υπήρξαν σημαντικές διαφορές σε όλες τις περιπτώσεις των συνολικών σκορ που μετρήθηκαν στις δύο φάσεις, αλλά η εικόνα φαίνεται να είναι περίπου ίδια ως προς την αρνητική υποκλίμακα στις 2 φάσεις. Ωστόσο, σε αντίθεση με αυτούς που είχαν ιστορικό ετεροκαταστροφικότητας, όσοι δεν είχαν εκδηλώσει ανάλογες συμπεριφορές φαίνεται να έχουν σημαντική διαφορά στη λειτουργικότητα ($Z=-2.448$, $p=0.014$). Συγκεκριμένα, αυτοί οι ασθενείς φαίνεται να είναι σημαντικά πιο λειτουργικοί κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας απ' ότι πριν τη διάπραξη του εγκλήματος.

Πίνακας Γ3.6.2. Έλεγχοι διαφορών πριν και μετά την τέλεση του εγκλήματος (για όσους δεν εμφάνιζαν ετεροκαταστροφική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος)

Εργαλεία	Σύνολα (N=20)	M.O.±T.A. (Πριν)	M.O.±T.A. (Μετά)	t/Z	p*
GAF	Γενικό Σύνολο (0-90)	41,00±13,34	53,00±15,59	-2,448	**0,014**
PANNS	Θετική κλίμακα (7-49)**	31,15±5,62	16,90±7,14	9,655	**<0,001**
	Αρνητική κλίμακα (7-49)	24,15±7,04	24,10±7,04	-1,000	0,317
	Κλίμακα Γενικής Ψυχοπαθολογίας (16-113)**	54,50±10,11	42,72±10,05	6,665	**<0,001**
	Γενικό Σύνολο (30-210)**	110,25±17,03	81,10±21,90	8,848	**<0,001**
HCR-20	Κλίμακα ιστορικού (0-18)	9,50±3,10	11,10±2,97	-3,684	**<0,001**
	Κλινική κλίμακα (0-10)**	7,25±1,25	3,90±2,92	7,276	**<0,001**
	Γενικό σύνολο (0-38)**	22,75±6,27	21,00±7,68	3,601	**0,002**

*Στις περιπτώσεις όπου p<0,05 υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα συνολικά σκορ μεταξύ των δύο φάσεων.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος t για 2 εξαρτημένα δείγματα. Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μη παραμετρική δοκιμασία Wilcoxon.

Γ. 3.7 Έλεγχοι διαφορών πριν και μετά την τέλεση του εγκλήματος με κριτήριο το ιστορικό διαταραχών στη διαγωγή/συμπεριφορά κατά την παιδική ηλικία

Στον Πίνακα Γ3.7.1 φαίνονται τα αποτελέσματα των ελέγχων διαφορών για τους ασθενείς με ιστορικό διαταραχών στη διαγωγή/συμπεριφορά κατά την παιδική ηλικία.

Πίνακας Γ3.7.1. Έλεγχοι διαφορών πριν και μετά την τέλεση του εγκλήματος (για όσους εμφάνιζαν διαταραχές διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία)

Εργαλεία	Σύνολα (N=30)	M.O.±T.A. (Πριν)	M.O.±T.A. (Μετά)	t/Z	p*
GAF	Γενικό Σύνολο (0-90)**	42,67±10,15	44,33±14,55	-0,501	0,620
PANNS	Θετική κλίμακα (7-49)**	30,47±7,80	20,40±8,31	5,906	**<0,001**
	Αρνητική κλίμακα (7-49)	24,10±7,20	24,90±8,47	-0,423	0,672
	Κλίμακα Γενικής Ψυχοπαθολογίας (16-113)	53,07±10,20	43,03±10,01	-3,565	**<0,001**
	Γενικό Σύνολο (30-210)	107,63±21,00	88,33±24,50	-3,712	**<0,001**
HCR-20	Κλίμακα ιστορικού (0-18)	13,17±2,12	14,07±1,98	-3,716	**<0,001**
	Κλινική κλίμακα (0-10)	8,10±1,69	5,93±2,73	-4,271	**<0,001**
	Γενικό σύνολο (0-38)**	28,67±4,21	27,40±5,18	3,666	**0,001**

*Στις περιπτώσεις όπου p<0,05 υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα συνολικά σκορ μεταξύ των δύο φάσεων.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος t για 2 εξαρτημένα δείγματα. Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μη παραμετρική δοκιμασία Wilcoxon.

Ακολούθως, δίνονται τα αποτελέσματα για όσους συμμετέχοντες δεν είχαν διαταραχές διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία. Όπως φαίνεται από τους πίνακες, τόσο οι ασθενείς με ιστορικό διαταραχής διαγωγής όσο και αυτοί χωρίς παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική βελτίωση σε όλες τις κλίμακες πλην της αρνητικής υποκλίμακας της PANSS.

Πίνακας Γ3.7.2. Έλεγχοι διαφορών πριν και μετά την τέλεση του εγκλήματος (για όσους δεν εμφάνιζαν διαταραχές διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία)

Εργαλεία	**Σύνολα (N=48)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Πριν)**	**Μ.Ο.±Τ.Α. (Μετά)**	**t/Z**	**p***
GAF	Γενικό Σύνολο (0-90)	41,67±10,98	51,25±15,11	-3,281	**0,001**
PANNS	Θετική κλίμακα (7-49)**	31,44±4,90	17,06±6,14	18,188	**<0,001**
	Αρνητική κλίμακα (7-49)	25,00±6,62	25,02±7,54	-0,338	0,735
	Κλίμακα Γενικής Ψυχοπαθολογίας (16-113)**	54,35±10,58	41,02±10,46	8,533	**<0,001**
	Γενικό Σύνολο (30-210)	110,98±18,58	83,90±20,63	-5,550	**<0,001**
HCR-20	Κλίμακα ιστορικού (0-18)	10,31±2,60	11,77±2,35	-5,692	**<0,001**
	Κλινική κλίμακα (0-10)	7,19±1,50	4,21±2,59	-5,883	**<0,001**
	Γενικό σύνολο (0-38)	23,92±5,57	22,40±6,48	-4,818	**<0,001**

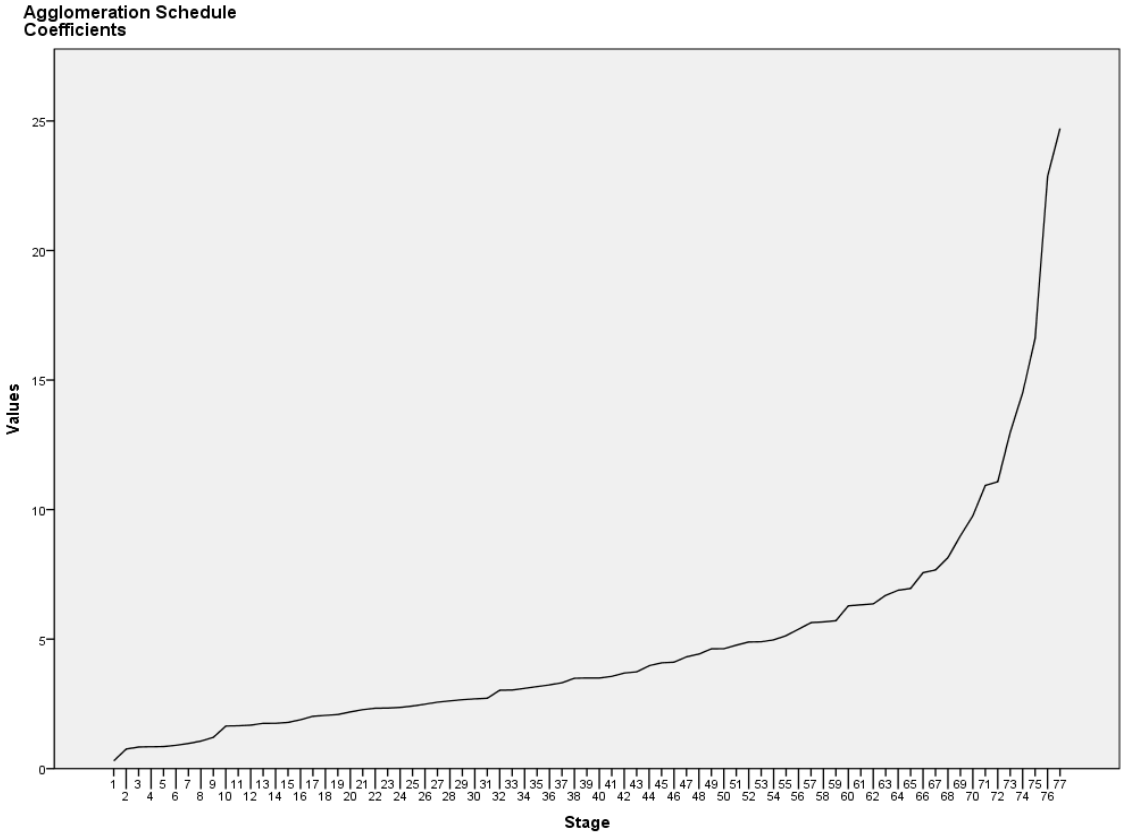
*Στις περιπτώσεις όπου p<0,05 υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα συνολικά σκορ μεταξύ των δύο φάσεων.
**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος t για 2 εξαρτημένα δείγματα. Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μη παραμετρική δοκιμασία Wilcoxon.

Γ 4. Ανάλυση συστάδων (Cluster analysis)

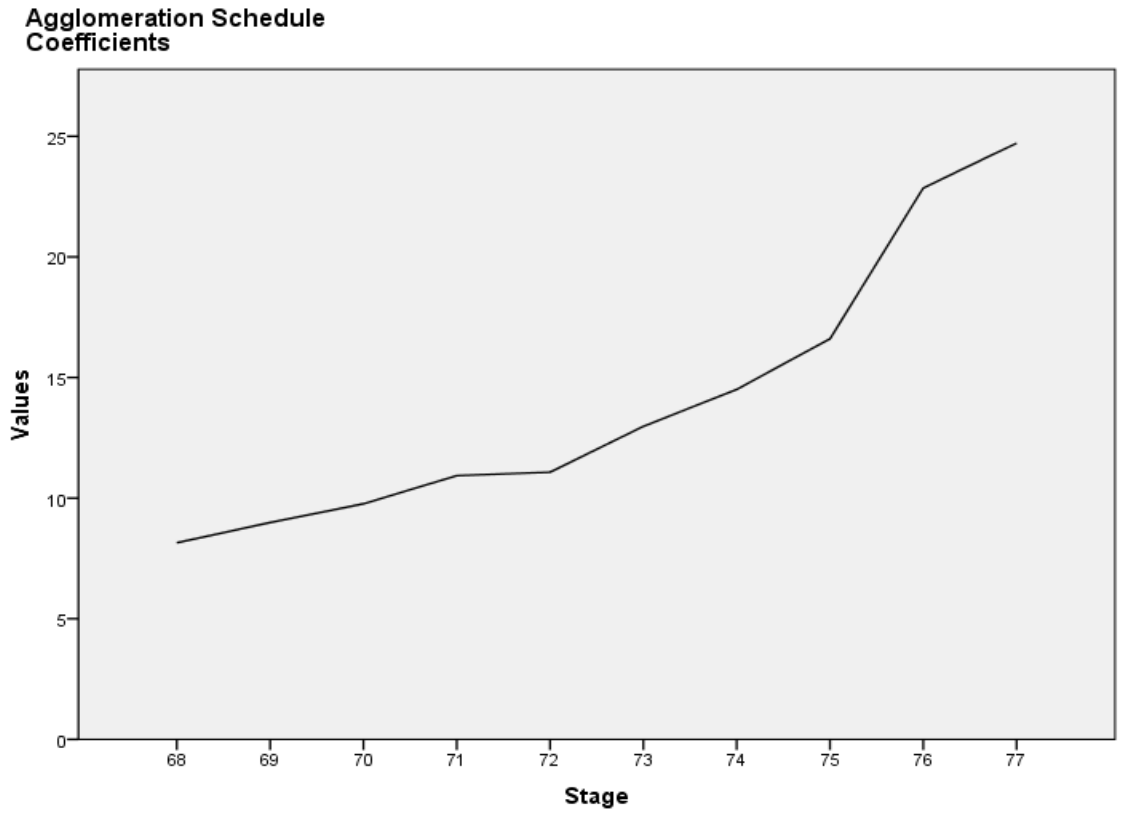
Από τα αποτελέσματα της προηγούμενης ανάλυσης γίνεται φανερό ότι οι ομάδες ατόμων που προκύπτουν λαμβάνοντας κάθε φορά διαφορετικό χαρακτηριστικό γνώρισμα (φύλο, χρήση, ιστορικό διαταραχών διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία κτλ.) σχετίζονται με διαφορετικά ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά της έρευνας. Συνεπώς, καθίσταται δύσκολη η αναγνώριση του προφίλ διαφορετικών ομάδων ασθενών με βάση τα χαρακτηριστικά που μελετά η παρούσα έρευνα. Γι' αυτό το λόγο κρίθηκε αναγκαία η ομαδοποίηση των συμμετεχόντων στην έρευνα με στόχο να προκύψουν συγκεκριμένα προφίλ ασθενών. Η διαδικασία που ακολουθήθηκε ονομάζεται ανάλυση συστάδων.

Αρχικά, εφαρμόστηκε ιεραρχική συσταδοποίηση (Hierarchical cluster analysis) με τη χρήση των συνολικών βαθμολογιών που σημείωσαν οι ερωτώμενοι στο ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας (Aggression Questionnaire) και την κλίμακα HCR-20. Συγκεκριμένα, εφαρμόστηκε ανάλυση συστάδων λαμβάνοντας υπόψη τα συνολικά σκορ στη σωματική επιθετικότητα, τη λεκτική επιθετικότητα, τον θυμό και την εχθρικότητα όπως αποτυπώνονται στο ερωτηματολόγιο επιθετικότητας. Ακόμη, χρησιμοποιήθηκαν οι συνολικές βαθμολογίες της Κλίμακας Ιστορικού, της Κλινικής Κλίμακας και της Κλίμακας Διαχείρισης Κινδύνου κατά τη διάπραξη του αδικήματος όπως αυτές δηλώνονται στο κλίμακα HCR-20. Ο λόγος που επιλέχθηκαν οι συγκεκριμένες μεταβλητές είναι ότι όλες αφορούν χαρακτηριστικά επιθετικότητας και εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς. Αντίθετα, στα υπόλοιπα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη, υπάρχουν χαρακτηριστικά πλην της επικινδυνότητας και ορισμένα από αυτά έχουν θετική σημασία, γεγονός που θα μπορούσε να οδηγήσει σε λανθασμένη κατάταξη των ατόμων σε ομάδες, αν εμπλέκονταν με μεταβλητές που έχουν αρνητικό περιεχόμενο (μεταβλητές που εκφράζουν επικινδυνότητα και επιθετικότητα).

Στα δύο επόμενα σχήματα (Σχήμα Γ4.1, Γ4.2) φαίνονται οι συντελεστές που υπολογίστηκαν σε κάθε στάδιο της ανάλυσης συστάδων. Η εξαγωγή του κατάλληλου πλήθους συστάδων επιτυγχάνεται με την εφαρμογή του κανόνα του «αγκώνα» (elbow method), όπου στόχος είναι να εντοπιστεί το στάδιο στο οποίο πραγματοποιήθηκε για πρώτη φορά η μεγαλύτερη αύξηση του συντελεστή. Στο πρώτο σχήμα (Σχήμα Γ4.1) δεν είναι δυνατό να εξακριβωθεί το κατάλληλο στάδιο, λόγω του μεγάλου πλήθους δεδομένων. Γι' αυτό το λόγο επιλέχθηκαν, στη συνέχεια, τα τελευταία 10 στάδια (Σχήμα Γ4.2), ώστε να φανεί πιο έντονα η ύπαρξη του κατάλληλου σταδίου που θα ορίσει το πλήθος συστάδων. Όπως προκύπτει, το Στάδιο 75 είναι το κρίσιμο στάδιο, πέρα από το οποίο υπάρχει για πρώτη φορά μεγάλη αύξηση του συντελεστή. Συνεπώς, υπάρχουν 78-75=3 συστάδες ατόμων.



Σχήμα Γ4.1 Διάγραμμα των συντελεστών της ιεραρχικής ανάλυσης συστάδων.



Σχήμα Γ4.2 Διάγραμμα των συντελεστών της ιεραρχικής ανάλυσης συστάδων.

Ακολούθως, υπολογίστηκαν οι τυποποιημένες τιμές των 7 συνολικών βαθμολογιών, καθώς η μέτρησή τους σε διαφορετική κλίμακα δεν επιτρέπει την ορθή συσταδοποίηση των μελών του δείγματος. Στη συνέχεια εφαρμόστηκε η μέθοδος ανάλυσης συστάδων K-means (K-means cluster analysis), ώστε να πραγματοποιηθεί ο διαχωρισμός στις τρεις συστάδες που υπέδειξε η ιεραρχική μέθοδος. Ακολούθως, πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι διαφορών και ανεξαρτησίας ώστε να διαπιστωθεί αν η ομάδα (συστάδα) στην οποία ανήκουν τα άτομα σχετίζεται σημαντικά με τα ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά τους, όπως αυτά αποτυπώνονται από τις μεμονωμένες ερωτήσεις και τις συνολικές βαθμολογίες που σημειώθηκαν στην έρευνα.

Γ. 5 Έλεγχοι διαφορών και ανεξαρτησίας (difference and independence tests) με κριτήριο την ομάδα (cluster) κατάταξης

Σε αυτή την ενότητα περιλαμβάνονται τα αποτελέσματα των ελέγχων που εκπονήθηκαν ώστε να διαπιστωθεί αν η ομάδα κατάταξης σχετίζεται σημαντικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα, την εξάρτηση από ουσίες, το ιστορικό βίας στο παρελθόν τους και το είδος εγκλήματος που διαπράττουν. Γι' αυτό τον σκοπό εφαρμόστηκε ο έλεγχος x^2ανεξαρτησίας ή η μέθοδος Monte Carlo για τις περιπτώσεις όπου δεν ικανοποιούνται οι προϋποθέσεις του ελέγχου x^2.

Επίσης, πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι διαφορών ώστε να διαπιστωθεί αν οι 3 ανεξάρτητες ομάδες παρουσιάζουν σημαντική διαφοροποίηση ως προς την επικινδυνότητα, την ψυχοπαθολογία και τη λειτουργικότητα.

Γι' αυτό τον σκοπό εφαρμόζεται κάθε φορά η Ανάλυση της Διακύμανσης (ή η διόρθωση Brown-Forsythe αν παραβιάζεται η υπόθεση της ομοσκεδαστικότητα (homoscedasticity)ς) ή ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis για την περίπτωση παραβίασης της υπόθεσης της κανονικότητας των παρατηρήσεων σε κάθε δείγμα. Στις περιπτώσεις όπου η Ανάλυση Διακύμανσης υπέδειξε ότι τουλάχιστον μία ομάδα διαφέρει σημαντικά από τις υπόλοιπες, διενεργήθηκαν έλεγχοι ανά 2 ανεξάρτητα δείγματα (ανά 2 ομάδες) με την μέθοδο Tukey ή Games-Howell ανάλογα με την ικανοποίηση ή μη της υπόθεσης της ομοσκεδαστικότητα (homoscedasticity)ς.

Όπως δείχνει ο Πίνακας Γ5.1, το μόνο χαρακτηριστικό ως προς το οποίο διαφοροποιούνται σημαντικά οι ασθενείς είναι η διάγνωση κατά την τέλεση του εγκλήματος ($x^2(8)=14.842$, $p=0.048$). Συγκεκριμένα, στην δεύτερη ομάδα η πλειοψηφία των μελών πάσχουν από σχιζοφρένεια (81,8%), ενώ στην πρώτη και τρίτη ομάδα τα ποσοστά είναι σημαντικά μικρότερα (57,1% και 65% αντίστοιχα). Στην πρώτη και τρίτη ομάδα εντοπίζονται σημαντικά ποσοστά ψυχωτικών (35,7% και 30% αντίστοιχα), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στη δεύτερη ομάδα είναι μόλις 6,7%. Αντίθετα, οι ομάδες δεν

παρουσιάζουν σημαντική διαφορά ως προς το φύλο, τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος, την ηλικία έναρξης της ψυχικής νόσου, την οικογενειακή κατάσταση και το ιστορικό νοσηλειών (εκούσιων ή ακούσιων) έως την τέλεση του εγκλήματος.

Στη συνέχεια δίνονται τα αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας ανάμεσα στην ομάδα κατάταξης των ασθενών και τη χρήση ουσιών την εποχή πριν τη διάπραξη του εγκλήματος (Πίνακας Γ5.2). Όπως προέκυψε, η χρήση κοκαΐνης διαφοροποιεί σημαντικά τους ασθενείς των τριών ομάδων ($x^2(2)=5.896$, $p=0.037$). Συγκεκριμένα, 1 στους 4 ασθενείς της τρίτης ομάδας δήλωσε χρήστης κοκαΐνης, ενώ στη δεύτερη ομάδα δεν υπήρξε κανείς με χρήση αυτής της ουσίας. Ακόμη, οι δράστες διαφοροποιούνται γενικώς ως προς την χρήση αλκοόλ πάνω από το κρίσιμο όριο ($x^2(2)=7.41,$, $p=0.025$), την κατάχρηση αλκοόλ ($x^2(2)=8.576$, $p=0.014$) και την χρήση αλκοόλ τις τελευταίες 30 ημέρες ($x^2(2)=7.976$, $p=0.015$). Συγκεκριμένα, η πλειονότητα των δραστών της πρώτης ομάδας απάντησε θετικά στις δύο πρώτες περιπτώσεις (92,9% και 85,7% αντίστοιχα). Επίσης, στη δεύτερη ομάδα παρατηρούνται θετικές απαντήσεις σε περισσότερους από τους μισούς δράστες (64,1% και 54,5% αντίστοιχα), ενώ στην τρίτη ομάδα εμφανίζονται τα μικρότερα ποσοστά θετικών απαντήσεων (47,4% και 35% αντίστοιχα). Ακόμη, η πρώτη και δεύτερη ομάδα εμφανίζουν υψηλά ποσοστά χρήσης αλκοόλ τις τελευταίες 30 ημέρες (69,2% και 79,2% αντίστοιχα), ενώ μόλις 1 στους 4 δράστες της τρίτης ομάδας απάντησε θετικά σε αυτή την ερώτηση. Ακόμη, η ομάδα σχετίζεται σημαντικά με τη χρήση κάνναβης ($x^2(2)=6.125$, $p=0.047$), τη χρήση ηρωίνης ($x^2(2)=9.165$, $p=0.010$), τη χρήση μεθαδόνης ($x^2(2)=14.263$, $p=0.005$) και τη χρήση χαπιών ($x^2(2)=7.038$, $p=0.028$). Σε καθεμία από αυτές τις περιπτώσεις χρήσης ουσιών, το μεγαλύτερο ποσοστό θετικών απαντήσεων εντοπίζεται μεταξύ των δραστών της πρώτης ομάδας. Από την άλλη μεριά και οι τρεις ομάδες εμφανίζουν την ίδια περίπου εικόνα ως προς τη χρήση οπιούχων/οπιοειδών, παραισθησιογόνων, αμφεταμινών και εισπνεόμενων. Ακόμη, δε φαίνεται να υπάρχει σημαντική διαφορά ως προς το ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες, τη χρήση ουσιών πέριξ της τέλεσης του εγκλήματος και τη διάπραξη αδικήματος σχετιζόμενου με ψυχοτρόπες ουσίες. Το ίδιο φαίνεται να ισχύει και ως προς την ύπαρξη ψυχιατρικής/φαρμακευτικής αγωγής κατά την τέλεση του εγκλήματος και τη συμμόρφωση με αυτή.

Πίνακας Γ5.1. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με δημογραφικά χαρακτηριστικά και την κλινική εικόνα των συμμετεχόντων (με κριτήριο την ομάδα κατάταξης)

	ΟΜΑΔΑ 1 (N=14)		**ΟΜΑΔΑ 2 (N=44)**		**ΟΜΑΔΑ 3 (N=20)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p***
Φύλο (N=78)								
Άνδρας	14	100%	40	90,9%	16	80%	3,728	0,195
Γυναίκα	0	0%	4	9,1%	4	20%		
Χρόνος τέλεσης του εγκλήματος (N=78)**								
Στην αρχή του ψυχωτικού επεισοδίου	2	14,3%	10	22,7%	9	45%	4,852	0,088
Κατά την πορεία της νόσου	12	85,7%	34	77,3%	11	55%		
Ηλικία έναρξης ψυχική νόσου (N=78)								
Πριν τα 20	7	50%	19	43,2%	7	35%	9,805	0,126
21-30	4	28,6%	13	29,5%	8	40%		
31-40	2	14,3%	11	25%	1	5%		
41 και άνω	1	7,1%	1	2,3%	4	20%		
Διάγνωση κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)								
Σχιζοφρένεια	8	57,1%	36	81,8%	13	65%	14,842	**0,048**
Συναισθηματική διαταραχή	1	7,1%	0	0%	1	5%		
Ψύχωση	5	35,7%	3	6,8%	6	30%		
Νοητική υστέρηση	0	0%	1	2,3%	0	0%		
Διαταραχή οφειλόμενη σε ουσίες	0	0%	4	9,1%	0	0%		

Οικογενειακή κατάσταση (N=78)								
Έγγαμος	4	28,6%	4	9,1%	6	30%		
Άγαμος μόνος	8	57,1%	30	68,2%	9	45%		
Άγαμος σε σχέση	0	0%	2	4,5%	1	5%	7,021	0,545
Διαζευγμένος	2	14,3%	6	13,6%	3	15%		
Χήρος	0	0%	2	4,5%	1	5%		
Νοσηλεία/ες μέχρι την τέλεση του εγκλήματος (N=78)**	11	78,6%	32	72,7%	12	60%	1,604	0,448
Ακούσια/ες νοσηλεία/ες μέχρι την τέλεση του εγκλήματος (N=55)	10	90,9%	28	87,5%	10	83,3%	0,300	1,000
Εκούσια/ες νοσηλεία μέχρι την τέλεση του εγκλήματος (N=55)	2	18,2%	15	46,9%	4	33,3%	3,008	0,241

*Στις περιπτώσεις όπου p<0,05 υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ομάδα και το χαρακτηριστικό που μελετάται.
** Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος x^2 ανεξαρτησίας. Όλοι οι άλλοι έλεγχοι διενεργήθηκαν με την μέθοδο Monte Carlo.

Πίνακας Γ5.2. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και τη λήψη αγωγής

	ΟΜΑΔΑ 1 (N=14)		**ΟΜΑΔΑ 2 (N=44)**		**ΟΜΑΔΑ 3 (N=20)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p***
Ουσίες (N=78)**	11	78,6%	24	54,5%	9	45%	3,917	0,141
Χρήση πέριξ της τέλεσης του εγκλήματος (N=78)**	7	50%	18	40,9%	3	15%	5,486	0,064
Τέλεση εγκληματικής πράξης σχετιζόμενης με ψυχοτρόπες ουσίες (N=78)**	3	21,4%	14	31,8%	3	15%	2,199	0,333
Χρήση αλκοόλ (N=78)	14	100%	38	86,4%	19	95%	2,938	0,275
Χρήση αλκοόλ πάνω από το κρίσιμο όριο (N=72)**	13	92,9%	25	64,1%	9	47,4%	7,411	**0,025**
Κατάχρηση αλκοόλ (N=78)**	12	85,7%	24	54,5%	7	35%	8,576	**0,014**

Χρήση αλκοόλ τις τελευταίες 30 ημέρες (N=45)	9	69,2%	19	79,2%	2	25%	7,976	**0,015**
Χρήση κάνναβης (N=78)**	10	71,4%	15	34,1%	8	40%	6,125	**0,047**
Χρήση κάνναβης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=32)	8	80%	7	50%	7	87,5%	4,189	0,149
Χρήση ηρωίνης (N=78)	6	42,9%	6	13,6%	1	5%	9,165	**0,010**
Χρήση ηρωίνης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=15)	5	71,4%	4	57,1%	0	0%	1,905	0,758
Χρήση μεθαδόνης (N=78)	3	21,4%	0	0%	0	0%	14,263	**0,005**
Χρήση μεθαδόνης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=3)***	0	0%	-	-	-	-	-	-
Χρήση χαπιών (N=78)	5	35,7%	5	11,4%	1	5%	7,038	**0,028**
Χρήση χαπιών τις τελευταίες 30 ημέρες (N=11)	4	80%	3	60%	0	0%	2,357	0,696
Χρήση κοκαΐνης (N=78)	4	28,6%	5	11,4%	3	15%	2,419	0,336
Χρήση κοκαΐνης τις τελευταίες 30 ημέρες (N=12)	1	25%	1	20%	1	33,3%	0,178	1,000
Χρήση αμφεταμινών (N=78)	0	0%	1	2,3%	1	5%	0,858	1,000
Χρήση αμφεταμινών τις τελευταίες 30 ημέρες (N=2)****	-	-	0	0%	0	0%	-	-
Χρήση παραισθησιογόνων (N=78)	0	0%	2	4,5%	1	5%	0,690	1,000
Χρήση παραισθησιογόνων τις τελευταίες 30 ημέρες (N=3)****	-	-	0	0%	0	0%	-	-
Χρήση εισπνεόμενων (N=78)	2	14,3%	1	2,3%	0	0%	5,220	0,092
Σε ψυχιατρική/φαρμακευτική αγωγή κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	12	85,7%	37	84,1%	13	65%	3,479	0,183
Συμμόρφωση με ψυχιατρική/φαρμακευτική αγωγή κατά την τέλεση του εγκλήματος (N=62)	0	0%	6	16,2%	1	7,7%	2,592	0,352

*Στις περιπτώσεις όπου $p<0,05$ υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ομάδα και το χαρακτηριστικό που μελετάται.

** Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος x^2 ανεξαρτησίας. Όλοι οι άλλοι έλεγχοι διενεργήθηκαν με την μέθοδο Monte Carlo.

***Σε αυτή την περίπτωση δεν πραγματοποιήθηκε έλεγχος ανεξαρτησίας καθώς απάντησαν μόνο οι δράστες της πρώτης ομάδας.

****Σε αυτή την περίπτωση δεν εφαρμόστηκε έλεγχος ανεξαρτησίας καθώς όλοι έδωσαν την ίδια απάντηση.

Στον επόμενο πίνακα (Πίνακας Γ5.3) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αφορούν τους ελέγχους ανεξαρτησίας ανάμεσα στην ομάδα κατάταξης και τις μεταβλητές που αφορούν το ιστορικό αυτοκαταστροφικής ή ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς πριν και μετά το έγκλημα. Ακόμη, εξετάζεται η πιθανή στατιστικά σημαντική σχέση της ομάδας κατάταξης με το ιστορικό θυματοποίησης, στρεσογόνων γεγονότων στο παρελθόν των ασθενών ή οργανικής νόσου. Όπως φαίνεται, οι τρεις ομάδες διαφέρουν σημαντικά όσον αφορά την ύπαρξη αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών μετά την τέλεση του εγκλήματος ($x^2(2)=7.837$, $p=0.021$), όπως και ετεροκαταστροφικών συμπεριφορών την ίδια περίοδο ($x^2(2)=14.265$, $p=0.001$). Μάλιστα, οι κυριότερες διαφορές εντοπίζονται μεταξύ της πρώτης και της τρίτης ομάδας. Από την πρώτη ομάδα δεν υπήρξε κανείς που να εκδήλωσε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά μετά την τέλεση του εγκλήματος, ενώ οι μισοί παρουσίασαν ετεροκαταστροφική συμπεριφορά. Αντίθετα, το 40% των ασθενών της τρίτης ομάδας διέπραξε απόπειρα αυτοκτονίας ή παρουσίασε παραυτοκτονική συμπεριφορά μετά την τέλεση του εγκλήματος, ενώ κανείς δεν εμφάνισε ετεροκαταστροφική συμπεριφορά. Επίσης, οι δύο ομάδες διαφέρουν σημαντικά ως προς το ιστορικό διαταραχών διαγωγής συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία ($x^2(2)=8.315$, $p=0.016$). Συγκεκριμένα, το 71,4% των μελών της πρώτης ομάδας απάντησε θετικά σε αυτό το ερώτημα, ενώ από την τρίτη ομάδα μόλις 1 στους 4 απάντησε θετικά (25%).

Οι επόμενοι έλεγχοι ανεξαρτησίας (Πίνακας Γ5.4) αφορούν την πιθανή στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ομάδα κατάταξης των ασθενών και το είδος εγκλήματος στο οποίο προέβησαν όπως και το ιστορικό καταδικών. Όπως φαίνεται, οι τρεις ομάδες διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς τη διάπραξη εγκλημάτων κατά της ζωής ($x^2(2)=7.046$, $p=0.030$) όπου το μεγαλύτερο ποσοστό θετικών απαντήσεων εντοπίζεται στην τρίτη ομάδα (90%), ενώ το μικρότερο στη δεύτερη ομάδα (56,8%). Τέλος, η επιλογή θύματος είναι ένα ακόμη χαρακτηριστικό ως προς το οποίο διαφοροποιούνται σημαντικά οι τρεις ομάδες ασθενών που υπέδειξε η παραγοντική ανάλυση ($x^2(2)=5.847$, $p=0.054$). Όπως φαίνεται, οι ασθενείς της πρώτης και τρίτης ομάδας στρέφονται κατά προσώπων από το οικογενειακό περιβάλλον (85,7% και 85% αντίστοιχα), ενώ τα ποσοστά της δεύτερης ομάδας είναι σχεδόν μοιρασμένα ως προς την επιλογή θύματος εντός και εκτός οικογένειας.

Πίνακας Γ5.3. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με την ύπαρξη παραβατικής συμπεριφοράς των ασθενών, βίαιων ή στρεσογόνων περιστατικών στη ζωή τους και ύπαρξης οργανικής νόσου (με κριτήριο την ομάδα κατάταξης)

	ΟΜΑΔΑ 1 (N=14)		**ΟΜΑΔΑ 2 (N=44)**		**ΟΜΑΔΑ 3 (N=20)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p***
Απόπειρα αυτοκτονίας ή παρα-αυτοκτονική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος (N=78)**	4	28,6%	14	31,8%	8	40%	0,588	0,745
Απόπειρα αυτοκτονίας ή παρα-αυτοκτονική συμπεριφορά μετά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	0	0%	9	20,5%	8	40%	7,837	**0,021**
Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος (N=78)**	13	92,9%	32	72,7%	13	65%	3,493	0,174
Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά μετά την τέλεση του εγκλήματος (N=78)	7	50%	7	15,9%	0	0%	14,265	**0,001**
Ιστορικό θυματοποίησης στο παρελθόν του ασθενή (N=78)**	8	57,1%	19	43,2%	4	20%	5,242	0,073
Θύμα σωματικής/σεξουαλικής κακοποίησης (N=78)**	7	50%	18	40,9%	4	20%	3,774	0,151
Θύμα σχολικού εκφοβισμού (N=78)	3	21,4%	7	15,9%	1	5%	2,107	0,407
Διαταραχές διαγωγής / συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία (N=78)**	10	71,4%	15	34,1%	5	25%	8,315	**0,016**
Στρεσογόνα γεγονότα ζωής τους τελευταίους 24 μήνες πριν από την εγκληματική πράξη (N=78)**	7	50%	19	43,2%	15	75%	5,628	0,060
Οργανική νόσος έως/κατά την τέλεση του εγκλήματος	1	7,1%	5	11,4%	1	5%	0,752	0,860

*Στις περιπτώσεις όπου $p<0,05$ υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ομάδα και το χαρακτηριστικό που μελετάται.

** Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος x^2 ανεξαρτησίας. Όλοι οι άλλοι έλεγχοι διενεργήθηκαν με την μέθοδο Monte Carlo.

Πίνακας Γ5.4. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αναφορικά με το είδος βίας που έχουν επιδείξει οι ασθενείς, την ύπαρξη καταδικών και τη σχέση τους με το θύμα (με κριτήριο την ομάδα κατάταξης)

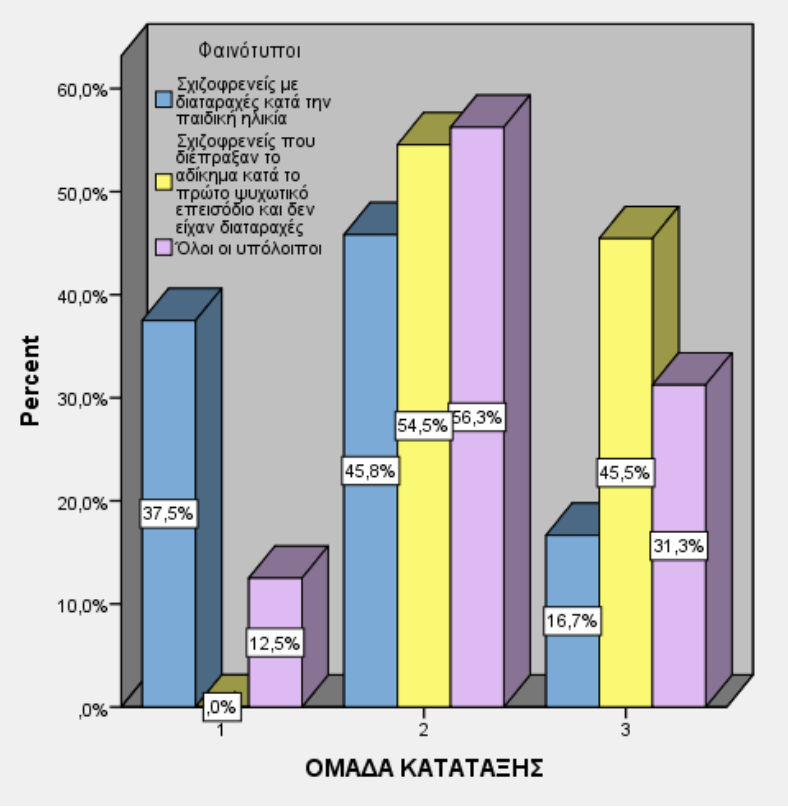
	ΟΜΑΔΑ 1 (N=14)		**ΟΜΑΔΑ 2 (N=44)**		**ΟΜΑΔΑ 3 (N=20)**			
Χαρακτηριστικά	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**p***
Έγκλημα κατά της ζωής(N=78)**	10	71,4%	25	56,8%	18	90%	7,046	**0,030**
Έγκλημα κατά της σωματικής ακεραιότητας (N=78)**	5	35,7%	12	27,3%	3	15%	1,994	0,369
Έγκλημα κατά της ιδιοκτησίας (N=78)	1	7,1%	9	20,5%	0	0%	5,639	0,057
Κοινώς επικίνδυνα εγκλήματα (N=78)	3	21,4%	6	13,6%	2	10%	0,906	0,683
Βασική κατηγοριοποίηση εγκλήματος (N=78)								
Σωματική βλάβη	3	21,4%	7	15,9%	0	0%		
Ανθρωποκτονία	5	35,7%	16	36,4%	12	60%		
Εμπρησμός	1	7,1%	7	15,9%	1	5%		
Απόπειρα ανθρωποκτονίας	5	35,7%	9	20,5%	6	30%	15,323	0,358
Φθορά ξένης περιουσίας	0	0%	2	4,5%	0	0%		
Κλοπή	0	0%	1	2,3%	0	0%		
Ληστεία	0	0%	2	4,5%	0	0%		
Εκφοβισμός	0	0%	0	0%	1	5%		
Σχέση θύτη – βασικού θύματος (N=71)								
Συγγενική	9	64,3%	20	54,1%	15	75%		
Συζυγική	3	21,4%	2	5,4%	2	10%	10,665	0,217
Φιλική	0	0%	3	8,1%	1	5%		

Απλή γνωριμία	0	0%	6	16,2%	0	0%		
Άγνωστος	2	14,3%	6	16,2%	2	10%		
Σχέση θύτη – βασικού θύματος (N=71)**								
Εκτός οικογένειας	2	14,3%	15	40,5%	3	15%	5,847	**0,054**
Εντός οικογένειας	12	85,7%	22	59,5%	17	85%		
Προηγούμενες καταδίκες (N=78)**	4	28,6%	13	29,5%	3	15%	1,603	0,449

*Στις περιπτώσεις όπου p<0,05 υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ομάδα και το χαρακτηριστικό που μελετάται.
** Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος x^2 ανεξαρτησίας. Όλοι οι άλλοι έλεγχοι διενεργήθηκαν με την μέθοδο Monte Carlo.

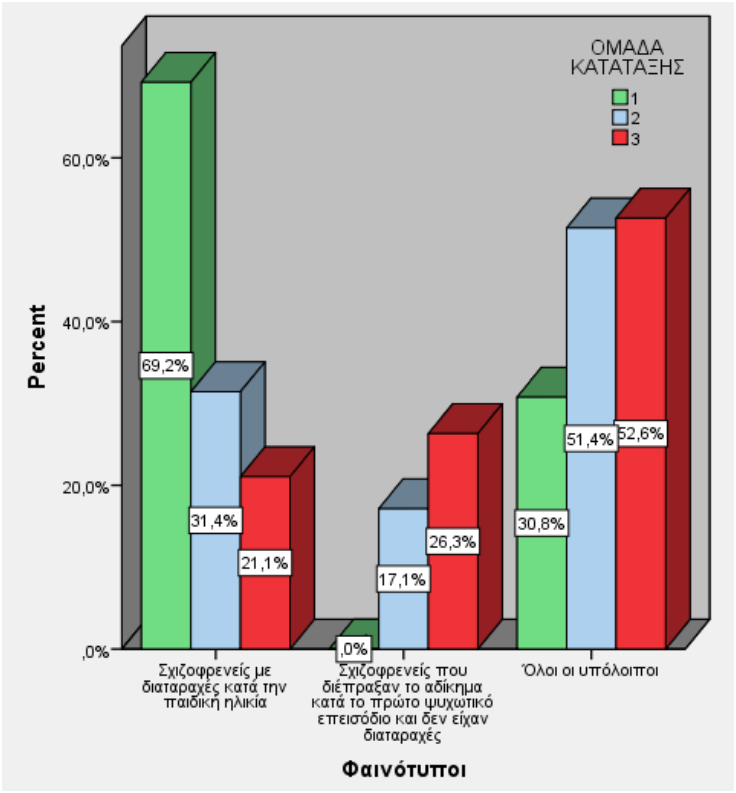
Ο τελευταίος έλεγχος ανεξαρτησίας, που εκπονήθηκε σε αυτή την ενότητα, αφορά την ενδεχόμενη στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στους φαινότυπους που μελετήθηκαν σύμφωνα με την διάγνωση σχιζοφρένειας/ψύχωσης, το ιστορικό διαταραχών διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία και τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος (Hodgins et al., 2014) και την ομάδα κατάταξης που υπέδειξε η ανάλυση συστάδων μέσω των συνολικών βαθμολογιών στα ερωτηματολόγια Aggression και HCR-20. Όπως προέκυψε οι δύο μεταβλητές σχετίζονται σημαντικά ($x^2(4)=9.654$, $p=0.045$).

Συγκεκριμένα, από το Σχήμα 5.1 φαίνεται ότι στην πρώτη ομάδα δεν ανήκει κανένα μέλος του δεύτερου φαινότυπου (ασθενείς που διέπραξαν το αδίκημα κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο και δεν εμφάνιζαν διαταραχές διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία). Αντίθετα, τα μέλη αυτού του φαινότυπου φαίνεται να είναι σχεδόν μοιρασμένα ανάμεσα στη δεύτερη (54,5%) και τρίτη ομάδα (45,5%). Στη δεύτερη ομάδα ανήκει και το 45,8% των μελών του πρώτου φαινότυπου (ασθενείς με διαταραχές στη διαγωγή/συμπεριφορά κατά την παιδική ηλικία). Ακόμη, στην τρίτη ομάδα εντοπίζεται το μικρότερο ποσοστό ατόμων από τον πρώτο φαινότυπο (16,7%). Αντίθετα, ο τρίτος φαινότυπος (ασθενείς χωρίς διαταραχές διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία που διαπράττουν το αδίκημα κατά την πορεία της νόσου) εμφανίζει το μικρότερο ποσοστό στην πρώτη ομάδα (12,5%).



Σχήμα 5.1: Κατάταξη των τριών φαινότυπων ανά ομάδα.

Στο επόμενο σχήμα (Σχήμα 5.2) γίνεται αναδιάταξη των ατόμων, ώστε να διαπιστωθεί η κατάταξη των τριών ομάδων (clusters) στους τρεις φαινότυπους. Όπως φαίνεται 7 στα 10 άτομα της ομάδας 1 ανήκουν στον πρώτο φαινότυπο (69,2%). Οι υπόλοιποι ανήκουν στην τρίτη ομάδα. Επιπλέον, τα μισά άτομα της ομάδας 2 ανήκουν στον τρίτο φαινότυπο (51,4%), ενώ το μικρότερο ποσοστό εμφανίζεται στον δεύτερο φαινότυπο (17,1%). Τέλος, τα μισά μέλη της τρίτης ομάδας κατατάσσονται και πάλι στον τρίτο φαινότυπο (52,6%), αλλά οι υπόλοιποι κατηγοριοποιούνται στον πρώτο και δεύτερο φαινότυπο σχεδόν σε ίσα ποσοστά (21,1% και 26,3% αντίστοιχα).



Σχήμα 5.2: Κατάταξη των τριών ομάδων ανά φαινότυπο.

Οι τελευταίοι έλεγχοι αφορούν τις ποσοτικές μεταβλητές της έρευνας. Αρχικά, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που σημειώθηκαν από την κάθε ομάδα (συστάδα) στην ηλικία τέλεσης του εγκλήματος και στις συνολικές βαθμολογίες των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων επιθετικότητας, αλκοολισμού, λειτουργικότητας, σωματικής και συναισθηματικής δυσλειτουργίας καθώς και οι αντίστοιχοι έλεγχοι διαφορών. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα Γ5.5. Όπως φαίνεται, οι τρεις ομάδες διαφέρουν σημαντικά ως προς την επιθετικότητα, με την χειρότερη εικόνα να εντοπίζεται στους ασθενείς της πρώτης ομάδας, ενώ οι ασθενείς της τρίτης ομάδας εμφανίζουν τα πλέον χαμηλά επίπεδα επιθετικότητας. Η ίδια εικόνα επικρατεί και στο ερωτηματολόγιο HDHQ, όπου

σε κάθε υποκλίμακα η πρώτη ομάδα εμφανίζεται να συγκεντρώνει υψηλότερες βαθμολογίες, ενώ η τρίτη ομάδα δίνει τα καλύτερα αποτελέσματα. Στο ερωτηματολόγιο ZKPQ, οι τρεις ομάδες ασθενών εμφανίζουν και πάλι σημαντική διαφορά ως προς όλες τις υποκλίμακες. Στην περίπτωση της Ενεργητικότητας και της Κοινωνικότητας οι ασθενείς της τρίτης ομάδας σημειώνουν την υψηλότερη βαθμολογία, σε αντίθεση με την πρώτη ομάδα όπου εμφανίζεται η μικρότερη βαθμολογία.

Ακολουθεί, το ερωτηματολόγιο αλκοολισμού, όπου δεν φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων. Αντίθετα, στο ερωτηματολόγιο λειτουργικότητας, οι τρεις ομάδες εμφανίζουν σημαντικά διαφορετική εικόνα, αλλά μόνο κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας ($H=17.728$, $p<0.001$). Συγκεκριμένα, οι ασθενείς της πρώτης ομάδας εμφανίζουν την υψηλότερη λειτουργικότητα (Μ.Ο.=39.29, Τ.Α.=13.85), ενώ οι ασθενείς της τρίτης ομάδας είναι οι πλέον μη λειτουργικοί (Μ.Ο.=60.00, Τ.Α.=11.24).

Ακόμη, οι τρεις ομάδες μελετήθηκαν ως προς τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου κοινωνικής λειτουργικότητας (SF-36). Συγκεκριμένα, οι τρεις ομάδες διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς τη Σωματική λειτουργικότητα ($H=6.424$, $p=0.040$), τους Περιορισμούς λόγω συναισθηματικής υγείας ($H=9.356$, $p=0.009$), την Ενέργεια/κόπωση ($F(2,75)=4.004$, $p=0.022$), τη Συναισθηματική κατάσταση ($F(2,75)=11.305$, $p<0.001$), την Κοινωνική λειτουργικότητα ($H=14.032$, $p=0.001$) και την Αλλαγή στην υγεία ($H=6.586$, $p=0.037$), με τους ασθενείς της τρίτης ομάδας να εμφανίζουν την καλύτερη κατάσταση, ενώ στην πρώτη ομάδα εμφανίζεται η πλέον χαμηλή σωματική και συναισθηματική υγεία.

Πίνακας Γ5.5. Αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς στις συνολικές βαθμολογίες των συμμετεχόντων (με κριτήριο την ομάδα κατάταξης)

		ΟΜΑΔΑ 1 (N=14)	**ΟΜΑΔΑ 2 (N=44)**	**ΟΜΑΔΑ 3 (N=20)**		
Ερωτηματολόγια	**Υποκλίμακες**	**Μ.Ο.±Τ.Α.**	**Μ.Ο.±Τ.Α.**	**Μ.Ο.±Τ.Α.**	**F/H**	**p***
Δημογραφικά χαρακτηριστικά	Ηλικία τέλεσης εγκλήματος	38,07±14,97	39,08±10,63	38,45±14,29	0,605	0,739
Ερωτηματολόγιο επιθετικότητας (Aggression)	Σωματική επιθετικότητα (5-45)	33,43±4,34	18,09±5,34	11,20±4,20	48,013	**<0,001**
	Λεκτική επιθετικότητα (5-25)	17,79±3,04	12,18±2,83	10,95±2,24	30,290	**<0,001**
	Θυμός (7-35)	21,43±2,62	14,57±4,13	9,25±2,71	41,262	**<0,001**
	Εχθρικότητα (8-40)	28,57±4,11	24,39±5,69	15,70±6,52	27,807	**<0,001**
Ερωτηματολόγιο HDHQ	Εκδραματιζόμενη εχθρικότητα (0-12)	8,50±2,93	3,91±1,79	2,80±1,70	25,843	**<0,001**
	Κριτική των άλλων (0-12)	9,86±1,88	6,68±2,13	3,55±1,76	40,945	**<0,001**
	Παραληρητική εχθρικότητα (0-9)	6,57±1,99	4,93±2,29	2,50±1,99	22,612	**<0,001**
	Αυτοκριτική (0-11)	5,71±3,00	5,18±2,39	3,25±1,77	10,436	**0,005**
	Παραληρητική ενοχή (0-7)	4,43±1,91	3,45±1,69	2,85±1,27	7,452	**0,024**
	Σύνολο εχθρικότητας (0-51)**	34,93±6,78	24,14±6,53	14,95±5,71	40,671	**<0,001**
	Εξωστρεφόμενη εχθρικότητα (0-33)	24,93±6,10	15,50±4,70	8,85±4,27	37,017	**<0,001**
	Εσωστρεφόμενη εχθρικότητα (0-29)***	16,86±8,18	14,05±5,93	9,35±3,98	6,263	**0,006**
	Κατεύθυνση εχθρικότητας***	-9,36±9,87	-1,68±6,48	0,50±3,99	7,886	**0,002**
Ερωτηματολόγιο ZKPQ	Παρορμητική αναζήτηση αίσθησης (0-100)***	56,39±29,59	44,13±21,05	26,05±18,74	6,973	**0,003**
	Παρορμητικότητα (0-100)	62,50±30,22	46,59±24,32	23,13±20,39	16,416	**<0,001**
	Αναζήτηση αίσθησης (0-100)	51,95±34,10	42,35±25,86	28,18±24,48	5,996	**0,050**
	Νευρωτισμός-Άγχος (0-100)**	52,63±22,04	47,02±20,88	24,47±18,17	10,564	**<0,001**

	Επιθετικότητα – Εχθρικότητα (0-100)***	66,81±26,87	36,50±18,28	21,18±11,83	20,639	**<0,001**
	Ενεργητικότητα (0-100)	24,37±25,05	42,51±25,08	52,06±18,43	8,836	**0,012**
	Κοινωνικότητα (0-100)	36,13±30,07	41,04±20,56	53,24±16,80	6,425	**0,040**
	Ιδιότητες ανίχνευσης ψεύδους (0-100)**	22,86±17,73	38,18±23,05	41,50±23,68	3,218	**0,046**
Ερωτηματολόγιο CAGE	Σύνολο (0-4)	1,429±1,089	1,068±13,71	0,90±1,210	2,575	0,276
Κλίμακα GAF	Σύνολο κατά το αδίκημα (0-100)	39,29±10,72	42,73±10,65	42,50±10,70	1,050	0,591
	Σύνολο κατά την έρευνα (0-100)	39,29±13,85	46,36±14,32	60,00±11,24	17,728	**<0,001**
Ερωτηματολόγιο κοινωνικής λειτουργικότητας (SF-36)	Σωματική λειτουργικότητα (0-100)	71,43±32,84	84,43±18,46	89,50±20,64	6,424	**0,040**
	Περιορισμοί λόγω σωματικής υγείας (0-100)	64,28±38,87	80,11±32,16	90,00±24,87	5,543	0,063
	Περιορισμοί λόγω συναισθηματικής υγείας (0-100)	47,61±44,75	72,73±33,16	88,34±27,09	9,356	**0,009**
	Ενέργεια/κόπωση (0-100)**	47,14±20,26	57,50±24,63	70,00±23,62	4,004	**0,022**
	Συναισθηματική κατάσταση (0-100)**	48,29±19,94	66,55±19,86	80,20±17,34	11,305	**<0,001**
	Κοινωνική λειτουργικότητα (0-100)	51,79±35,31	80,97±25,36	91,25±21,88	14,032	**0,001**
	Πόνος (0-100)	77,68±30,02	81,88±21,61	78,25±26,55	0,053	0,974
	Γενική υγεία (0-100)**	63,57±27,28	67,61±19,87	79,25±16,64	2,984	0,057
	Αλλαγή στην υγεία (0-100)	44,64±26,27	61,93±29,28	67,50±24,47	6,586	**0,037**

*Στις περιπτώσεις όπου p<0,05 υπάρχει τουλάχιστον μια ομάδα που διαφέρει σημαντικά από τις υπόλοιπες ως προς το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.
** Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος Ανάλυσης Διακύμανσης. Οι ζευγαρωτοί έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μέθοδο Tukey.
***Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε η διόρθωση Brown-Forsythelόγω ύπαρξης ετεροσκεδαστικότητας. Οι ζευγαρωτοί έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μέθοδο Games-Howell.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς μεταξύ των τριών ομάδων στην κλίμακα θετικού και αρνητικού συνδρόμου (Πίνακας Γ5.6). Οι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν τόσο στο κάθε λήμμα ξεχωριστά, όσο και στις συνολικές βαθμολογίες των υποκλιμάκων και του συνόλου της κλίμακας κατά την τέλεση του εγκλήματος και κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας.

Αρχικά, μελετώνται τα λήμματα της θετικής κλίμακας. Όπως φαίνεται, οι τρεις ομάδες διαφέρουν σημαντικά ως προς τις Παραληρητικές ιδέες (H=5.974, p=0.050) και την Καχυποψία/ιδέες δίωξης (H=8.853, p=0.012). Μάλιστα, η τρίτη ομάδα υπερέχει τόσο ως προς την ύπαρξη αβάσιμων, εξωπραγματικών και ιδιόμορφων πεποιθήσεων (Μ.Ο.=6.85, Τ.Α.=0.37), όσο και ως προς τις ιδέες δίωξης (Μ.Ο.=6.70, Τ.Α.=0.57), ενώ στην πρώτη ομάδα εμφανίζεται η καλύτερη εικόνα (Μ.Ο.=6.14, Τ.Α.=1.61; Μ.Ο.=5.86, Τ.Α.=1.23). Από την άλλη μεριά, κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας οι τρεις ομάδες εμφανίζουν στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο ως προς την Εχθρότητα (H=6.965, p=0.031), με την πρώτη ομάδα να εμφανίζει στον μεγαλύτερο βαθμό εκφράσεις θυμού και οργής σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς (Μ.Ο.=3.71, Τ.Α.=2.09). Αντίθετα, η πιο ήπια εικόνα εντοπίζεται στην τρίτη ομάδα (Μ.Ο.=2.00, Τ.Α.=0.92).

Στη συνέχεια μελετήθηκαν τα λήμματα της αρνητικής κλίμακας. Η Στερεότυπη σκέψη είναι το μόνο χαρακτηριστικό σημαντικής διαφοροποίησης των τριών ομάδων (H=7.360, p=0.022) κατά την περίοδο τέλεσης του εγκλήματος. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς της δεύτερης ομάδας εμφάνιζαν στον μεγαλύτερο βαθμό μειωμένη αυθόρμητη σκέψη (Μ.Ο.=3.59, Τ.Α.=1.06), ενώ οι ασθενείς της τρίτης ομάδας έχουν την καλύτερη εικόνα ως προς αυτή την μεταβλητή (Μ.Ο.=2.75, Τ.Α.=1.02). Οι τρεις ομάδες διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς αυτό το χαρακτηριστικό και κατά τον χρόνο της έρευνας. Για ακόμη μια φορά, η μεγαλύτερη σοβαρότητα εμφανίζεται στη δεύτερη ομάδα (Μ.Ο.=3.64, Τ.Α.=1.12), ενώ στην τρίτη επικρατεί η καλύτερη εικόνα (Μ.Ο.=2.75, Τ.Α.=1.02). Ένα ακόμη χαρακτηριστικό σημαντικής διαφοροποίησης των τριών ομάδων κατά την έρευνα είναι η Συναισθηματική απόσυρση (H=7.630, p=0.022). Συγκεκριμένα, η μεγαλύτερη έλλειψη ενδιαφέροντος και συμμετοχής σε γεγονότα της καθημερινής ζωής εντοπίζεται στην πρώτη ομάδα (Μ.Ο.=3.93, Τ.Α.=1.44), ενώ στην τρίτη ομάδα η κατάσταση είναι σημαντικά πιο ήπια (Μ.Ο.=2.75, Τ.Α.=1.12).

Ακολουθούν τα χαρακτηριστικά της κλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας κατά την τέλεση του εγκλήματος. Όπως προέκυψε, το Άγχος (H=6.342, p=0.042) και τα Αισθήματα ενοχής (H=5.991, p=0.050) είναι τα μόνα χαρακτηριστικά που διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των τριών ομάδων ασθενών. Και στις δύο περιπτώσεις η μεγαλύτερη σοβαρότητα εντοπίζεται στους ασθενείς της τρίτης ομάδας (Μ.Ο.=4.95, Τ.Α.=1.67; Μ.Ο.=3.15, Τ.Α.=1.09). Ωστόσο, οι άλλες δύο ομάδες εμφανίζουν περίπου στον ίδιο βαθμό αισθήματα ενοχής, ενώ το μικρότερο άγχος εντοπίζεται στην πρώτη ομάδα

(Μ.Ο.=3.71, Τ.Α.=1.68).

Ακολουθούν, τα αποτελέσματα για την περίοδο της έρευνας. Οι τρεις ομάδες συνεχίζουν να διαφέρουν σημαντικά ως προς τα Αισθήματα ενοχής (Η=8.496, p=0.010) με την τρίτη ομάδα να εμφανίζει την μεγαλύτερη ενοχικότητα (Μ.Ο.=3.45, Τ.Α.=1.00), ενώ στην πρώτη ομάδα η εικόνα είναι η πιο ήπια (Μ.Ο.=2.57, Τ.Α.=1.16). Ακόμη, οι τρεις ομάδες διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς την Έλλειψη συνεργασίας (Η=6.026, p=0.049), τη Διαταραχή προσοχής (Η=5.850, p=0.054), την Έλλειψη κρίσης και εναισθησίας (Η=8.837, p=0.012) και τη Διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων (Η=13.759, p<0.001). Η διάσπαση προσοχής είναι η μόνη περίπτωση όπου η χειρότερη εικόνα εμφανίζεται μεταξύ των μελών της δεύτερης ομάδας (Μ.Ο.=2.30, Τ.Α.=1.37), ενώ στην τρίτη ομάδα εμφανίζεται η πιο ήπια (Μ.Ο.=1.55, Τ.Α.=0.69). Αντίθετα, στις υπόλοιπες περιπτώσεις η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει τους ασθενείς με τη σοβαρότερη κατάσταση, ενώ η τρίτη ομάδα εμφανίζει τα συμπτώματα στην πιο ήπια μορφή. Μάλιστα, από τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας προέκυψε ότι υπάρχει σημαντική διαφορά των τριών ομάδων (F(2,75)=3.161, p=0.048), με την πρώτη ομάδα να συγκεντρώνει την υψηλότερη βαθμολογία (Μ.Ο.=43.57, Τ.Α.=8.97), ενώ η τρίτη ομάδα τη χαμηλότερη (Μ.Ο.=36.95, Τ.Α.=8.91).

Πίνακας Γ5.6. Αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς στα λήμματα και τις συνολικές βαθμολογίες των συμμετεχόντων στο κλίμακα PANSS (με κριτήριο την ομάδα κατάταξης)

		ΟΜΑΔΑ 1 (N=14)	**ΟΜΑΔΑ 2 (N=44)**	**ΟΜΑΔΑ 3 (N=20)**		
Χρονική περίοδος	**Λήμματα/Σύνολα**	**Μ.Ο.±Τ.Α.**	**Μ.Ο.±Τ.Α.**	**Μ.Ο.±Τ.Α.**	**F/H**	**p***
Κατά την τέλεση του εγκλήματος	Παραληρητικές ιδέες	6,14±1,61	6,18±1,15	6,85±0,37	5,974	**0,050**
	Εννοιολογική Αποδιοργάνωση	3,07±1,33	3,34±1,46	2,80±1,28	2,379	0,304
	Ψευδαισθητική συμπεριφορά	2,93±1,64	3,48±2,24	3,40±2,70	0,254	0,881
	Διέγερση	2,86±1,29	3,16±1,16	3,20±1,70	0,644	0,725
	Ιδέες Μεγαλείου	2,64±2,02	3,11±2,04	2,85±1,90	0,790	0,674
	Καχυποψία / Ιδέες Δίωξης	5,86±1,23	5,89±1,30	6,70±0,57	8,853	**0,012**
	Εχθρότητα	6,00±1,96	5,89±1,43	6,40±1,39	3,417	0,181
	Σύνολο θετικής κλίμακας (7-49)	29,50±7,28	31,05±6,15	32,20±5,30	0,791	0,457
Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας	Παραληρητικές ιδέες	3,71±2,16	3,48±1,76	2,95±1,64	1,438	0,487
	Εννοιολογική Αποδιοργάνωση	2,79±1,63	2,84±1,38	2,00±0,92	5,027	0,081
	Ψευδαισθητική συμπεριφορά	2,36±1,22	2,36±1,48	1,65±0,93	4,111	0,128
	Διέγερση	2,14±0,95	2,30±0,85	1,90±0,91	2,944	0,229
	Ιδέες Μεγαλείου	2,36±1,74	2,43±1,62	1,80±0,77	1,305	0,521
	Καχυποψία / Ιδέες Δίωξης	3,71±1,54	3,34±1,46	3,00±1,49	2,226	0,329
	Εχθρότητα	3,71±2,09	2,20±1,19	2,00±0,92	6,965	**0,031**
	Σύνολο θετικής κλίμακας (7-49)	20,79±9,33	18,95±6,92	15,30±5,14	4,707	0,095
Κατά την τέλεση του	Αμβλύ Συναίσθημα	3,29±1,59	3,43±1,42	2,90±1,21	2,018	0,365

εγκλήματος	Συναισθηματική Απόσυρση	3,57±1,70	3,52±1,23	2,90±1,02	3,689	0,158
	Πτωχή (Συναισθηματική) Σχέση	3,43±1,09	3,41±1,15	3,00±1,03	2,235	0,327
	Παθητική / Απαθής Κοινωνική Απόσυρση	3,50±1,40	3,57±1,47	3,35±1,27	0,302	0,860
	Δυσκολία στην Αφηρημένη Σκέψη	3,93±1,14	4,61±1,42	4,00±1,38	3,956	0,138
	Έλλειψη Αυθορμητισμού και Ροής στη Συνομιλία	3,43±1,45	3,55±1,41	3,50±1,28	0,110	0,946
	Στερεότυπη Σκέψη	3,50±1,29	3,59±1,06	2,75±1,02	8,369	**0,015**
	Σύνολο αρνητικής κλίμακας (7-49)	24,64±7,33	25,68±6,60	22,40±6,72	1,619	0,205
Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας	Αμβλύ Συναίσθημα	3,71±1,64	3,36±1,46	2,85±1,23	3,125	0,210
	Συναισθηματική Απόσυρση	3,93±1,44	3,61±1,40	2,75±1,12	7,630	**0,022**
	Πτωχή (Συναισθηματική) Σχέση	3,64±1,39	3,36±1,18	3,00±1,03	2,537	0,281
	Παθητική / Απαθής Κοινωνική Απόσυρση	3,86±1,51	3,64±1,64	3,30±1,38	0,832	0,660
	Δυσκολία στην Αφηρημένη Σκέψη	4,21±1,58	4,64±1,62	4,00±1,38	2,651	0,266
	Έλλειψη Αυθορμητισμού και Ροής στη Συνομιλία	3,64±1,55	3,55±1,44	3,40±1,23	0,375	0,829
	Στερεότυπη Σκέψη	3,57±1,83	3,64±1,12	2,75±1,02	7,770	**0,021**
	Σύνολο αρνητικής κλίμακας (7-49)	26,57±9,56	25,80±7,49	22,05±6,97	1,962	0,148
Κατά την τέλεση του εγκλήματος	Σωματική ενασχόληση	2,50±1,61	2,23±1,29	2,40±1,79	0,400	0,819
	Άγχος	3,71±1,68	4,09±1,38	4,95±1,67	6,342	**0,042**
	Αισθήματα Ενοχής	2,50±1,51	2,50±1,17	3,15±1,09	5,991	**0,050**
	Ψυχική Τάση	3,29±1,38	3,32±1,24	4,15±1,39	5,425	0,066
	Ιδιοτροπισμοί και Λήψη Παράξενων Στάσεων	1,86±1,10	2,05±1,08	1,55±0,76	3,386	0,184
	Κατάθλιψη	3,64±1,45	3,45±1,15	3,25±1,07	0,868	0,648
	Κινητική Επιβράδυνση	2,79±1,25	2,39±1,15	2,10±1,12	2,783	0,249

	Έλλειψη Συνεργασίας	4,36±1,65	4,64±1,51	4,65±1,95	0,512	0,774
	Ασύνηθες Περιεχόμενο Σκέψης	2,93±1,90	3,25±2,00	2,75±2,17	1,313	0,519
	Διαταραχή Προσανατολισμού	1,36±0,63	1,55±1,19	1,15±0,49	2,228	0,328
	Διαταραχή Προσοχής	1,79±0,98	2,41±1,25	2,10±1,21	3,240	0,198
	Έλλειψη Κρίσης και Εναισθησίας	4,43±1,34	5,25±1,38	5,50±1,61	5,335	0,069
	Διαταραχή της Βούλησης	2,43±1,28	2,84±1,31	2,10±0,85	4,944	0,084
	Διαταραχή Ελέγχου των Παρορμήσεων	5,71±1,73	5,66±1,31	6,15±1,14	2,406	0,300
	Ενασχόληση	4,64±1,82	4,82±1,72	5,35±1,90	2,061	0,357
	Ενεργητική Κοινωνική Αποφυγή	4,00±1,92	3,61±1,26	3,70±1,59	0,476	0,788
	Σύνολο κλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας (16-112)	51,93±13,69	53,95±8,93	55,00±11,18	0,358	0,700
Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας	Σωματική ενασχόληση	2,21±0,98	2,20±1,29	2,10±1,37	0,563	0,755
	Άγχος	2,71±1,07	2,93±0,95	3,05±1,00	1,034	0,596
	Αισθήματα Ενοχής	2,57±1,16	2,61±1,15	3,45±1,00	8,496	**0,014**
	Ψυχική Τάση	2,29±0,99	2,41±0,95	2,35±0,49	0,470	0,790
	Ιδιοτροπισμοί και Λήψη Παράξενων Στάσεων	2,07±1,21	2,02±0,98	1,50±0,76	4,492	0,106
	Κατάθλιψη	3,14±1,17	3,27±1,07	2,90±0,97	2,171	0,338
	Κινητική Επιβράδυνση	2,79±1,19	2,73±1,21	2,45±1,19	0,964	0,618
	Έλλειψη Συνεργασίας	3,00±1,41	2,43±1,11	1,95±0,89	6,026	**0,049**
	Ασύνηθες Περιεχόμενο Σκέψης	2,64±1,60	2,95±1,87	1,80±0,89	5,408	0,067
	Διαταραχή Προσανατολισμού	1,43±0,76	1,36±0,81	1,15±0,49	1,855	0,396
	Διαταραχή Προσοχής	1,71±0,83	2,30±1,37	1,55±0,69	5,850	**0,054**
	Έλλειψη Κρίσης και Εναισθησίας	4,14±1,17	4,02±1,30	3,00±1,12	8,837	**0,012**

	Διαταραχή της Βούλησης	2,43±0,94	3,00±1,45	2,30±1,03	3,824	0,148
	Διαταραχή Ελέγχου των Παρορμήσεων	3,57±1,51	2,80±1,21	2,00±0,80	13,759	**0,001**
	Ενασχόληση	3,07±0,73	2,98±1,17	2,50±0,89	3,644	0,162
	Ενεργητική Κοινωνική Αποφυγή	3,79±1,63	3,41±1,50	2,90±1,17	3,417	0,181
	Σύνολο κλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας (16-112)	43,57±8,97	43,43±10,72	36,95±8,91	3,161	**0,048**
Κατά την τέλεση του εγκλήματος	*Σύνολο ερωτηματολογίου (30-210)*	106,07±26,29	110,89±17,29	109,60±19,38	0,343	0,842
Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας	*Σύνολο ερωτηματολογίου (30-210)*	90,93±24,40	88,27±22,01	76,00±18,71	2,721	0,072

*Στις περιπτώσεις όπου p<0,05 υπάρχει τουλάχιστον μια ομάδα που διαφέρει σημαντικά από τις υπόλοιπες ως προς το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.

** Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος Ανάλυσης Διακύμανσης. Οι ζευγαρωτοί έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μέθοδο Tukey.

***Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε η διόρθωση Brown-Forsythelόγω ύπαρξης ετεροσκεδαστικότητας. Οι ζευγαρωτοί έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μέθοδο Games-Howell.

Τέλος, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς μεταξύ των τριών ομάδων στα λήμματα και τις συνολικές βαθμολογίες της κλίμακας εκτίμησης επικινδυνότητας για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς. Όπως φαίνεται στον Πίνακα Γ5.7, ως προς την κλίμακα ιστορικού, οι διαφορές μεταξύ των ομάδων κρίνονται σημαντικές στο ιστορικό προηγούμενης βίαιης συμπεριφοράς κατά το αδίκημα (H=6.368, p=0.041), στα εργασιακά προβλήματα κατά την έρευνα (H=6.398, p=0.041) και στις πρώιμες δυσκολίες προσαρμογής (H=6.716, p=0.035). Συγκεκριμένα, η τρίτη ομάδα εμφανίζει την μεγαλύτερη εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς (M.O.=1.85, T.A.=0.37), ενώ η δεύτερη ομάδα σημειώνει την μικρότερη μέση βαθμολογία (M.O.=1.50, T.A.=0.55). Επίσης, οι ασθενείς της πρώτης ομάδας είναι αυτοί που είχαν τα περισσότερα εργασιακά προβλήματα κατά την έρευνα (M.O.=1.93, T.A.=0.27), ενώ τα λιγότερα προβλήματα εντοπίζονται στην τρίτη ομάδα (M.O.=1.35, T.A.=0.88). Τέλος, η δεύτερη ομάδα παρουσίαζε τις μεγαλύτερες δυσκολίες προσαρμογής (M.O.=1.32, T.A.=0.56), ενώ η τρίτη ομάδα έχει την καλύτερη εικόνα και σε αυτό το χαρακτηριστικό (M.O.=0.90, T.A.=0.55). Τέλος, από το σύνολο της κλίμακας ιστορικού φαίνεται ότι οι τρεις ομάδες διαφοροποιούνται σημαντικά τόσο κατά την τέλεση του εγκλήματος, όσο και κατά τη διεξαγωγή της έρευνας. Συγκεκριμένα, και στις 2 φάσεις μελέτης οι ασθενείς της πρώτης ομάδας είναι οι πλέον επικίνδυνοι για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς, ενώ οι ασθενείς της τρίτης ομάδας εμφανίζουν την πιο χαμηλή επικινδυνότητα.

Ακολουθεί η μελέτη των λημμάτων της κλινικής κλίμακας. Όπως φαίνεται, οι τρεις ομάδες ασθενών διαφέρουν σημαντικά ως προς την έλλειψη εναισθησίας κατά την πορεία της νόσου (H=9.874, p=0.007), την αρνητική συμπεριφορά (H=7.513, p=0.023), την παρορμητικότητα κατά την πορεία της νόσου (H=8.091, p=0.018) και την μη ανταπόκριση στη θεραπεία (H=13.713, p=0.001).Η δεύτερη ομάδα εμφανίζει την πιο επιβαρυμένη εικόνα στην έλλειψη εναισθησίας (M.O.=1.14, T.A.=0.63) και μη ανταπόκριση στη θεραπεία (M.O.=1.34, T.A.=0.68). Αντίθετα, η πρώτη ομάδα παρουσιάζει τη χειρότερη εικόνα στην αρνητική συμπεριφορά (M.O.=1.21, T.A.=0.89) και την παρορμητικότητα κατά τη διεξαγωγή της έρευνας(M.O.=1.07, T.A.=0.92). Σε κάθε περίπτωση, την καλύτερη εικόνα εμφανίζει η τρίτη ομάδα ασθενών. Τέλος, οι τρεις ομάδες διαφοροποιούνται σημαντικά στο σύνολο της κλινικής τους εικόνας τόσο κατά την τέλεση του εγκλήματος (H=10.177, p=0.006), όσο και κατά τη διεξαγωγή της έρευνας(H=13.713, p=0.001).Και στις δύο φάσεις ο μεγαλύτερος βαθμός επικινδυνότητας εντοπίζεται στη δεύτερη ομάδα με μικρή διαφορά από την πρώτη, ενώ στην τρίτη ομάδα επικρατεί η πιο ήπια εικόνα.

Τέλος, μελετάται η κλίμακα διαχείρισης κινδύνου. Συγκεκριμένα, οι τρεις ομάδες διαφοροποιούνται ως προς κάθε χαρακτηριστικό αυτής της κλίμακας. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ασθενείς της πρώτης ομάδας φαίνεται να έχουν την μεγαλύτερη απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος, ενώ η απουσία

ρεαλιστικού προγραμματισμού, η έκθεση σε αποσταθεροποίηση, η μη συμμόρφωση με θεραπεία και το άγχος εκδηλώνονται σε πιο έντονο βαθμό στη δεύτερη ομάδα. Η τρίτη ομάδα είναι σε κάθε περίπτωση αυτή με την πιο ήπια επικινδυνότητα. Η δεύτερη ομάδα εμφανίζεται να έχει και συνολικά το σοβαρότερο πρόβλημα στη διαχείριση κινδύνου, ενώ την καλύτερη εικόνα εμφανίζει η τρίτη ομάδα. Τέλος, από τη συνολική βαθμολογία στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο προκύπτει ότι οι δύο πρώτες ομάδες παρουσιάζουν περίπου την ίδια εικόνα στην επικινδυνότητα για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς, ενώ η τρίτη ομάδα παρουσιάζει σημαντικά μικρότερη επικινδυνότητα.

Πίνακας Γ5.7. Αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς στα λήμματα και τις συνολικές βαθμολογίες των συμμετεχόντων στο κλίμακα HCR-20 (με κριτήριο την ομάδα κατάταξης)

	ΟΜΑΔΑ 1 (N=14)	**ΟΜΑΔΑ 2 (N=44)**	**ΟΜΑΔΑ 3 (N=20)**		
Λήμματα/Σύνολα	**Μ.Ο.±Τ.Α.**	**Μ.Ο.±Τ.Α.**	**Μ.Ο.±Τ.Α.**	**F/H**	**p***
Προηγούμενη βίαιη συμπεριφορά κατά το αδίκημα	0,93±0,27	0,77±0,48	0,70±0,57	2,272	0,321
Προηγούμενη βίαιη συμπεριφορά κατά την έρευνα	1,64±0,50	1,50±0,55	1,85±0,37	6,368	**0,041**
Νεαρή ηλικία στο πρώτο βίαιο συμβάν	1,00±0,68	0,93±0,63	0,75±0,55	1,580	0,454
Ασταθείς σχέσεις	1,64±0,63	1,68±0,64	1,40±0,88	1,511	0,470
Εργασιακά προβλήματα κατά το αδίκημα	1,43±0,85	1,32±0,83	1,00±0,86	2,880	0,237
Εργασιακά προβλήματα κατά την έρευνα	1,93±0,27	1,73±0,62	1,35±0,88	6,398	**0,041**
Χρήση	1,21±0,89	0,68±0,86	0,60±0,75	4,750	0,093
Μείζων ψυχική διαταραχή	1,86±0,36	1,86±0,35	1,90±0,31	0,193	0,908
Πρώιμες δυσκολίες προσαρμογής	1,29±0,73	1,32±0,56	0,90±0,55	,716	**0,035**
Διαταραχή προσωπικότητας	1,86±0,36	1,66±0,48	1,50±0,61	3,725	0,155
Προηγούμενη αποτυχημένη προσπάθεια επίβλεψης	1,64±0,63	1,45±0,76	1,05±0,89	4,997	0,082
Σύνολο κλίμακας ιστορικού πριν την τέλεση του εγκλήματος (0-18)	12,86±2,63	11,68±2,52	9,80±2,82	6,153	**0,003**
Σύνολο κλίμακας ιστορικού κατά τη διεξαγωγή της έρευνας (0-18)	14,07±2,02	12,82±2,08	11,30±2,94	6,129	**0,003**
Έλλειψη εναισθησίας κατά το αδίκημα	1,50±0,52	1,80±0,41	1,80±0,41	5,243	0,073
Έλλειψη εναισθησίας κατά την έρευνα	0,93±0,73	1,14±0,63	0,55±0,69	9,874	**0,007**
Αρνητική συμπεριφορά	1,21±0,89	1,09±0,68	0,60±0,68	7,513	**0,023**
Ενεργή συμπτωματολογία κατά το αδίκημα	1,79±0,58	1,91±0,29	1,95±0,22	0,956	0,620

Ενεργή συμπτωματολογία κατά την έρευνα	1,07±0,83	1,07±0,73	0,70±0,57	3,843	0,146
Παρορμητικότητα κατά το αδίκημα	1,86±0,54	1,84±0,37	1,80±0,41	0,845	0,655
Παρορμητικότητα κατά την έρευνα	1,07±0,92	1,00±0,61	0,50±0,69	8,091	**0,018**
Μη ανταπόκριση στη θεραπεία	1,14±0,86	1,34±0,68	0,45±0,61	17,523	**<0,001**
Σύνολο κλινικής κλίμακας πριν την τέλεση του εγκλήματος (0-10)	7,50±2,44	7,98±1,15	6,60±1,50	10,177	**0,006**
Σύνολο κλινικής κλίμακας κατά τη διεξαγωγή της έρευνας (0-10)	5,43±3,82	5,64±2,04	2,80±2,33	13,713	**0,001**
Απουσία ρεαλιστικού προγραμματισμού	1,21±0,98	1,66±0,53	0,75±0,64	20,543	**<0,001**
Έκθεση σε αποσταθεροποίηση	1,64±0,63	1,80±0,41	1,15±0,67	16,155	**<0,001**
Απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος	1,57±0,65	1,27±0,82	0,10±0,45	29,540	**<0,001**
Μη συμμόρφωση με θεραπεία	1,14±0,66	1,61±0,58	0,35±0,59	33,185	**<0,001**
Άγχος	1,57±0,65	1,75±0,49	1,35±0,59	8,005	**0,018**
Σύνολο κλίμακας διαχείρισης κινδύνου πριν την τέλεση του εγκλήματος (0-10)	7,14±2,07	8,09±1,72	3,70±1,98	33,536	**<0,001**
Σύνολο κλίμακας διαχείρισης κινδύνου κατά τη διεξαγωγή της έρευνας (0-10)	7,14±2,07	8,09±1,72	3,70±1,98	33,536	**<0,001**
Σύνολο ερωτηματολογίου πριν την τέλεση του εγκλήματος (0-38)	27,50±6,05	27,75±3,91	20,10±4,56	25,367	**<0,001**
Σύνολο ερωτηματολογίου κατά τη διεξαγωγή της έρευνας (0-38)	26,64±7,07	26,55±4,40	17,80±5,57	15,784	**<0,001**

[*]Στις περιπτώσεις όπου p<0,05 υπάρχει τουλάχιστον μια ομάδα που διαφέρει σημαντικά από τις υπόλοιπες ως προς το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.

[**] Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος Ανάλυσης Διακύμανσης. Οι ζευγαρωτοί έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μέθοδο Tukey.

[***]Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε η διόρθωση Brown-Forsythelόγω ύπαρξης ετεροσκεδαστικότητας. Οι ζευγαρωτοί έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μέθοδο Games-Howell

Γ. 6 Λογιστική παλινδρόμηση (Logistic regression)

Ο τελευταίος έλεγχος αφορά τη δυνατότητα πρόβλεψης του χρόνου τέλεσης του εγκλήματος. Συγκεκριμένα, η λογιστική παλινδρόμηση χρησιμοποιήθηκε, ώστε με βάση τα χαρακτηριστικά των ασθενών να ελεγχθεί αν μπορεί να υπάρξει πρόβλεψη για την πραγματοποίηση του εγκλήματος κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο ή κατά την πορεία της νόσου. Τα αποτελέσματα αναφέρονται σε αυτούς που διαπράττουν το έγκλημα κατά την πορεία της νόσου σε σχέση με αυτούς που το διαπράττουν κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο (ομάδα αναφοράς).

Γι' αυτόν τον σκοπό χρησιμοποιήθηκαν μεταβλητές με τις οποίες σχετίζεται σημαντικά ο χρόνος τέλεσης του εγκλήματος, όπως φάνηκε από τους ελέγχους συσχετίσεων και διαφορών της αντίστοιχης ενότητας. Τα ποιοτικά χαρακτηριστικά είναι το ιστορικό μέχρι την τέλεση του εγκλήματος, το ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες, η ύπαρξη ψυχιατρικής φαρμακευτικής αγωγής κατά την τέλεση του εγκλήματος, το ιστορικό θυματοποίησης του ασθενή στο παρελθόν, το ιστορικό διαταραχών κατά την παιδική ηλικία και η διάπραξη εγκλήματος κατά της ζωής. Στα ποσοτικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνονται η Εχθρικότητα, όπως μετριέται από το ερωτηματολόγιο Aggression, η Παραληρητική εχθρικότητα, όπως αναφέρεται στο ερωτηματολόγιο HDHQ, και τέσσερα λήμματα της θετικής κλίμακας (παραληρητικές ιδέες, διέγερση, καχυποψία/ιδέες δίωξης, εχθρότητα) της κλίμακας θετικού και αρνητικού συνδρόμου (PANSS), τα οποία αφορούν την περίοδο της τέλεσης του εγκλήματος. Επίσης, σημειώνεται ότι στις ποιοτικές μεταβλητές τα αποτελέσματα αναφέρονται σε αυτούς που απάντησαν θετικά στο κάθε χαρακτηριστικό προς αυτούς που δεν έχουν το χαρακτηριστικό (ομάδα αναφοράς).

Αρχικά, η λογιστική παλινδρόμηση διενεργήθηκε με την μέθοδο "Enter". Σύμφωνα με αυτή, οι μεταβλητές που επιλέγονται, εισέρχονται απευθείας στο μοντέλο και η καταλληλότητα του μοντέλου ελέγχει τη σημαντικότητα κάθε μεταβλητής ξεχωριστά. Όπως φαίνεται στον Πίνακα Γ6.1, το μοντέλο είναι σημαντικό για την κατάταξη των ασθενών ανάλογα με τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος ($x^2(12)=57.231$, $p<0.001$). Συγκεκριμένα, το μοντέλο κάνει σωστή κατάταξη των ασθενών στην ομάδα αυτών που διέπραξαν το αδίκημα κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο σε ποσοστό 81%, και στην ομάδα των ατόμων που διαπράττουν το έγκλημα κατά τη πορεία της νόσου σε ποσοστό 96,5%. Η συνολική προβλεπτική ικανότητα του μοντέλου φτάνει το 92,3%. Ωστόσο, σύμφωνα με τον Πίνακα Γ6.1, ο μοναδικός σημαντικός παράγοντας για τον διαχωρισμό των ασθενών σε αυτές τις δύο ομάδες είναι το ιστορικό νοσηλειών μέχρι την τέλεση του εγκλήματος ($x^2(1)=9.130$, $p=0.003$) σύμφωνα με το κριτήριο του Wald. Ωστόσο, λόγω της ύπαρξης μεγάλων τυπικών σφαλμάτων, αυτή η λογιστική παλινδρόμηση κρίνεται ως επισφαλής για την εξαγωγή αξιόπιστων συμπερασμάτων για τον γενικό πληθυσμό.

Πίνακας Γ6.1. Αποτελέσματα της λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «κατηγορία εγκλήματος» (με την μέθοδο "Enter")

Μεταβλητές	B (S.E.)	Odds	95% CI	p
Ιστορικό νοσηλειών πριν την τέλεση του εγκλήματος	5,746 (1,902)	312,914	(7.53,13004.08)	**0,003**
Ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες	-0,182 (1,180)	0,834	(0,08, 8.42)	0,877
Ύπαρξη ψυχιατρικής/φαρμακευτικής αγωγής κατά την τέλεση του εγκλήματος	-0,697 (1,436)	0,498	(0.03, 8.30)	0,627
Ιστορικό θυματοποίησης στο παρελθόν του ασθενή	1,617 (1,266)	5,036	(0.42, 60.19)	0,201
Διαταραχές διαγωγής / συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία	-2,382 (1,320)	0,092	(0.01, 1.23)	0,071
Εγκλήματα κατά της ζωής	-1,425 (1,708)	0,241	(0.01,6.84)	0,404
Εχθρικότητα	0,148 (0,114)	1,160	(0.93, 1.45)	0,193
Παραληρητική εχθρικότητα	-0,109 (0,311)	0,896	(0.49, 1.65)	0,725
Παραληρητικές ιδέες	-1,058 (1,210)	0,347	(0.03, 3.72)	0,382
Διέγερση	-0,449 (0,390)	0,638	(0.30, 1.37)	0,249
Καχυποψία / Ιδέες δίωξης	-0,434 (0,734)	0,648	(0.15, 2.73)	0,555
Εχθρότητα	-0,195 (0,408)	0,823	(0.37, 2.73)	0,633
Σταθερά	9,429 (7,938)	12438,66	-	0,235

Γι' αυτό το σκοπό διενεργήθηκε εκ νέου η λογιστική παλινδρόμηση με την μέθοδο "Forward LR", με την οποία έγινε διαδοχική εισαγωγή των παραπάνω χαρακτηριστικών στο μοντέλο και εξαγωγή όσων θεωρούνται σημαντικά για την κατάταξη των ασθενών στις δύο ομάδες αναφορικά με τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος (κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο / κατά την πορεία της νόσου). Επιπλέον, σε κάθε βήμα δίνεται και ένας πίνακας στον οποίο αναφέρεται αν οι παράγοντες που δεν συμπεριλήφθηκαν στην παλινδρόμηση είναι σημαντικοί ή όχι. Η παλινδρόμηση ολοκληρώθηκε σε τρία βήματα, όμως στον επόμενο πίνακα (Πίνακας Γ6.2) δίνονται τα αποτελέσματα του δεύτερου βήματος, καθώς στο τρίτο βήμα οι ίδιες μεταβλητές κρίθηκαν σημαντικές, ενώ η καλύτερη πρόβλεψη προέκυψε απλά και μόνο από την εισαγωγή μιας επιπλέον μεταβλητής στο μοντέλο.

Το τελικό μοντέλο φαίνεται να είναι κατάλληλο για τον διαχωρισμό των ατόμων στις δύο ομάδες με κριτήριο τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος ($x^2(2)=43.041$, $p<0.001$). Μάλιστα, πραγματοποιείται σωστή κατάταξη των ασθενών στην ομάδα αυτών που διέπραξαν το αδίκημα κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο σε ποσοστό 76,2%, ενώ στην δεύτερη ομάδα η σωστή πρόβλεψη φτάνει το 93%. Συνολικά, γίνεται ορθός διαχωρισμός των ασθενών στις δύο ομάδες σε ποσοστό 88,5%. Μάλιστα, όπως φαίνεται στον Πίνακα Γ6.2, το ιστορικό νοσηλειών πριν την τέλεση του εγκλήματος ($x^2(1)=21.592$, $p<0.001$)

και το συνολικό σκορ Εχθρικότητας ($x^2(1)=5.820$, $p<0.016$) που σημειώνουν οι ασθενείς στο ερωτηματολόγιο Aggression είναι οι μοναδικοί σημαντικοί παράγοντες για τον διαχωρισμό τους ως προς τον χρόνο διάπραξης του εγκλήματος. Συγκεκριμένα, η πιθανότητα να διαπραχθεί το έγκλημα κατά την πορεία της νόσου σε σχέση με την πιθανότητα να διαπραχθεί κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο είναι 64,98 φορές μεγαλύτερη για όσους έχουν νοσηλευτεί πριν την τέλεση του αδικήματος σε σχέση με αυτούς που απάντησαν αρνητικά, όπως αναμενόταν. Επίσης, για τους ασθενείς που σημειώνουν μεγαλύτερο συνολικό σκορ Εχθρικότητας η πιθανότητα να διαπράξουν το έγκλημα κατά την πορεία της νόσου σε σχέση με την πιθανότητα να το διαπράξουν κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο είναι μεγαλύτερη σε σχέση με αυτούς που εκδηλώνουν μικρότερα επίπεδα εχθρικότητας.

Πίνακας Γ6.2. Αποτελέσματα της λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «κατηγορία εγκλήματος» (με την μέθοδο "Forward LR")

Μεταβλητές	B (S.E.)	Odds	95% CI	p
Ιστορικό νοσηλειών πριν την τέλεση του εγκλήματος	4,17 (0,90)	64,98	(11.17,377.95)	**<0.001**
Εχθρικότητα	0,14 (0,06)	1,15	(1.03, 1.29)	**0.016**
Σταθερά	-4,49 (1,61)			

Στη συνέχεια μελετήθηκαν κι άλλες μεταβλητές που εισήχθησαν στο μοντέλο ιεραρχικά, ώστε να διαπιστωθεί και η επιπρόσθετη αξία του μοντέλου από την εισαγωγή περισσότερων μεταβλητών ή η αδυναμία του να παρέχει αξιόπιστα αποτελέσματα. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος "Enter".

Αρχικά, εισήχθη η ηλικία τέλεσης του εγκλήματος και η διάγνωση κατά την τέλεση του εγκλήματος. Ωστόσο, στα τελικά αποτελέσματα φάνηκε ότι η διάγνωση κατά την τέλεση είναι μια μεταβλητή με πολύ μεγάλο τυπικό σφάλμα και γι' αυτό παραλείφθηκε από το μοντέλο.

Στο δεύτερο βήμα εξετάζεται η χρήση ουσιών πέριξ της τέλεσης του εγκλήματος και η ύπαρξη ψυχιατρικής φαρμακευτικής αγωγής κατά την τέλεση του εγκλήματος. Σε αυτό το στάδιο εισήχθη στο μοντέλο και η μεταβλητή που αφορά το ιστορικό νοσηλειών μέχρι την τέλεση του εγκλήματος. Ωστόσο, αυτή η μεταβλητή αφαιρέθηκε στη συνέχεια καθώς είναι τόσο ισχυρή για την κατάταξη των ατόμων σε άτομα που δρουν κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο και αυτούς που δρουν κατά την πορεία της νόσου, ώστε η ισχύς της εξαλείφει την όποια σημαντική επίδραση των άλλων μεταβλητών στον διαχωρισμό των ασθενών.

Στο τρίτο βήμα, εισήχθησαν στο μοντέλο το ιστορικό θυματοποίησης στο παρελθόν του ασθενή, οι

διαταραχές στη διαγωγή/συμπεριφορά κατά την παιδική ηλικία και το ιστορικό στρεσογόνων γεγονότων τα τελευταία 2 χρόνια μέχρι την τέλεση του εγκλήματος. Με αυτό τον τρόπο γίνεται προσπάθεια να διαπιστωθεί αν ο χρόνος τέλεσης του εγκλήματος σχετίζεται με αυτές τις παραμέτρους από το ιστορικό του ασθενή.

Στο τέταρτο βήμα της παλινδρόμησης προστέθηκαν οι μεταβλητές που αφορούν το ιστορικό ετεροκαταστροφικής και αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς έως την τέλεση του εγκλήματος.

Στο πέμπτο βήμα εξετάζεται η επιλογή του θύματος για το αν είναι σημαντικός παράγοντας διαχωρισμού των ασθενών ως προς τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος. Συγκεκριμένα, μελετάται αν το θύμα ανήκει στο οικογενειακό περιβάλλον ή όχι.

Στο έκτο και έβδομο βήμα μελετάται η Εχθρικότητα του ερωτηματολογίου Aggression και η Παραληρητική εχθρικότητα (ερωτηματολόγιο HDHQ) ως παράγοντες σημαντικοί για την πρόβλεψη του χρόνου τέλεσης του εγκλήματος.

Στο όγδοο βήμα μελετάται καθένα από τα λήμματα της θετικής κλίμακας του ερωτηματολογίου PANSS, όπως αυτά μετρήθηκαν για την περίοδο τέλεσης του εγκλήματος. Τέλος, στο ένατο βήμα μελετήθηκε η ενδεχόμενη στατιστική σημαντικότητα των λημμάτων της κλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας του ίδιου ερωτηματολογίου για την ίδια περίοδο.

Τα αποτελέσματα παρατίθενται στον Πίνακα Γ6.3, όπου φαίνονται αποκλειστικά τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης με τις μεταβλητές έως το έκτο βήμα, καθώς στα επόμενα βήματα η εισαγωγή νέων μεταβλητών φαίνεται να βελτιώνει το μοντέλο, όμως τα τυπικά σφάλματα γίνονται μεγαλύτερα το οποίο δεν είναι θετικό για την πρόβλεψη.

Όπως διαπιστώνεται, το μοντέλο προβλέπει ορθά το 81,7% των συνολικών περιπτώσεων. Συγκεκριμένα, η πρόβλεψη είναι σωστή κατά 90% για τους ασθενείς που διέπραξαν το έγκλημα κατά την πορεία της νόσου, ενώ μόλις κατά 61,9% για όσους έδρασαν κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο. Επιπλέον, το μοντέλο αυτού του βήματος κρίθηκε κατάλληλο για τον διαχωρισμό των ατόμων στις δύο ομάδες με βάση τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος ($x^2(9)=36,105$, $p<0.001$).

Όπως φαίνεται, οι μόνες μεταβλητές που επηρεάζουν σημαντικά τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος είναι η ηλικία ($x^2(1)=4.903$, $p=0.027$), η λήψη ψυχιατρικής /φαρμακευτικής αγωγής κατά την τέλεση του εγκλήματος ($x^2(1)=8.176$, $p=0.004$), το ιστορικό στρεσογόνων γεγονότων τα τελευταία δύο έτη ηλικία ($x^2(1)=4.805$, $p=0.028$) και η σχέση του θύτη με το θύμα ($x^2(1)=4.811$, $p=0.028$). Συγκεκριμένα, η πιθανότητα να διαπραχθεί το έγκλημα κατά την πορεία της νόσου σε σχέση με τη διάπραξη κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο είναι μεγαλύτερη για όσους είναι μεγαλύτερης ηλικίας. Επιπλέον, όσοι βρίσκονται σε ψυχιατρική/φαρμακευτική παρακολούθηση κατά την τέλεση του

εγκλήματος έχουν 16,74 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα διάπραξης στην πορεία της νόσου απ' ότι κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο σε σχέση με όσους δεν βρίσκονται σε παρακολούθηση. Επίσης, όσοι έχουν βιώσει στρεσογόνα γεγονότα τα τελευταία δύο χρόνια πριν το έγκλημα έχουν 7,69 (1/0.13=7.69) φορές μεγαλύτερη πιθανότητα διάπραξης του εγκλήματος κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο σε σχέση με όσους δεν βίωσαν τέτοια γεγονότα. Τέλος, όσοι επιλέγουν το θύμα εντός της οικογένειας έχουν 9,09 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα (1/0.11=9.09) να δράσουν κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο παρά κατά την πορεία της νόσου σε σχέση με αυτούς που επέλεξαν το θύμα εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Πίνακας Γ6.3. Αποτελέσματα της τελικής ιεραρχικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τον χρόνο διάπραξης του αδικήματος

Μεταβλητές	B (S.E.)	Odds	95% CI	p
Ηλικία τέλεσης εγκλήματος	0,09 (0,39)	1,09	(1.01,1.18)	**0,027**
Χρήσης ουσιών πέριξ της τέλεσης του εγκλήματος	-1,48 (0,89)	0,23	(0.04, 1.29)	0,094
Σε ψυχιατρική φαρμακευτική αγωγή κατά την τέλεση του εγκλήματος	2,82 (0,99)	16,74	(2.43, 115.50)	**0,004**
Ιστορικό θυματοποίησης	0,90 (0,79)	2,46	(0.52, 11.58)	0,254
Διαταραχή διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία	-0,40 (0,82)	0,67	(0.13, 3.33)	0,624
Ιστορικό στρεσογόνων γεγονότων τα δύο τελευταία έτη πριν τη διάπραξη του εγκλήματος	-2,08 (0,95)	0,13	(0.02, 0.80)	**0,028**
Εμφάνιση αυτοκτονικής συμπεριφοράς μέχρι την τέλεση του εγκλήματος	0,08 (0,92)	1,08	(0.18,6.56)	0,930
Εμφάνιση ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς έως την τέλεση του εγκλήματος	0,42 (0,95)	1,53	(0.24, 9.82)	0,656
Σχέση θύτη / θύματος	-2,23 (1,02)	0,11	(0.02, 0.79)	**0,028**
Σταθερά	-1,32 (2,16)	0,27		0,542

Δ. Συζήτηση

Δ. 1 Περιγραφή και σύγκριση των ερευνητικών ευρημάτων με διεθνείς και ελληνικές μελέτες

Δ.1.1 Περιγραφή του δείγματος σχετικά με δημογραφικά, ψυχιατρικά και νομικά στοιχεία

Το δείγμα μας αποτελείται από άνδρες στη συντριπτική πλειοψηφία (N=70, 89,7%). Γενικά, η εγκληματικότητα από ψυχικά ασθενείς φαίνεται να είναι μια συντριπτικά ανδρική συμπεριφορά σε πολλές χώρες, καθώς ανευρίσκεται συστηματικά στη βιβλιογραφία ότι οι άνδρες υπερτερούν σημαντικά έναντι των γυναικών μεταξύ ασθενών που παραβατούν (Nicholls et al 2009, Coid et al 2002, Rutherford et al 2007). Πιο αναλυτικά, οι Coid et al (2002) σε έρευνά τους τη χρονική περίοδο μεταξύ 1988 και 1994 μελέτησαν 3.155 πρώτες εισαγωγές σε υψηλής και μέσης ασφάλειας ψυχιατροδικαστικές δομές στην Αγγλία και βρήκαν πως μόνον το 15% του πληθυσμού ως 69 ετών αφορούσε γυναίκες. Το αντίστοιχο ποσοστό για ασθενείς άνω των 60 ετών ήταν 6%, χωρίς οι δύο ηλικιακές ομάδες ασθενών να εμφανίζουν στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το φύλο.

Παρομοίως, οι Rutherford & Duggen (2007) βρήκαν πως τον Ιούλιο 2007 ο ψυχιατροδικαστικός πληθυσμός στην Αγγλία και την Ουαλία αποτελούνταν από άνδρες σε ποσοστό 88% και από γυναίκες σε ποσοστό 12%. Σχολιάζουν πως ο γυναικείος πληθυσμός είναι αναλογικά υψηλότερος στις ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες από ότι στη φυλακή (12% στην πρώτη περίπτωση έναντι 6% στη δεύτερη σύμφωνα με κρατικά στοιχεία).

Αντίστοιχα δεδομένα από τη Γερμανία, και πιο ειδικά από τον πληθυσμό που νοσηλεύεται στο Haina Forensic Psychiatric Hospital, αναφέρουν πως μόνο το 5% αφορά γυναίκες (Muller-Isberner et al 2000). Σε ψυχιατροδικαστικές δομές στην Πορτογαλία τον Ιανουάριο 2009 το ποσοστό των γυναικών βρέθηκε να είναι μόνον 6.2% από τους Almeida et al (2010).

Στο δείγμα μας υπήρξαν μόνο 3 αλλοδαποί, ενώ όλοι οι υπόλοιποι είχαν την ελληνική υπηκοότητα. Επίσης, όσον αφορά το θρήσκευμα, υπήρξαν 3 μουσουλμάνοι, ενώ όλοι οι υπόλοιποι δήλωσαν Χριστιανοί Ορθόδοξοι. Πρακτικά, στο δείγμα μας το ποσοστό μειονοτήτων, είτε όσον αφορά την εθνικότητα, είτε όσον αφορά το θρήσκευμα, είναι πολύ μικρό.

Από τη βιβλιογραφία έχει αναδειχθεί η εγκληματικότητα ασθενών με σοβαρές ψυχικές διαταραχές που ανήκουν σε μειονότητες. Πιο συγκεκριμένα, οι Nielssen, Yee, Millard & Large (2011) βρήκαν πως στο σύνολο 272 ασθενών που απαλλάχθηκαν από την ποινή λόγω ψυχικής διαταραχής στην Νέα Νότια Ουαλία, οι 95 (35%) προέρχονταν από περιβάλλον που δεν μιλούσε την αγγλική, από τους οποίους οι περισσότεροι (N=63) ήταν στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο κατά το αδίκημα. Αυτός ο παράγων βρέθηκε να είναι σημαντικός στη σύγκριση μεταξύ αυτών που διαπράττουν το αδίκημα στο

πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο και αυτών που το διαπράττουν στην πορεία της νόσου, όπως και η γέννηση εκτός της χώρας.

Το χαμηλό ποσοστό μειονοτήτων πιθανόν να εξηγείται από το γεγονός ότι μέχρι πρόσφατα η Ελλάδα κατοικούνταν αποκλειστικά σχεδόν από Έλληνες χριστιανούς ορθόδοξους στο θρήσκευμα. Πιθανόν, όμως, να εξηγείται και από το ότι οι μειονότητες έχουν μειωμένη πρόσβαση σε επαρκή εκπροσώπηση στο δικαστήριο, είτε λόγω οικονομικής δυσκολίας είτε λόγω της δυσκολίας στην επικοινωνία. Αυτό με τη σειρά του μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα τη μη εκτροπή από το σωφρονιστικό σύστημα στο σύστημα υγείας, λόγω μη εντοπισμού και διάγνωσης της ψυχικής νόσου, και να οδηγεί σε χαμηλά ποσοστά μειονοτήτων στο ψυχιατρείο, αλλά αυξημένα στα καταστήματα κράτησης. Σύμφωνα με στοιχεία από το Υπουργείο Δικαιοσύνης έως την 7η Σεπτεμβρίου 2016, προκύπτει ότι συνολικά στα ελληνικά σωφρονιστικά καταστήματα ήταν 9.467 κρατούμενοι, από τους οποίους οι 4.246 ήταν Έλληνες και οι 5.221 αλλοδαποί (55.1%).

Η μέση ηλικία τέλεσης του εγκλήματος στο δείγμα μας ήταν τα 38.68 (±12.06) έτη. Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 50.63 (±12.69) έτη. Μόνον σε τρεις περιπτώσεις το αδίκημα διαπράχθηκε σε ηλικία ίση ή μεγαλύτερη των 60 ετών (4%). Αντιθέτως, 14 ασθενείς (17.9%) είναι σήμερα ήδη άνω των 60 ετών, λόγω της πολυετούς νοσηλείας. Τέλος, η μέση ηλικία εμφάνισης της νόσου ήταν τα 25.58 (±9.78) έτη.

Σε γενικές γραμμές, οι ψυχικά ασθενείς που διαπράττουν αδικήματα είναι νεότεροι των 40 ετών. Σε μελέτη των Almeida et al (2010) η μέση ηλικία των ασθενών που κρίθηκαν ακαταλόγιστοι και εισήχθησαν σε ψυχιατροδικαστικές δομές της Πορτογαλίας τον Ιανουάριο 2009 ήταν 42.6 έτη. Σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια, με μέσο όρο ηλικίας τα 37 έτη σε αντίστοιχες δομές στη Γερμανία το 2000 (Muller-Isberner et al 2000), και στην Αγγλία για τους ακαταλόγιστους νοσηλευόμενους από το 1997 έως το 2001 (Mackay et al 2006). Οι Menezes et al (2015) υπολόγισαν τον μέσο όρο στην Αγγλία και την Ουαλία στα 29.68 έτη, με το εύρος να κυμαίνεται μεταξύ 17 έως 88 και τυπική απόκλιση 9.55 έτη. Οι Taylor et al (1998) βρήκαν ως μέση ηλικία όλων των ασθενών σε ειδικά αγγλικά νοσοκομεία το 1993 τα 38 έτη. Οι Thompson et al (1997) υπολόγισαν τη μέση ηλικία για τους ασθενείς στο Ειδικό Νοσοκομείο Carstairs, στη Σκωτία, στα 35 χρόνια, με εύρος από 17 έως 67. Οι Naismith & Coldwell (1990) ανέφεραν μέση ηλικία 33,3 έτη για τους άνδρες του Park Lane. Τέλος, σε δείγμα 197 ασθενών που κρίθηκαν ακαταλόγιστοι στη Νέα Νότια Ουαλία (Hayes et al 2013) σε μία περίοδο 21 ετών η μέση ηλικία κατά τη δίκη ήταν 36 έτη (από 16 ως 82). Ασθενείς ηλικίας 60 ετών και άνω αποτελούσαν στην Πορτογαλία το 8% του συνόλου των ασθενών που κρίθηκαν ακαταλόγιστοι, ποσοστό που διαφέρει από το 2% του συνόλου που βρέθηκε

σε μια μελέτη για ηλικιωμένους ασθενείς στον ψυχιατροδικαστικό πληθυσμό που νοσηλεύονταν στην Αγγλία και την Ουαλία (Coid et al 2002).

Η πολυπληθέστερη ηλικιακή ομάδα στο δείγμα μας είναι αυτή μεταξύ 50 και 59 ετών και αποτελείται από 32 ασθενείς (41%). Η συσσώρευση ασθενών σε αυτή την ηλικιακή ομάδα προκύπτει λόγω της μακρόχρονης νοσηλείας στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής. Συνολικά το 60% των ασθενών του δείγματός μας είναι άνω των 50 ετών, ενώ όπως ειπώθηκε ανωτέρω οι ασθενείς διαπράττουν το αδίκημα σε αρκετά μικρότερη ηλικία.

Μέχρι το 2018 οπότε και άρχισε η εφαρμογή του ν.4509/2017, παρατηρούνταν μια συνεχιζόμενη και κατά καιρούς αυξανόμενη ροή ασθενών στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής, ενώ χορηγούνταν ελάχιστα εξιτήρια. Συνέβαινε δηλαδή να αυξάνεται ενδεχομένως η ετοιμότητα των δικαστικών αρχών να εντοπίσουν τους ψυχικά πάσχοντες μεταξύ των παραβατών, αλλά παρέμενε η επιφυλακτικότητά τους όσον αφορά τον αποχαρακτηρισμό τους. Με αυτό τον τρόπο, όμως, δεν μπορούσαν οι ασθενείς να ελπίζουν ότι θα επανενταχθούν, ειδικά αν δεν διέθεταν υποστηρικτικό περιβάλλον κατάλληλο για την επίβλεψή τους εξωνοσοκομειακά. Η εφαρμογή του ν.4509/2017 οδήγησε σε αποχαρακτηρισμό και χορήγηση εξιτηρίου σε σημαντικό αριθμό ασθενών που παρέμεναν για μη ιατρικούς λόγους. Ωστόσο, η έλλειψη στεγαστικών δομών για προστατευόμενη διαβίωση στην κοινότητα ανάγκασε σε επιπλέον παραμονή των ασθενών στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής εκουσίως, αναδεικνύοντας την ανάγκη της πολύπλευρης προσέγγισης του φαινομένου της συνεχιζόμενης ασυλοποίησης των ασθενών (Markopoulou, Iliou, Karakasi, Douzenis, 2020).

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, αξίζει να σημειωθεί ότι περίπου 6 στους 10 συμμετέχοντες είναι άγαμοι χωρίς μόνιμη σχέση (60.3%), ενώ οι έγγαμοι ανέρχονται στο 17.9% και οι διαζευγμένοι στο 14.1%. Σε αντίστοιχο ψυχιατροδικαστικό πληθυσμό στην Αθήνα, στο ΨΝΑ πιο συγκεκριμένα, οι ακαταλόγιστοι ασθενείς βρέθηκε να είναι άγαμοι σε ποσοστό 73.6% (Ntounas et al 2018). Λίγο υψηλότερα μετρήθηκαν τα ποσοστά των άγαμων ασθενών με σχιζοφρένεια με και χωρίς ιστορικό βίας που νοσηλεύονταν στο ΨΝΑ την ίδια περίοδο (75.7% και 86.5% αντίστοιχα).

Παρομοίως, οι Menezes et al (2007) βρήκαν αντίστοιχα υψηλά ποσοστά άγαμων μεταξύ των ακαταλόγιστων ασθενών στο δείγμα 2.016 ασθενών από την Αγγλία και την Ουαλία, όπου οι άγαμοι αποτελούσαν το 78.1%. Αντίθετα, στο δείγμα 267 ασθενών από τη Ζιμπάμπουε, οι άγαμοι ήταν μόλις 48.8%. Ακόμα και αυτό το ποσοστό είναι αρκετά υψηλό, αν λάβει κανείς υπόψη του ότι στην υποσαχάρια Αφρική οι άνδρες είναι σε πολύ υψηλά ποσοστά έγγαμοι, και μάλιστα πολυγαμικοί, όπως σχολιάζουν οι συγγραφείς.

Αλλά και στην κοινότητα, σύμφωνα με τα δεδομένα της CATIE, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια ήταν μόνον σε ποσοστό 19.2% έγγαμοι ή συζούσαν με άλλον. Η δυσκολία να συνάψουν οι ασθενείς αυτοί μακροχρόνιες σχέσεις έχει παρατηρηθεί και μελετηθεί συστηματικά μέχρι σήμερα.

Όσον αφορά στην εκπαίδευση, το ποσοστό των ατόμων που δεν συνέχισαν τις σπουδές τους μετά το Λύκειο προσεγγίζει το 70%. Αξίζει να σημειωθεί ότι σχεδόν οι μισοί (48.7%) δεν ολοκλήρωσαν καν την υποχρεωτική εκπαίδευση και το 15.4% δεν αποφοίτησε από την πρωτοβάθμια.

Σε μελέτη των Menezes et al (2007) βρέθηκε το ποσοστό των αναλφάβητων να ανέρχεται στο 4% στην Αγγλία και Ουαλία, ενώ στη Ζιμπάμπουε ήταν πολύ υψηλότερο, όπως αναμενόταν, και έφτανε στο 20.2%. Στην ίδια μελέτη το 25% των ασθενών στην Αγγλία και Ουαλία είχαν ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια ή/και ανώτερη εκπαίδευση, ενώ το 75% είχε αποφοιτήσει από την πρωτοβάθμια. Το αντίστοιχο ποσοστό σχετικά με την πρωτοβάθμια για την Ζιμπάμπουε ήταν μόλις 42.5%. Στη Γερμανία στο Haina Forensic Psychiatric Hospital, μόνον το 57% ολοκλήρωσε τη χαμηλότερη βαθμίδα εκπαίδευσης και μόνον το 30% είχε κάποια επαγγελματική εκπαίδευση (Muller-Isberner et al 2000). Αλλά και στην κοινότητα, σύμφωνα με τα δεδομένα της CATIE, το ποσοστό των ασθενών με σχιζοφρένεια που ολοκλήρωσαν τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση ήταν μικρότερο του 25.4%. Είναι φανερό πως η διακύμανση στα ποσοστά ολοκλήρωσης των διαφόρων επιπέδων εκπαίδευσης κυμαίνονται ανάλογα με τα δεδομένα της κάθε χώρας, όσον αφορά τόσο την κουλτούρα σχετικά με τη μόρφωση, αλλά και τις ίσες ευκαιρίες στην πρόσβαση σε αυτή.

Όπως προέκυψε, περισσότεροι από τους μισούς προέρχονται από αστική περιοχή (53.8%), ενώ το 37.2% δήλωσε ότι ζούσε σε αγροτική περιοχή. Αξίζει να σημειωθεί ότι περισσότεροι από τους μισούς συγκατοικούσαν με τους γονείς τους πριν διαπράξουν το έγκλημα (51.3%). Το τελευταίο εύρημα μπορεί να εξηγηθεί, δεδομένου ότι, λόγω της εμφάνισης της νόσου σε σχετικά νεαρή ηλικία (25.58 έτη στο δείγμα μας), οι ασθενείς με σοβαρή ψυχική διαταραχή δεν συνάπτουν σταθερές μακροχρόνιες σχέσεις με το άλλο φύλο που οδηγούν σε γάμο, και παραμένουν συχνά στην πατρική τους οικία, συμβιώνοντας με τους γονείς τους, όπως παρατηρείται και στην κλινική πρακτική.

Τα ποσοστά εργαζομένων και ανέργων την εποχή τέλεσης του εγκλήματος είναι περίπου ίδια (51.3% και 48.7% αντίστοιχα). 80.8% των συμμετεχόντων αναφέρει ότι είχαν τελέσει και άλλα επαγγέλματα μέχρι τη διάπραξη του εγκλήματος.

Τα δεδομένα από πρόσφατες ευρωπαϊκές εκτιμήσεις για τα ποσοστά απασχόλησης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια κυμαίνονται από 8 έως 35% (Gaite et al 2002). Σε μελέτη των Marwaha et al (2010), όπου πραγματοποιήθηκε ανάλυση βασικών δεδομένων από την European Schizophrenia Cohort Study, μια διετή έρευνα ατόμων με σχιζοφρένεια σε επαφή με υπηρεσίες ψυχικής υγείας που ζούσαν

στη Γαλλία, τη Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο, βρέθηκε πως οι συμμετέχοντες εργάζονταν σε όλους τους τομείς της αγοράς εργασίας. Οι ασθενείς που είχαν πτυχίο, εκείνοι που διαβιούσαν μαζί με τις οικογένειές τους και αυτοί που είχαν μόνο ένα επεισόδιο ήταν πιθανότερο να εργάζονται. Το συνολικό ποσοστό των ασθενών που εργάζονταν ήταν 21.5%, αλλά διέφερε τόσο μεταξύ των διαφόρων χωρών, όσο και μεταξύ των διαφορετικών πόλεων εντός της ίδιας χώρας. Υπολογίστηκε στο 12.9% στο Ηνωμένο Βασίλειο, 11.5% στη Γαλλία και 30.3% στη Γερμανία.

Οι Nielssen, Yee, Millard & Large (2011) στο δείγμα τους που αποτελούνταν από 272 ακαταλόγιστους παραβατικούς ασθενείς βρήκαν πως το 80% αυτών είχαν απασχοληθεί σε κάποια φάση της ζωής τους σε αμειβόμενη εργασία, ποσοστό παρόμοιο με το δείγμα μας. Τέλος, σύμφωνα με τα δεδομένα της CATIE οι ασθενείς με σχιζοφρένεια ήταν μόνον σε ποσοστό 6.8% απασχολούμενοι σε εργασία κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας. Αν συνδυάσει κανείς τα ευρήματα αυτά με την ανωτέρω παρατήρηση σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, μπορεί πολύ εύκολα να ερμηνεύσει γιατί οι περισσότεροι ασθενείς μας απασχολούνταν σε χειρωνακτικές και αγροτικές εργασίες, που δεν απαιτούν ακαδημαϊκά προσόντα.

Στο δείγμα μας περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες είχαν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια κατά την έναρξη της νόσου (52.6%), ενώ κατά την τέλεση του εγκλήματος σχεδόν δύο στους τρεις (73.1%). Τα ποσοστά ψύχωσης είναι επίσης σημαντικά (17,9% μετά το αδίκημα), ενώ στις υπόλοιπες περιπτώσεις τα ποσοστά είναι μονοψήφια. 56.4% απάντησε θετικά στην κατάχρηση ή εξάρτηση από αλκοόλ ή άλλες ψυχοδραστικές ουσίες, ωστόσο διαταραχή οφειλόμενη σε ουσίες ήταν η πρωταρχική διάγνωση κατά τη δίκη μόνο στο 5.1% των περιπτώσεων.

Στο δείγμα των Muller-Isberner et al (2000) στη Γερμανία οι αντίστοιχες διαγνώσεις αφορούσαν σε ψυχώσεις σε ποσοστό 41%, διαταραχές προσωπικότητας 37%, ψυχικές διαταραχές οφειλόμενες σε οργανική νόσο του εγκεφάλου 11% και νοητική υστέρηση 9%. Σε ποσοστό που έφτανε το 3% η κύρια διάγνωση αφορούσε διαταραχή χρήσης ουσιών. Στο 65% των περιπτώσεων υπήρχε συννοσηρότητα.

Αντιστοίχως, σε δείγμα 197 ασθενών από τη Νέα Νότια Ουαλία που κρίθηκαν ακαταλόγιστοι για αδικήματα που διέπραξαν μεταξύ 1990 και 2010 τέθηκε η διάγνωση της σχιζοφρένειας σε ποσοστό 83.8%, ενώ σε ποσοστό 9.6% συναισθηματική διαταραχή (Hayes et al 2013). Η συννοσηρότητα με διαταραχή χρήσης ουσιών άγγιζε το 51.8%. 7.1% είχαν οριακή ή ήπια νοητική ανεπάρκεια. Σχιζοφρένεια ήταν η συνηθέστερη διάγνωση και στο δείγμα 272 ακαταλόγιστων ασθενών από τους Nielssen, Yee, Millard & Large (2011). Στην Πορτογαλία οι Almeida et al (2010) υπολόγισαν πως το ποσοστό της σχιζοφρένειας ως διάγνωση στο δικαστήριο ήταν περίπου 51%, ενώ διαπίστωσαν και υψηλά ποσοστά νοητικής υστέρησης που έφταναν στο 20%.

Όπως αναμενόταν οι ψυχώσεις είναι αυτές που υπερτερούν μεταξύ ακαταλόγιστων παραβατών σε διάφορες χώρες. Το εύρημα αυτό αποδεικνύει πως συχνά οι ασθενείς με ψυχωτικές διαταραχές κρίνονται ακαταλόγιστοι για τυχόν αδικήματα που έχουν διαπράξει και αντιμετωπίζονται σε ψυχιατροδικαστικές δομές, προτάσσοντας τη θεραπεία έναντι της φύλαξης και του σωφρονισμού. Αλλά και αντιστρόφως, επιβεβαιώνεται με τα υψηλά ποσοστά σχιζοφρένειας-ψύχωσης στο δείγμα μας, η σχέση της νόσου με τη βία και την εγκληματικότητα. Επιπλέον η συχνότητα των διαγνώσεων σε δείγματα ακαταλόγιστων ασθενών προφανώς επηρεάζεται από την πολιτική και νομοθεσία κάθε χώρας σχετικά με την αντιμετώπιση ιδιαίτερων ομάδων, όπως ασθενείς με διαταραχή προσωπικότητας ή ασθενείς με διαταραχή ουσιών. Στην Ελλάδα οι διαγνώσεις αυτές δεν αρκούν συνήθως για την άρση του καταλογισμού, εκτός και αν συνυπάρχουν με άλλες μείζονες ψυχικές διαταραχές.

Από τις 62 περιπτώσεις όπου προϋπήρχε διάγνωση και ελέγχθηκε αν αυτή άλλαξε μετά την τέλεση του αδικήματος, μόνο το 11.3% απάντησε θετικά. Αυτό το ποσοστό συμφωνεί με ευρήματα των Steadman et al (1998), οι οποίοι σε μελέτη τους βρήκαν υψηλά ποσοστά όσον αφορά τη σταθερότητα της διάγνωσης. Πιο συγκεκριμένα, αξίζει να σημειωθεί ότι στους ασθενείς της μελέτης αυτής που διαγνώστηκαν με σχιζοφρένεια μόνο σε έξι (4.2%) και επτά (4.9%) άτομα υπήρξε αλλαγή στην αρχική τους διάγνωση, αντίστοιχα, σε έξι μήνες και δύο χρόνια μετά την εισαγωγή. Η διαγνωστική σταθερότητα του συνολικού πληθυσμού ήταν 88% έναντι 10.6% με τροποποιημένη διάγνωση, και 1.4% άγνωστη. Στην υποομάδα της σχιζοφρένειας μόνον σε ποσοστό 4.6% είχε αλλάξει η αρχική διάγνωση. Αυτή η παρατήρηση έρχεται σε αντίθεση με τις αναδρομικές μελέτες σχετικά με τη διαγνωστική σταθερότητα σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, όπου προκύπτει σταθερότητα σε ποσοστό 73.1% σε έξι μήνες και 55% σε δύο χρόνια από μελέτη που παρακολούθησε αγγλοσαξονικό πληθυσμό (Schwartz et al 2000) και 45.9% σε πληθυσμό της Ιβηρικής χερσονήσου (Baca-Garcia et al 2007).

Το ποσοστό σταθερότητας της διάγνωσης στη δική μας έρευνα παραμένει υψηλό παρά το γεγονός ότι το ένα τρίτο των ασθενών βρισκόταν στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, οπότε στην πρόδρομη φάση έλαβε διάφορες διαγνώσεις όπως αγχώδης διαταραχή, διαταραχή διαγωγής, διαταραχή προσωπικότητας κλπ.. και έλαβε ακολούθως την ακριβή διάγνωση που παρέμεινε ως τη διεξαγωγή της έρευνας. Ωστόσο, το υψηλό ποσοστό προηγούμενων νοσηλειών στο σύνολο του δείγματος αυξάνει σαφώς τη διαγνωστική ακρίβεια, με πιθανό αποτέλεσμα να παρατηρείται αυτή η διαγνωστική σταθερότητα.

57 ασθενείς από τους 78 του δείγματός μας (73.08%) διέπραξαν το αδίκημα στην πορεία της νόσου και είχαν προηγουμένως λάβει θεραπεία. 70% (N=55) του συνόλου του δείγματος είχε προηγούμενη νοσηλεία στο ιστορικό του, τόσο ακούσια (N=48, 87.3%), όσο και εκούσια (N=21, 38.2%). Μάλιστα

30 ασθενείς από τους 55 με προηγούμενες νοσηλείες είχαν στο ιστορικό τους τρεις ή περισσότερες ακούσιες νοσηλείες (62.5%). 11 ασθενείς (52.4%) είχαν τρεις ή περισσότερες εκούσιες νοσηλείες πριν το αδίκημα. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τη βιβλιογραφία, όπου αντιστοίχως, μεταξύ 197 ακαταλόγιστων ασθενών στη Νέα Νότια Ουαλία, οι 123 (62.4%) είχαν στο ιστορικό τους τουλάχιστον μία νοσηλεία σε ψυχιατρικό νοσοκομείο (Hayes et al 2013).

Σε 62 ασθενείς (79.5%) είχε συστηθεί λήψη φαρμακευτικής αγωγής, κυρίως αντιψυχωτικά. Ωστόσο, μόνον το 11.3% αυτών συμμορφώθηκε με τις ιατρικές οδηγίες. Πτωχή συμμόρφωση στη θεραπεία είναι ένα φαινόμενο που παρατηρείται συχνά στην ψυχιατρική και οδηγεί σε επιδείνωση της συμπτωματολογίας, υποτροπή και πολύ συχνά σε νέα νοσηλεία. Από τη βιβλιογραφία έχει επίσης συσχετιστεί με αυξημένες πιθανότητες για βίαιη συμπεριφορά από ασθενείς με ψύχωση (Alia-Klein et al 2007, Belli & Ural 2012, Bo et al 2011, Volavka 2013, Witt et al 2013). Πιο συγκεκριμένα οι Witt et al (2013) στη μετα ανάλυση τους ανέδειξαν πως η μη συμμόρφωση στη θεραπεία σχετίζεται σημαντικά με βίαιη συμπεριφορά (OR=2.0). Από την άλλη πλευρά, οι Fazel, Zetterqvist, Larsson, Långström & Lichtenstein (2014) βρήκαν μείωση της τάξης του 45% στα βίαια εγκλήματα από ασθενείς όταν αυτοί λαμβάνουν τη θεραπεία τους, συγκριτικά με την περίοδο που αυτοί δεν συμμορφώνονταν, όπως αναφέρθηκε και ανωτέρω. Επιπλέον, πιο πρόσφατη έρευνα κατέληξε πως η φαρμακοθεραπεία στη σχιζοφρένεια καθυστερεί σημαντικά την εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς κατά 18% μεταξύ ασθενών που αποφυλακίζονται (Igoumenou, Kallis & Coid 2015). Τέλος, οι Rezansoff et al (2017) παρακολούθησαν 11.462 παραβατικούς ασθενείς με σχιζοφρένεια για 10 χρόνια. Το ποσοστό των ασθενών που λάμβαναν τουλάχιστον το 80% της θεραπείας τους έπεφτε από 35% στις πρώτες 120 μέρες, στο 27% στις επόμενες 120 μέρες. Βρήκαν, επίσης, πως συμμόρφωση σε ποσοστό 80% συσχετίστηκε με σημαντική μείωση κινδύνου διάπραξης ενός νέου αδικήματος, όταν συγκρίθηκε με όλα τα χαμηλότερα ποσοστά συμμόρφωσης.

Στο δείγμα μας 44 από τους 78 ασθενείς (56.4%) αναφέρουν ιστορικό κατάχρησης ή εξάρτησης από αλκοόλ ή άλλες ψυχοδραστικές ουσίες. Μάλιστα, το 35.9% αναφέρει χρήση το χρονικό διάστημα πέριξ της τέλεσης του εγκλήματος, ενώ στο 25.6% η τέλεση της πράξης φαίνεται να σχετίζεται με ψυχοτρόπες ουσίες. Πιο αναλυτικά, 43 ασθενείς αναφέρουν ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από αλκοόλ (55.1% του δείγματος), από τους οποίους οι 23 (53.5%) αναφέρουν τακτική χρήση. Τακτική χρήσης κάνναβης έκανε το 29.5% των ασθενών (N=23).

Από τη βιβλιογραφία, οι Hayes et al (2013) βρήκαν συννοσηρότητα με διαταραχή χρήσης ουσιών σε 102 από τους 197 ασθενείς του δείγματος τους στη Νέα Νότια Ουαλία (51.8%), ενώ και οι Almeida et al (2010) αναφέρουν ιστορικό εξάρτησης στο 43.3% των ακαταλόγιστων ασθενών με σχιζοφρένεια

στην Πορτογαλία. Στο δικό τους δείγμα ακαταλόγιστων ασθενών οι Nielssen, Yee, Millard & Large (2011) βρήκαν διαταραχή χρήσης ουσιών στο 34% των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, το 45% ανέφερε χρήση κάνναβης, το 31% χρήση διεγερτικών, το 38% κατάχρηση αλκοόλ και το 22% χρήση άλλων ουσιών. Αλλά και οι Nielssen, Westmore, Large & Hayes (2007) αναφέρουν πολύ υψηλό ποσοστό κατάχρησης ουσιών (80% των ανδρών και 41% των γυναικών). Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες ουσίες ήταν κάνναβη (59%), αμφεταμίνη (26%) και αλκοόλ (23%). Άλλες ουσίες που αναφέρθηκαν ήταν παραισθησιογόνα, βενζοδιαζεπίνες και ηρωίνη. 35% βρίσκονταν σε τοξίκωση τη στιγμή της ανθρωποκτονίας.

Η κατάχρηση ουσιών έχει βρεθεί από παλαιότερα ότι σχετίζεται με αυξημένη βία σε ψυχιατρικούς ασθενείς γενικά (Steadman et al 1998). Η Witt et al (2013) ανέδειξε πιο πρόσφατα τη σοβαρότητα της χρήσης ως παράγοντα που αυξάνει την εκδήλωση βίας στην ψύχωση. Πιο συγκεκριμένα, απέδειξε πως η βία σχετίζεται πολύ ισχυρά με ιστορικό πολυχρήσης (OR=10.3), ισχυρά με συννοσηρότητα με διαταραχή χρήσης ουσιών (OR=3.1) και πρόσφατη χρήση (OR=2.9), μετρίως με ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ (OR=2.3), ιστορικό κατάχρησης ουσιών (OR = 2.2), ιστορικό πρόσφατης κατάχρησης αλκοόλ (OR = 2.2), και πρόσφατη κατάχρηση ουσιών (OR = 2.1). Το εύρημα αυτό ως προς τη χρήση ουσιών και την αύξηση της παραβατικότητας επιβεβαιώθηκε και από προγενέστερες μελέτες (Fazel 2010).

Ειδικά όσον αφορά την κατάχρηση αλκοόλ, είναι γενικά αποδεκτό πως σχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά βίας είτε σε ασθενείς με σοβαρή ψυχική διαταραχή είτε σε άτομα χωρίς (Swanson et al 1990, Arsenault et al 2000). Οι McMahon et al (2003) μελέτησαν την υπερκατανάλωση αλκοόλ από ασθενείς τους 12 μήνες πριν το αδίκημα για το οποίο νοσηλεύονταν σε ψυχιατρικά νοσοκομεία υψηλής ασφαλείας το χρονικό διάστημα 1975-1999. 19% των ασθενών ανέφεραν υπερκατανάλωση αλκοόλ και χρήση παράνομων ουσιών κι επιπλέον 20% ανέφερε υπερκατανάλωση αλκοόλ μόνο. Πιο συχνά οι άνδρες φάνηκε να υπερκαταναλώνουν αλκοόλ συγκριτικά με τις γυναίκες, σε περίπου διπλάσιο ποσοστό.

Τα ευρήματα από τη μελέτη του δείγματός μας σε συνδυασμό συμφωνούν και ενισχύουν τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας και συνηγορούν υπέρ της έγκαιρης παρέμβασης και αντιμετώπισης της χρήσης σε ασθενείς με διαταραχές του ψυχωτικού φάσματος, που μπορεί να μειώσει και την επικινδυνότητα στην ομάδα αυτή των ασθενών.

Από την έρευνα μας προέκυψε ότι το 42.3% των συμμετεχόντων είχε συγγενείς με ιστορικό ψυχιατρικής νόσου, ενώ 1 στους 3 δήλωσε ότι είχε συγγενείς πρώτου βαθμού με ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες. Μόλις 6,4% των μελών του δείγματος δήλωσε την ύπαρξη

συγγενούς με ιστορικό εγκληματικής / παραβατικής συμπεριφοράς και το 11.5% του συνόλου είχε οικογενειακό ιστορικό αυτοκαταστροφικής ή ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς.

Τα ευρήματά μας είναι σε συμφωνία με αυτά των Muller-Isberner et al (2000) σε ψυχιατροδικαστικό πληθυσμό στη Γερμανία, οι οποίοι βρήκαν υψηλό ποσοστό εγκληματικότητας (11%), βίας (31%) και κατάχρησης αλκοόλ (36%) στο οικογενειακό τους ιστορικό. Στη μετα ανάλυση των Witt et al (2013) βρέθηκε πως το οικογενειακό ιστορικό εγκληματικότητας, καθώς και το οικογενειακό ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς (OR=1.8 και OR=1.6 αντιστοίχως). Συνεπώς, τα ευρήματά μας συμφωνούν και ενισχύουν την υπάρχουσα βιβλιογραφία και αναδεικνύουν τόσο τη γενετική επιβάρυνση των ασθενών μας, όσο και τις δυσμενείς συνθήκες κάτω από τις οποίες πιθανώς μεγάλωσαν στις πατρικές τους οικογένειες.

Στο δείγμα μας ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών εμφάνιζε ετερο-καταστροφικότητα (επιθετικότητα) πριν το αδίκημα (74,4%). Το ποσοστό αυτό μειώθηκε σημαντικά μετά τη νοσηλεία στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής μετά την εφαρμογή φαρμακευτικών και ψυχολογικών θεραπειών και ανέρχεται στο 17.9%. Αντιστοίχως, η αυτο-καταστροφικότητα όπως εκδηλώνεται με την απόπειρα αυτοκτονίας μειώθηκε από 33.3% πριν το αδίκημα σε 21.8% μετά το αδίκημα.

Όσον αφορά την ετεροκαταστροφικότητα, από τη βιβλιογραφία έχει παρατηρηθεί πως οι περισσότεροι ασθενείς έχουν ιστορικό καταστροφικής ή βίαιης συμπεριφοράς πριν τη διάπραξη του αδικήματος για το οποίο νοσηλεύονται (Amore et al 2008, Large et al 2011, Fazel et al 2010).

Μετά τη θεραπεία το ποσοστό καταστροφικής συμπεριφοράς μειώνεται σημαντικά, εύρημα που συμφωνεί με τη βιβλιογραφία. Οι Langeveld et al (2014) βρήκαν πως το ποσοστό εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς σε δείγμα 178 ασθενών που παρακολουθήθηκαν για 10 χρόνια ήταν 15%. Αυτό το ποσοστό ήταν λιγότερο από το μισό που είχε αναφερθεί προηγουμένως μεταξύ ασθενών σε ΠΕΨ πριν από την έναρξη της θεραπείας (Large & Nielssen 2011). Βέβαια, όπως έχουν δείξει προηγούμενες μελέτες, ο κίνδυνος εκδήλωσης βίας μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας, οπότε η γήρανση μπορεί να θεωρηθεί μέρος της εξήγησης. Ωστόσο, οι συγγραφείς θεωρούν πως η ηλικία δεν αρκεί ως εξήγηση του συγκεκριμένου ευρήματος. Το συνολικά χαμηλό επίπεδο βίας σε αυτό το δείγμα που παρακολουθήθηκε για 10 χρόνια μπορεί να αντικατοπτρίζει τη λήψη επαρκούς θεραπείας κατά την περίοδο παρακολούθησης, διότι φαίνεται πως οι ασθενείς στους οποίους δεν επιτεύχθηκε ύφεση της συμπτωματολογίας υπεραντιπροσωπεύονταν σαφώς μεταξύ των ατόμων με συνεχιζόμενη βίαιη συμπεριφορά. Ωστόσο, οι βίαιοι ασθενείς είχαν σε αυτή τη δεκαετία εισαγωγές σε νοσοκομεία για σημαντικά μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα. Έτσι, αν και αυτά τα άτομα είχαν λιγότερες ευκαιρίες να εκδηλώσουν βίαια συμπεριφορά, συμμετείχαν σε πιο βίαιες πράξεις.

Οι ασθενείς του δείγματός μας εκδηλώνουν συχνά και αυτο-καταστροφική συμπεριφορά, γεγονός που συμφωνεί με τα δεδομένα από τη βιβλιογραφία. Ήδη από το 1977 ο Miles, αφού ανασκόπησε 34 μελέτες παρατήρησης ασθενών με σχιζοφρένεια, υπολόγισε ότι 10% των ασθενών αυτοκτονούν. Επίσης οι Palmer, Pankratz & Bostwick (2005) βρήκαν πως το 4.9% των ασθενών αυτοκτονούν, συνήθως στην αρχή της νόσου. Βρήκαν, επίσης, πως όταν οι ασθενείς παρατηρούνται από την αρχική εκδήλωση της νόσου ή την πρώτη νοσηλεία, το ποσοστό αυτών που αυτοκτονούν μεταξύ των συνόλου των θανόντων είναι 5,6%, ενώ στις μελέτες όπου οι ασθενείς που καταχωρούνται βρίσκονται σε διάφορα στάδια της νόσου, το ποσοστό αυτό είναι μόλις 1.8%, αναδεικνύοντας την αυξημένη πιθανότητα αυτοκτονίας στην αρχή της νόσου σε σύγκριση με την πορεία.

Στο δείγμα μας τα ποσοστά απόπειρας αυτοκτονίας συνολικά, τόσο πριν όσο και μετά τη θεραπεία, είναι σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, όπως βρέθηκε σε πολύ πρόσφατη μετα ανάλυση από τους Lu, Dong, Zhang et al (2019), οι οποίοι υπολόγισαν πως 26,8% των ασθενών με σχιζοφρένεια αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν.

Σημαντικό ποσοστό των ασθενών του δείγματος αναφέρουν ιστορικό θυματοποίησης (40%), κυρίως σωματικής ή σεξουαλικής (37%), και λιγότερο συχνά του τύπου του σχολικού εκφοβισμού (14%).

Ειδικότερα όσον αφορά στον σχολικό εκφοβισμό στην Ελλάδα, το αναφερόμενο ποσοστό του δείγματός μας είναι παρόμοιο με αυτό στον γενικό πληθυσμό. Το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής σε δημοσίευμα το 2013 αναφέρει ότι το 10-15% των Ελλήνων μαθητών έχουν υποστεί bullying, δηλαδή φαρμακερά σχόλια για την εξωτερική εμφάνιση, άσεμνες χειρονομίες, διάδοση κακόβουλων φημών με σκοπό τη διαπόμπευση, αλλά και απειλές μέσω Facebook κ.ά. Αντίστοιχα, τα δεδομένα για το 2018 ανέδειξαν πως το 18,5% των αγοριών και το 19,7% των κοριτσιών μεταξύ των εφήβων στην Ελλάδα έχουν υποστεί εκφοβισμό (ΕΠΙΨΥ 2018).

Διεθνείς μελέτες, ωστόσο, αναδεικνύουν μεγαλύτερα ποσοστά θυματοποίησης μέσω σχολικού εκφοβισμού στην κοινότητα, αλλά και τη σχέση του σχολικού εκφοβισμού με ψυχιατρικές διαταραχές στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή. Ειδικότερα, οι Radford et al (2013) βρήκαν πως το 25% των παιδιών στο Ηνωμένο Βασίλειο είχαν υποστεί bullying από συνομήλικους κατά τα χρόνια της φοίτησής τους στο σχολείο. Επίσης, οι Arsenault et al (2010) βρήκαν πως ιστορικό σχολικού εκφοβισμού σχετίζεται με ένα μεγάλο φάσμα ψυχιατρικών διαταραχών στην εφηβεία. Τέλος, οι Trotta et al (2013) βρήκαν πως ασθενείς με ψύχωση δήλωναν διπλάσια ποσοστά bullying όταν συγκρίνονταν με υγιείς μάρτυρες στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Παρόλο που διεθνείς μελέτες αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά σχολικού εκφοβισμού σε ασθενείς που μετέπειτα εκδηλώνουν ψύχωση, στην Ελλάδα φαίνεται πως τα ποσοστά αυτά είναι μικρότερα τόσο

για τον γενικό πληθυσμό, όσο και για τους ασθενείς με ψύχωση, είτε λόγω μη συστηματικής καταγραφής, είτε λόγω παραγνώρισης του φαινομένου. Μια άλλη πιθανή εξήγηση θα μπορούσε να είναι η πραγματικά μικρότερη εμφάνιση λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών στον ελλαδικό χώρο, εννοώντας κυρίως τη λειτουργία της οικογένειας και των στενών σχέσεων που αναπτύσσουν οι οικογένειες μιας περιοχής μεταξύ τους.

Γενικότερα, η θυματοποίηση είναι πιο συχνή σε παιδιά που αναπτύσσουν σχιζοφρένεια και σε ενήλικες με σχιζοφρένεια σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (Varese, Smeets, Drukker et al 2012). Το τραύμα στην παιδική ηλικία, συμπεριλαμβανομένου του ανεπαρκούς δεσμού με έναν γονιό, επηρεάζει τα συστήματα ρύθμισης του στρες και την εγκεφαλική δομή και λειτουργία, οδηγώντας σε αυξημένη ευαλωτότητα στο στρες για το υπόλοιπο της ζωής (Pruessner, Cullen, Aas & Walker 2017).

Οι Hodgins et al (2009) εξάλλου, αφού μελέτησαν 225 άνδρες με σχιζοφρένεια ή σχιζοσυναισθηματική διαταραχή ως προς το ιστορικό θυματοποίησης και ως προς τη λειτουργικότητα, κατέληξαν πως είναι επιτακτική ανάγκη η αξιολόγηση της θυματοποίησης και η έγκαιρη παρέμβαση προκειμένου να βελτιωθεί η ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα. Με αυτόν τον τρόπο ανέδειξαν την ουσιαστική επίδραση της θυματοποίησης στην αποκατάσταση των ασθενών με σχιζοφρένεια.

Ειδικότερα για τους ακαταλόγιστους ασθενείς που διαπράττουν αδικήματα, προκύπτει από τη διεθνή βιβλιογραφία πως συχνά έχουν ιστορικό κακοποίησης στην παιδική ηλικία (Maas, Herrenkohl & Sousa 2008, Malvaso, Delfabbro & Day 2016, Fitton, Yu & Fazel 2018). Επίσης, στη μελέτη τους οι Nielssen, Yee, Millard & Large (2011) βρήκαν πως οι 272 ακαταλόγιστοι ασθενείς του δείγματός τους είχαν ιστορικό θυματοποίησης ή παραμέλησης σε ποσοστό 15%.

Σε πρόσφατη μελέτη τους οι Sariaslan, Lichtenstein, Larsson & Fazel (2016) βρήκαν πως η θυματοποίηση (και δυσάρεστα στρεσογόνα γεγονότα) μπορεί να οδηγήσει τους ασθενείς με σχιζοφρένεια σε εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς, και μάλιστα συχνότερα αν συγκριθούν με ασθενείς με διπολική διαταραχή ή με άτομα χωρίς ψυχιατρική διαταραχή.

Συμπερασματικά, θα μπορούσε κανείς να πει πως οι ασθενείς θα πρέπει να ενθαρρύνονται να αποκαλύπτουν περιστατικά κακοποίησης στους θεραπευτές και να εκπαιδευτούν στην επίλυση διαφορών χωρίς σωματική βία, προκειμένου να μειωθεί η εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς που συχνά ακολουθεί την έκθεση σε βία. Στόχος σε αυτή την περίπτωση είναι όχι η πρόβλεψη, αλλά η πρόληψη της βίαιης συμπεριφοράς στη σχιζοφρένεια.

Μεγάλο ποσοστό (38.5%) ανέφερε ιστορικό διαταραχής συμπεριφοράς/ διαγωγής πριν την ηλικία των 15 ετών. Από τη βιβλιογραφία προκύπτει πως συχνά οι ακαταλόγιστοι ασθενείς έχουν ιστορικό

διαταραχής συμπεριφοράς/ διαγωγής (Hodgins, Piatosa & Schiffer 2014, Hodgins & Klein 2017). Πιο συγκεκριμένα οι Hodgins, Piatosa & Schiffer (2014) βρήκαν πως μεταξύ 20 και 40% των ασθενών με σχιζοφρένεια εμφανίζουν διαταραχή διαγωγής πριν την ηλικία των 15 ετών, όπως έχει αναφερθεί και ανωτέρω. Αυτοί οι ασθενείς με διαταραχή διαγωγής που αργότερα εμφανίζουν σχιζοφρένεια είναι υπεύθυνοι για τα περισσότερα αδικήματα που διαπράττονται από ασθενείς με σχιζοφρένεια. Συνεπώς το εύρημα ότι σχεδόν 40% των ασθενών του δείγματός μας έχουν ιστορικό διαταραχής συμπεριφοράς/διαγωγής είναι σύμφωνο με τη βιβλιογραφία και αναδεικνύει την αναγκαιότητα έγκαιρης παρέμβασης στην ομάδα αυτή των ασθενών από τη νεαρή ηλικία.

Σε ποσοστό 53% (N=41) οι ασθενείς του δείγματός μας ανέφεραν πως βίωσαν στρεσογόνα γεγονότα τους τελευταίους 24 μήνες πριν τη διάπραξη του αδικήματος. Στις περισσότερες περιπτώσεις το στρεσογόνο γεγονός αφορούσε την απώλεια στενού οικογενειακού μέλους (N=18, 44%). Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τα δεδομένα από τη βιβλιογραφία, όπου πρόσφατα το πένθος ταυτοποιήθηκε ως παράγοντας που πυροδοτεί βίαιη συμπεριφορά κι εγκληματικότητα μεταξύ των ασθενών με σχιζοφρένεια (Sariaslan, Lichtenstein, Larsson & Fazel 2016), πιθανόν μέσω της επιδείνωσης της ψυχοπαθολογίας που οδηγεί σε βίαιη συμπεριφορά (Volavka 2016).

Το μέσο που χρησιμοποιήθηκε συχνότερα ήταν ένα αιχμηρό αντικείμενο, συνήθως μαχαίρι, κυρίως επειδή είναι εύκολα προσβάσιμο, αλλά κι επειδή οι ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι πιθανό να κρατούν μαχαίρι ως αποτέλεσμα της ανάγκης που νιώθουν για προστασία λόγω των παραληρητικών ιδεών δίωξης (Joyal et al 2004). Τα ευρήματά μας είναι σύμφωνα με τη βιβλιογραφία. Ειδικότερα, οι Minero, Barker & Bedford (2017), αφού ανασκόπησαν προηγούμενες μελέτες που ανέλυαν την ανθρωποκτονική συμπεριφορά ψυχιατρικών ασθενών, εντόπισαν ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της σχιζοφρένειας/ παραληρητικής διαταραχής και της χρήση αιχμηρών εργαλείων. Η συσχέτιση αυτή επιβεβαίωσε ευρήματα προηγούμενων μελετών που πρότειναν πως μέθοδοι ανθρωποκτονίας με στενή επαφή, όπως το να μαχαιρώσει κανείς τον άλλον, χρησιμοποιούνται συχνά στη θανατηφόρο επίθεση εναντίον μελών της οικογένειας (Appleby et al 2006). Αλλά και οι Nielssen, Yee, Millard & Large (2011) βρήκαν πως οι ακαταλόγιστοι ασθενείς του δείγματός τους χρησιμοποίησαν μαχαίρι ως μέσο σε ποσοστό 52%. Περίπου 20% των ασθενών που διαπράττουν αδικήματα χρησιμοποιούν ένα αμβλύ αντικείμενο στην Αγγλία και την Ουαλία (Menezes et al 2007), εύρημα που συμφωνεί με παλαιότερη μελέτη (Buchan 1978). Στην Αμερική αντιστοίχως, λόγω των υψηλών ποσοστών οπλοφορίας, η χρήση πυροβόλων όπλων είναι πιο συνηθισμένη.

Οι Nielssen, Westmore, Large & Hayes (2007) σε δείγμα από 88 ακαταλόγιστους ψυχωτικούς παραβάτες που διέπραξαν ανθρωποκτονία βρήκαν πως η πιο κοινή μέθοδος ανθρωποκτονίας ήταν το

μαχαίρωμα, προκαλώντας το 60% των θανάτων, ακολουθούμενο από χτυπήματα (17%), στραγγαλισμό, ασφυξία ή πνιγμό (11%) και καύση ή εγκαύματα (7%). Μόνο τέσσερα άτομα (5%) χρησιμοποίησαν πυροβόλα όπλα, δύο από τα οποία είχαν πολλά θύματα.

Τα αδικήματα που διαπράχθηκαν από τους ασθενείς του δείγματος μας είναι συχνότερα ανθρωποκτονία και απόπειρα ανθρωποκτονίας (67.9%). Ωστόσο, αυτό το ποσοστό ανθρωποκτονιών είναι υψηλότερο συγκριτικά με άλλες χώρες. Οι Hayes H et al (2013) βρήκαν πως οι ανθρωποκτονίες αποτελούν το 28.9% των αδικημάτων στο δείγμα τους στη Νέα Νότια Ουαλία, ενώ οι Menezes et al (2007) βρήκαν το αντίστοιχο ποσοστό να είναι 20% στην Αγγλία και την Ουαλία. Οι ανθρωποκτονίες αντιπροσώπευαν το 28% των αδικημάτων στη Γερμανία, όπως έδειξαν οι Muller-Isberner et al (2000). Αντιθέτως, οι Nielssen, Yee, Millard & Large (2011) βρήκαν πως το ποσοστό των ανθρωποκτονιών μεταξύ των αδικημάτων για το οποίο κρίθηκαν ακαταλόγιστοι οι ασθενείς του δείγματός τους ήταν 52%.

Το αυξημένο ποσοστό ανθρωποκτονιών στο δείγμα μας μπορεί να αποδοθεί στην υπόθεση ότι η υπεράσπιση ή ο εισαγγελέας ζητούν συχνότερα ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη στα σοβαρά αδικήματα ή στο ότι πιθανόν οι ασθενείς που διαπράττουν βαρύτερα αδικήματα κρίνονται συχνότερα ακαταλόγιστοι λόγω ψυχικής διαταραχής. Μια άλλη πιθανή εξήγηση μπορεί να είναι το γεγονός ότι ασθενείς με σοβαρή ψυχική διαταραχή μπορεί να αντιμετωπίζονται με μεγαλύτερη ανοχή και επιείκεια από το δικαστήριο ή και οι παραβάσεις τους να μην καταλήγουν να δικάζονται και να απαλλάσσονται από την ποινή (Almeida 2007).

Γενικότερα, υπάρχουν πια αναμφισβήτητα δεδομένα από τη βιβλιογραφία ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο να εμπλακούν σε μη βίαια αδικήματα, σε πιο αυξημένο κίνδυνο για βίαια αδικήματα και ακόμη πιο αυξημένο κίνδυνο για ανθρωποκτονία σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό όπου ζουν (Hodgins, Piatosa & Schiffer 2014).

Σε ένα ποσοστό που δεν μπορεί να θεωρηθεί αμελητέο (20%) οι ασθενείς του δείγματος είχαν περισσότερα από 1 θύματα. Στο δείγμα των Nielssen, Yee, Millard & Large (2011) το αντίστοιχο ποσοστό υπολογίστηκε στο 8%. Οι Διαούρτα-Τσιτουρίδου & Τσιτουρίδης (1998) βρήκαν πως, ενώ μερικές φορές ο δράστης επιτίθεται εναντίον περισσότερων ατόμων (7.2% των περιπτώσεων), αυτό συνήθως συμβαίνει όταν τα θύματα δεν είναι μέλη της οικογένειας και η επίθεση πραγματοποιείται εκτός της οικίας. Σε αυτή την περίπτωση, η αντίδραση των θυμάτων και των παρευρισκόμενων αποτρέπει συνήθως τη θανατηφόρο έκβαση της επίθεσης. Όσον αφορά τους ασθενείς του δείγματός μας που είχαν περισσότερα θύματα δεν το έκαναν στα πλαίσια serial killing, αλλά πρόκειται για ένα επεισόδιο, που σε δυο περιπτώσεις υπήρξε χρήση πυροβόλου όπλου.

Στο δείγμα μας τα θύματα ήταν συνήθως μέλη της οικογένειας (κυρίως γονείς, αδέρφια, τέκνα, γιαγιάδες) και σύζυγοι. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τη βιβλιογραφία. Πιο συγκεκριμένα, από τη βιβλιογραφία προκύπτει πως τα περισσότερα αδικήματα διαπράττονται σε μια οικία (Steadman et al 1998, Joyal et al 2004) και τα θύματα είναι συχνά άτομα γνωστά στον ασθενή (Skipworth et al 2019, Joyal et al 2004, Tardiff, 1984, Binder & McNiel, 1986, Gondolf et al 1990, Straznickas et al 1993, Estroff et al 1998). Οι Nielssen, Yee, Millard & Large (2011) βρήκαν πως τα θύματα 272 ακαταλόγιστων ασθενών ήταν μέλη της οικογένειας (της πατρικής οικογένειας ή σύζυγος) σε ποσοστό 46%, άγνωστος σε ποσοστό 28% και τέκνο σε ποσοστό 8%.

Αυτά τα δεδομένα αναδεικνύουν την αυξημένη πιθανότητα εκδήλωσης βίαιης και ανθρωποκτονικής συμπεριφοράς μέσα στην οικογένεια, είτε λόγω των συγκρούσεων που προκύπτουν από τη συμβίωση ή την πίεση που συχνά ασκούν τα μέλη της οικογένειας στους ασθενείς για τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, όπως αναφέρουν οι ίδιοι οι ασθενείς, είτε λόγω του παραληρήματος που αναπτύσσουν οι ασθενείς, στο οποίο συχνά εμπλέκουν τα μέλη της οικογένειας, που μπορεί να είναι και οι μόνοι άνθρωποι με τους οποίους σχετίζονται.

Συνηθέστερο θύμα από τα μέλη της οικογένειας αποτελεί η μητέρα. Να σημειωθεί πως η σχέση με τη μητέρα έχει μελετηθεί συστηματικά στους ασθενείς με σχιζοφρένεια και έχουν αναδειχθεί τα προβλήματα που συχνά υπάρχουν σε αυτή τη σχέση.

Η πλειοψηφία των ασθενών του δείγματος μας δεν είχε προηγούμενη καταδίκη (74.4%). Προηγούμενες καταδίκες ανευρίσκονται στο ιστορικό αδικοπραγούντων ασθενών που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής διαταραχής (Skipworth 2006), και μάλιστα συχνότερα μεταξύ των ασθενών που διαπράττουν το αδίκημα στην πορεία της νόσου σε σχέση με αυτούς που το διαπράττουν στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο (Nielssen, Yee, Millard & Large 2011). Ειδικότερα οι Nielssen, Yee, Millard & Large (2011) βρήκαν πως 44% των ακαταλόγιστων ασθενών είχαν στο ιστορικό τους προηγούμενες καταδίκες. Αυτό το ποσοστό ήταν για τους ασθενείς σε ΠΕΨ 38% και για αυτούς στην πορεία της νόσου 49%. Αυτή η διαφορά βρέθηκε στατιστικά σημαντική (p=0.049).

Το ποσοστό ιστορικού προηγούμενης καταδίκης είναι σημαντικά χαμηλότερο στο δείγμα μας (25.6%), εύρημα που πιθανώς εξηγείται από τη μη ποινική δίωξη ασθενών που διαπράττουν αδικήματα, όταν είναι γνωστό ή προφανές το ψυχιατρικό τους πρόβλημα. Επίσης, όταν η επιθετική συμπεριφορά εκδηλώνεται μέσα στην οικογένεια, συχνά δεν απαγγέλλονται κατηγορίες, καθώς η οικογένεια επιδιώκει μάλλον μια ακούσια νοσηλεία, παρά τη φυλάκιση ή τον εγκλεισμό.

Αποτελεί σημαντικό εύρημα το γεγονός ότι οι μισοί ασθενείς του δείγματός μας έχουν εισαχθεί στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής σύμφωνα με το άρθρο 69ΠΚ με Βούλευμα του Συμβουλίου Πλημμελειοδικών του τόπου διαμονής του ασθενούς.

Τα δικαστικά συμβούλια σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία είναι τριμελή. Προτού αποφανθεί το δικαστικό συμβούλιο, υποβάλει την πρότασή του σε αυτό ο Εισαγγελέας Πρωτοδικών (ή ο Εισαγγελέας Εφετών αν πρόκειται για Συμβούλιο Εφετών), όπως συμβαίνει και στις ποινικές Δίκες, πρόταση η οποία όμως δεν είναι δεσμευτική για τους Δικαστές που θα εκδώσουν το βούλευμα. Το βούλευμα είναι μία δικαστική κρίση στην πραγματικότητα, κι όχι δικαστική απόφαση, διότι τα Δικαστικά Συμβούλια συνεδριάζουν μυστικά, και όχι δημόσια, όπως απαιτείται για να εκδοθεί μία δικαστική απόφαση. Επίσης, αποφασίζουν ερήμην του κατηγορούμενου. Βουλεύματα εκδίδονται μόνον στις ποινικές διαδικασίες στο προπαρασκευαστικό στάδιο της δίκης. Συνήθης περίπτωση έκδοσης βουλεύματος είναι, όταν με βάση το υλικό που έχει συγκεντρωθεί, το Συμβούλιο αποφαίνεται για το κατά πόσον θα πρέπει ο κατηγορούμενος να παραπεμφθεί σε δίκη ή όχι, οπότε πρόκειται για παραπεμπτικό ή απαλλακτικό βούλευμα, αντίστοιχα, ανάλογα με το αν υπάρχουν ενδείξεις ενοχής ή όχι. Έτσι, στην περίπτωση των ασθενών όπου υπάρχουν αρκετά στοιχεία ότι ο δράστης του εγκλήματος πάσχει από σοβαρή ψυχιατρική πάθηση, το Συμβούλιο Πλημμελειοδικών μπορούσε να αποφανθεί να μην αποδοθούν κατηγορίες, αλλά να εφαρμοστεί το άρθρο 69ΠΚ, και να του επιβληθεί το μέτρο ασφαλείας με τον προηγούμενο ποινικό κώδικα ή το μέτρο θεραπείας με την εφαρμογή του ν.4509/2017.

Τα ανωτέρω πρακτικά σημαίνουν ότι οι ασθενείς δεν παρίστανται και δεν εκπροσωπούνται στο Συμβούλιο, και συχνά δηλώνουν όταν ερωτώνται ότι δεν υπήρξε δίκη. Επιπλέον με το προηγούμενο νομικό καθεστώς, δεδομένου ότι σύμφωνα με το άρθρο 69ΠΚ ο δράστης απαλλασσόταν από την κατηγορία και εκδιδόταν απόφαση αθωωτική, δεν μπορούσε να ασκήσει έφεση. Με τον ν.4509/2017 είναι υποχρεωτική η διαδικασία στο ακροατήριο, προκειμένου να αποφασισθεί αν ο κατηγορούμενος είχε καταλογισμό ή όχι, και διατηρεί το δικαίωμα έφεσης επί της απόφασης, όποια κι αν είναι αυτή.

Το μικρό ποσοστό των αποφάσεων Εφετείου ενδεχομένως να αντικατοπτρίζει το γεγονός ότι συχνά οι ασθενείς αυτοί δεν έχουν τη δυνατότητα να εκπροσωπηθούν στο δικαστήριο και να διεκδικήσουν σε δικαστήριο δεύτερου βαθμού να κριθούν ακαταλόγιστοι ή όχι. Συχνά οι ασθενείς εκπροσωπούνται από συνηγόρους που ορίζονται αυτεπαγγέλτως ή απευθυνόμενοι στη Νομική Βοήθεια, δεδομένου ότι συχνά δεν έχουν πόρους και τα θύματά τους είναι οι φροντιστές τους.

Δ. 1.2 Περιγραφή του δείγματος σχετικά με την Ψυχοπαθολογία – Εκτίμηση με την κλίμακα PANSS

Η μέση βαθμολογία στη θετική υποκλίμακα της PANSS ήταν 31.06 (±6.15), αποτέλεσμα που υποδηλώνει τη σοβαρότητα της θετικής συμπτωματολογίας των ασθενών του δείγματος. Το συνολικό σκορ στην PANSS ήταν 109.69 (±19.48) κατά μέσο όρο. Κατά τους Leucht, Kane, Kissling, Hamann, Etschel & Engel (2005) οι συμμετέχοντες στη μελέτη μας κατατάσσονται σύμφωνα με αυτό το εύρημα στους εμφανώς προς σοβαρά ασθενείς (markedly to severely ill). Τα λήμματα P1 (παραληρητικές ιδέες), P6 (καχυποψία/ ιδέες δίωξης) και P7 (εχθρότητα) είχαν την υψηλότερη βαθμολογία (6.3±1.1, 6.1±1.2, 6±1.5 αντίστοιχα), αναδεικνύοντας το γεγονός ότι οι ασθενείς του δείγματος είχαν παραληρητικές ιδέες, ήταν καχύποπτοι ή ένιωθαν ότι διώκονται κατά τη διάπραξη του αδικήματος και εκδήλωναν σοβαρή εχθρικότητα.

Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με τη βιβλιογραφία που υπογραμμίζει τον ρόλο των παραληρητικών ιδεών και των ιδεών δίωξης στην εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς από παραβατικούς ασθενείς (Joyal et al 2004, Swanson et al 1996). Οι Swanson et al (2006) ανέδειξαν την ισχυρή συσχέτιση της θετικής συμπτωματολογίας, και ειδικότερα της εχθρικότητας, της καχυποψίας, της ψευδαισθητικής συμπεριφοράς, των ιδεών μεγαλείου και της διέγερσης, με την εκδήλωση σοβαρής βίας. Οι συγγραφείς σχολιάζουν περαιτέρω πως η επίδραση της θετικής συμπτωματολογίας στην εκδήλωση σοβαρής βίας παρουσιάζεται όταν τα αρνητικά συμπτώματα είναι σχετικά ήπια, όπως και στο δικό μας δείγμα, όπου η αρνητική υποκλίμακα κατά μέσο όρο στο σύνολο του δείγματος κατά τη διάπραξη του αδικήματος ήταν 24.65 (εύρος βαθμολογίας κλίμακας 10-40).

Η Hodgins (2017) σε δημοσίευσή της σχετικά με τους τρόπους που οδηγείται ένας ασθενής με σχιζοφρένεια στην επιθετική συμπεριφορά, υποθέτει ότι μία οδός είναι η επιθετική συμπεριφορά να είναι απάντηση στη θετική συμπτωματολογία (Hodgins, Piatosa & Shiffer 2014), αντικατοπτρίζοντας μια αύξηση στην σύνθεση ντοπαμίνης που οδηγεί σε απορρύθμιση του στρες (Pruessner, Cullen, Aas, Walker 2017). Όταν τα θετικά συμπτώματα επιδεινώνονται, μεγάλο ποσοστό ασθενών εκδηλώνουν επιθετική συμπεριφορά (Krakowski, Czobor 2004). Μετά από λίγες μέρες λήψης αντιψυχωτικής αγωγής, η επιθετική συμπεριφορά μειώνεται. Κατά την οξεία φάση, μόνον η θετική συμπτωματολογία (Hodgins &Riaz 2011) και η αποδιοργάνωση φαίνεται να σχετίζονται με επιθετική συμπεριφορά.

Τέλος, όπως έχει δειχθεί και ανωτέρω, μεταξύ ανδρών ασθενών 3 συγκεκριμένες παραληρητικές ιδέες, όπως ότι τον κατασκοπεύουν, τον διώκουν και συνωμοτούν εναντίον του, όταν συνοδεύονται από θυμό, βρέθηκε να σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για βία (Coid, Ullrich, Kallis et al 2013).

Ομοίως οι Nielssen, Yee, Millard & Large (2011) βρήκαν πως παραληρητικές ιδέες υπήρχαν στο 97% των ασθενών του δείγματός τους, οι οποίες στο 60% αφορούσαν την πεποίθηση ότι το θύμα αποτελούσε απειλή για τον ασθενή-δράστη. Ωστόσο οι συγγραφείς κατέγραψαν σε υψηλό ποσοστό (79%) και την παρουσία ακουστικών ψευδαισθήσεων στο δείγμα τους, οι οποίες σε ποσοστό 32% οδήγησαν στην εκδήλωση βίας.

Παρόμοια με τη δική μας έρευνα είναι και τα ευρήματα από Ελληνική μελέτη που περιλάμβανε ακαταλόγιστους ασθενείς (N=72) από την Αθήνα (Ntounas et al 2018), όπου οι μέσες βαθμολογίες στα λήμματα P1 και P6 ήταν σημαντικά υψηλές (6.8±0.5 και 6.2±1.2 αντίστοιχα).

Λαμβάνοντας αυτά τα ευρήματα υπόψη, μπορεί κανείς να υποθέσει ότι η επιθετική συμπεριφορά επηρεάζεται από ψυχωτικά συμπτώματα, και κυρίως παραληρητικές ιδέες και όχι ψευδαισθήσεις, υπόθεση που συμφωνεί με τα δεδομένα από τη βιβλιογραφία (Joyal et al 2004, Taylor 1985, Junginger et al 1998). Θα πρέπει κανείς να επισημάνει επιπλέον πως στο δείγμα μας το λήμμα με την αμέσως υψηλότερη βαθμολογία (5.79±1.35) ήταν το G14 (διαταραχή ελέγχου παρορμήσεων), γεγονός που αναδεικνύει τη θεωρία του threat-control override.

Δεν μπορεί πάντως να μην σχολιαστεί ότι ήταν αναμενόμενο το εύρημα της υψηλής βαθμολογίας στο λήμμα «Παραληρητικές ιδέες» και «Καχυποψία/Ιδέες δίωξης», καθώς ένα από τα προ απαιτούμενα για να χαρακτηριστεί κανείς ακαταλόγιστος είναι να έχει επηρεαστεί ο τρόπος που σκέφτεται, η λογική του. Αυτό σε ιατρικούς όρους μεταφράζεται στην παρουσία πεποιθήσεων παραληρητικού χαρακτήρα.

Δ. 1.3 Περιγραφή του δείγματος σχετικά με την Ψυχοπαθολογία – Εκτίμηση με τα ερωτηματολόγια Aggression και HDHQ

Η βαθμολογία που συγκέντρωσαν οι ασθενείς του δείγματος στο ερωτηματολόγιο Aggression ήταν κατά μέσο όρο 69.29 μονάδες. Η βαθμολογία αυτή κρίνεται χαμηλότερη ακόμη και από τη βαθμολογία δείγματος από τον γενικό πληθυσμό, όπως υπολογίστηκε σε μελέτη των Vitoratou et al (2009) στις 75.41 μονάδες. Πιο ειδικά, σε δείγμα πληθυσμού υγιών μαρτύρων, οι μέσες βαθμολογίες στις επιμέρους διαστάσεις του ερωτηματολογίου ήταν: «Σωματική επιθετικότητα» 20.01 μονάδες (έναντι 19.08 μονάδων στο δείγμα μας), «Λεκτική επιθετικότητα» 14.18 μονάδες (έναντι 12.87 μονάδων στο δείγμα μας), «Θυμός» 20.73 μονάδες (έναντι 14.44 μονάδων στο δείγμα μας) , «Εχθρικότητα» 20.49 μονάδες (έναντι 22.91 μονάδων στο δείγμα μας). Στην ίδια μελέτη αλλά σε δείγμα εξαρτημένων που αντιμετωπίζονταν από τον O.KA.NA. οι βαθμολογίες ήταν: «Σωματική επιθετικότητα» 26.55 μονάδες, «Λεκτική επιθετικότητα» 15.50 μονάδες, «Θυμός» 22.99 μονάδες, «Εχθρικότητα» 24.07 μονάδες. Η μέση συνολική βαθμολογία ήταν 89.12 μονάδες. Οι Ntounas et al (2018) σε μελέτη τους

με αντίστοιχο με το δικό μας δείγμα ψυχιατροδικαστικού πληθυσμού από το ΨΝΑ βρήκαν μέση βαθμολογία στις επιμέρους διαστάσεις ως εξής: «Σωματική επιθετικότητα» 24.3 μονάδες, «Λεκτική επιθετικότητα» 15.3 μονάδες, «Θυμός» 18.8 μονάδες , «Εχθρικότητα» 24.2 μονάδες.

Από τα ανωτέρω προκύπτει πως οι ακαταλόγιστοι ασθενείς του Τμήματος Ψυχιατροδικαστικής φαίνεται να έχουν χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους ακαταλόγιστους ασθενείς από το ΨΝΑ, αλλά και από τους υγιείς μάρτυρες από τον γενικό πληθυσμό. Το εύρημα αυτό μπορεί να εξηγηθεί ενδεχομένως από την προσπάθεια των ασθενών να παρουσιάσουν καλύτερη εικόνα στην ερευνήτρια, προσδοκώντας ευνοϊκότερη αντιμετώπιση, δεδομένης της υπάρχουσας θεραπευτικής σχέσης. Μπορεί όμως επίσης να αποδοθεί και στο ότι οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις στο τμήμα έχουν αποδώσει αποτελέσματα, δεδομένου ότι είναι στοχευμένες και μακροχρόνιες. Να σημειωθεί ότι οι ακαταλόγιστοι ασθενείς στο ΨΝΘ νοσηλεύονται σε ένα ειδικό τμήμα, ενώ στο Δαφνί είναι μοιρασμένοι στα διάφορα Τμήματα Εισαγωγών και το γεγονός ότι οι ασθενείς του Τμήματος Ψυχιατροδικαστικής φροντίζονται από την ίδια θεραπευτική ομάδα και υπάρχει συνέχεια της φροντίδας, κάτι που δεν ισχύει για τους ακαταλόγιστους ασθενείς στο ΨΝΑ, αφού νοσηλεύονται σε διάφορα τμήματα.

Όσον αφορά στην κλίμακα Εχθρικότητας HDHQ, σε δείγμα Ελλήνων κρατουμένων (Αποστολόπουλος 2018, διδακτορική διατριβή) η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Εκδραματιζόμενη εχθρικότητα» ήταν 7.23 μονάδες (έναντι 4.45 μονάδων στο δικό μας δείγμα), στη διάσταση «Κριτική άλλων» ήταν 7.38 μονάδες (έναντι 6.45 μονάδων), στη διάσταση «Παραληρητική εχθρικότητα» ήταν 4.09 μονάδες (έναντι 4.60 μονάδων) και στη διάσταση «Αυτοκριτική» ήταν 2.71 μονάδες (έναντι 4.78 μονάδων). Επίσης, η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Ενοχή» ήταν 2.15 μονάδες (έναντι 3.47 μονάδων), στη διάσταση «Κατεύθυνση εχθρικότητας» ήταν -9.72 μονάδες (έναντι -2.5 μονάδων), στη διάσταση «Εσωστρεφόμενη εχθρικότητα» ήταν 4.86 μονάδες (έναντι 13.35 μονάδων) και στη διάσταση «Εξωστρεφόμενη εχθρικότητα» ήταν 19.52 μονάδες (έναντι 15.49 μονάδων). Η μέση συνολική βαθμολογία στην κλίμακα Εχθρικότητας ήταν 24.31 μονάδες (έναντι 24 μονάδων). Στο δείγμα των ακαταλόγιστων παραβατών από το Δαφνί οι Ntounas et al (2018) βρήκαν παρόμοιο σύνολο επιθετικότητας (24.3), εξωστρεφόμενη εχθρικότητα (16.2), εσωστρεφόμενη εχθρικότητα (13.2) καθώς και κατεύθυνση εχθρικότητας (2.5).

Είναι σαφής η παρόμοια εικόνα των δύο δειγμάτων ακαταλόγιστων ασθενών, γεγονός που αυξάνει την εγκυρότητα των ευρημάτων. Συγκριτικά με τους κρατούμενους και τα ευρήματα από τη διδακτορική διατριβή του Αποστολόπουλου (2018), αξίζει να σημειωθεί η αυξημένη βαθμολογία των ακαταλόγιστων στην «Παραληρητική εχθρικότητα», στην «Αυτοκριτική», καθώς και στην «Ενοχή».

Θα μπορούσε η σημαντική αυτή διαφορά τουλάχιστον στην «Παραληρητική εχθρικότητα» να οφείλεται στη σοβαρότητα της ψυχοπαθολογίας των ακαταλόγιστων. Οι διαφορές στην «Αυτοκριτική» και την «Ενοχή» πιθανόν να αντικατοπτρίζουν τη συνειδητοποίηση μέσα από ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις του άδικου της πράξης τους, αλλά και χαμηλότερα ποσοστά αντικοινωνικής διαταραχής στο δείγμα μας. Η τελευταία υπόθεση χρήζει περαιτέρω έρευνας μέσω χρήσης εργαλείων εκτίμησης και αξιολόγησης της προσωπικότητας.

Δ. 1.4 Περιγραφή των χαρακτηριστικών των ασθενών των δύο ομάδων κατά τη διάπραξη του αδικήματος

Δ. 1.4.1 Χαρακτηριστικά των ασθενών που διαπράττουν το αδίκημα στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο (ΠΕΨ)

21 ασθενείς από το δείγμα μας (26,92%) διέπραξαν το αδίκημα για το οποίο κρίθηκαν ακαταλόγιστοι κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο. Το ποσοστό αυτό είναι μικρότερο από αυτό που ανευρίσκεται σε αντίστοιχες μελέτες στη βιβλιογραφία. Πιο συγκεκριμένα, οι Nielssen, Yee, Millard & Large (2011), αφού μελέτησαν 272 ακαταλόγιστους ασθενείς, βρήκαν πως οι 124 μεταξύ αυτών (46%) ήταν στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο κατά το αδίκημα. Αλλά και σε παλαιότερες μελέτες από τις Ηνωμένες Πολιτείες αναφέρεται μεγάλο ποσοστό ασθενών σε ΠΕΨ μεταξύ των ασθενών που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής διαταραχής. Οι Pasewark, Pantle & Steadman (1997) μελέτησαν στη Νέα Υόρκη το χρονικό διάστημα μεταξύ 1971 και 1976 παραβάτες και διαπίστωσαν ότι 130 από τους 225 (58%) δεν είχαν νοσηλεία σε ψυχιατρικό νοσοκομείο πριν από τη σύλληψή τους, εκ των οποίων ένα μεγάλο ποσοστό πιθανότατα δεν είχε λάβει θεραπεία και ήταν στο πρώτο επεισόδιο της ψύχωσης. Επιπλέον, οι Lamb, Weinberger & Gross (1998) σε μία σειρά από 79 παραβάτες από την πολιτεία του Los Angeles, οι 41 (52%) δεν είχαν εισαχθεί σε ψυχιατρικό νοσοκομείο πριν από το αδίκημα.

Αν κανείς λάβει υπόψη του ότι σχεδόν όλοι οι ασθενείς του δείγματός μας που ήταν στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο διέπραξαν ανθρωποκτονία ή απόπειρα ανθρωποκτονίας, μπορεί να υποθέσει ότι το μικρό ποσοστό των ασθενών αυτής της ομάδας στο δείγμα μας μπορεί να οφείλεται στην ανεπαρκή εκτροπή των ασθενών στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, χωρίς δηλαδή προηγούμενο ιστορικό ψύχωσης, από το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης προς υπηρεσίες ψυχικής υγείας (είτε λόγω μη παραγγελίας ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης είτε λόγω μη άρσης του καταλογισμού), όταν διερευνάται και δικάζεται ένα λιγότερο σοβαρό αδίκημα.

Μερικές μελέτες αναφέρουν ότι οι ασθενείς νοσούν για αρκετά χρόνια χωρίς θεραπεία στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο μέχρι τη διάπραξη του αδικήματος (Appleby & Shaw 2006, Meehan et al 2006, Nielssen et al 2007). Στο δικό μας δείγμα ο μέσος χρόνος μη θεραπευόμενης ψύχωσης ήταν περίπου

πέντε χρόνια. 12 από τους 21 ασθενείς (57.14%) νοσούσαν για περισσότερα από τρία χρόνια πριν το αδίκημα. Συμπεράσματα ωστόσο δεν μπορούν να εξαχθούν με ασφάλεια λόγω του μικρού μας δείγματος. Έχει πάντως παρατηρηθεί πως η ελληνική οικογένεια, ιδιαίτερα στην επαρχία, αλλά και στα αστικά κέντρα, συχνά δεν αναγνωρίζει τα συμπτώματα της ψύχωσης έγκαιρα λόγω μη επαρκούς ενημέρωσης και εκπαίδευσης σχετικά ή δεν τα αναγνωρίζει και οδηγείται σε άρνηση λόγω του στίγματος.

Ειδικά για τους ασθενείς σε ΠΕΨ φαίνεται πως τα ποσοστά βίας πριν από την έναρξη της θεραπείας (61.9% στη δική μας μελέτη) είναι σαφώς αυξημένα σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Πρόσφατη μετα-ανάλυση έδειξε ότι περίπου το 35% των ασθενών με ΠΕΨ εκδηλώνει βίαιη συμπεριφορά με άλλοτε άλλη βαρύτητα πριν από την επαφή με υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή κατά το πρώτο επεισόδιο ψύχωσης (Large & Nielssen 2011). Ο κίνδυνος για οποιαδήποτε μορφή βίας έχει συσχετιστεί με μεγαλύτερη διάρκεια της ψύχωσης χωρίς θεραπεία (OR = 1.56), ακούσια θεραπεία (OR = 3.84), ιστορικό εγκληματικής δράσης (OR = 3.28), εχθρικότητα (OR = 3.52), συμπτώματα μανίας (OR = 2.86), παράνομη χρήση ουσιών (OR = 2.33), χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο (OR = 1.99), νεότερη ηλικία (OR = 1.85) και ανδρικό φύλο (OR = 1.61). Από την άλλη πλευρά, η ακούσια θεραπεία βρέθηκε να είναι η μόνη μεταβλητή που σχετίζεται με βία μετά την έναρξη της θεραπείας.

Σε μια άλλη, όμως, ανασκόπηση οι Winsper et al (2013) αναζήτησαν μελέτες μέσω MEDLINE, Embase και PsychINFO, και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα ποσοστά επιθετικότητας στο ΠΕΨ παραμένουν υψηλά και μετά τις αρχικές επαφές με υπηρεσίες ψυχικής υγείας, και δεν φαίνεται να αλλάζουν μετά την επαφή. Ωστόσο, λόγω έλλειψης προοπτικών μελετών κοόρτης, οι συγγραφείς θεώρησαν αυτό το συμπέρασμα ως αβέβαιο και πάντως προκαταρτικό.

Σχετικά με το είδος του αδικήματος, σχεδόν όλοι οι ασθενείς στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο (19 από τους 21, 90.5%) διέπραξαν ανθρωποκτονία (14 ασθενείς) ή απόπειρα ανθρωποκτονίας (5 ασθενείς). Εξαίρεση αποτελούν δύο ασθενείς που κατηγορήθηκαν για εμπρησμό, ωστόσο και σε αυτές τις περιπτώσεις η σαφής πρόθεσή τους ήταν να σκοτώσουν συγγενικό τους πρόσωπο. Προηγούμενες μελέτες έχουν επισημάνει ότι οι περισσότερες ανθρωποκτονίες διαπράττονται κατά το πρώτο έτος από την έναρξη της νόσου, καθώς και ότι το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για θανατηφόρο επίθεση (Nielssen, Westmore, Large & Hayes 2007).

Έρευνες που μελετούν τις ανθρωποκτονίες που διαπράττονται από ασθενείς με ψύχωση (τέσσερις από ανεπτυγμένες χώρες και μία από το Πακιστάν) αναφέρουν πως οι ανθρωποκτονίες στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο πριν την εφαρμογή αποτελεσματικής θεραπείας αποτελούν το 28% ως 76% των ανθρωποκτονιών που διαπράττονται στην ψύχωση (Appleby & Shaw 2006, Bourget et al 2004, Farooq

al 2003, Meehan et al 2006, Nielssen et al 2007). Σε μετα-ανάλυση 10 μελετών με δείγμα όλους τους ασθενείς με ψύχωση που διέπραξαν ανθρωποκτονία σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο και σε συγκεκριμένο πληθυσμό βρέθηκε πως το 38.5% (95% CI 31.1–46.5%) των ανθρωποκτονιών διαπράχθηκε στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο πριν την έναρξη θεραπείας (Nielssen & Large 2010). Στο δείγμα μας 14 από τις 33 ανθρωποκτονίες (42.4%), εξαιρώντας τις απόπειρες ανθρωποκτονίας, διαπράχθηκαν στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο. Αν οι ανθρωποκτονίες και οι απόπειρες ανθρωποκτονίας εξεταστούν μαζί, όπως συχνά συμβαίνει στη βιβλιογραφία, δεδομένου ότι στις περισσότερες περιπτώσεις εξωγενείς παράγοντες απέτρεψαν να μην καταλήξει το θύμα από την επίθεση, τότε το ποσοστό αυτών των αδικημάτων που διαπράττονται στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο πέφτει στο 39%, ποσοστό ανάλογο με αυτό από τη μελέτη των Nielssen & Large (2010).

Αυτά τα δεδομένα συντείνουν ότι το ΠΕΨ ενέχει κίνδυνο για θανατηφόρο βία σημαντικά μεγαλύτερο από οποιονδήποτε άλλο παράγοντα κινδύνου που εντοπίστηκε σε ψυχιατρικούς πληθυσμούς. Χρησιμοποιώντας συντηρητικές εκτιμήσεις για την επίπτωση και τον επιπολασμό της σχιζοφρένειας, οι Nielssen, Malhi, McGorry & Large (2012) υπολόγισαν ότι περίπου 1 στους 600 ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζεται για θεραπεία μετά τη διάπραξη ανθρωποκτονίας, σε σύγκριση με το ετήσιο ποσοστό ανθρωποκτονίας μετά από θεραπεία που υπολογίζεται περίπου 1 στους 9.000 ασθενείς ανά έτος (Nielssen & Large 2010).

Στις 19 περιπτώσεις (90.5%) τα θύματα ήταν μέλη της οικογένειας, κυρίως μητέρες (N=5, 23.8%) που φονεύθηκαν από τους γιους, σύζυγοι (N=4, 19%), μικρά παιδιά (N=3, 14.3%), γιαγιάδες (N=2, 9.5%) και αδερφές (N=2, 9.5%). Σε όλες τις περιπτώσεις πλην μίας τα θύματα ήταν πολύ γνωστά πρόσωπα του θύτη. Σε οχτώ περιπτώσεις υπήρχαν περισσότερα θύματα του ενός (38%). Τα ευρήματα είναι σύμφωνα με τη βιβλιογραφία σχετικά με τα θύματα ανθρωποκτονιών που διαπράττονται στην οξεία φάση της ψυχικής νόσου. Οι Nielssen, Westmore, Large & Hayes (2007) βρήκαν πως τα περισσότερα θύματα ήταν μέλη της οικογένειας ή στενές σχέσεις. Μόνο σε 9 από τις 88 περιπτώσεις ήταν το θύμα άγνωστος. Οι συγγραφείς θεωρούν πως οι παραληρητικές πεποιθήσεις συχνά προκύπτουν ως εξηγήσεις των οξέων συμπτωμάτων της ψυχικής νόσου και αποδίδονται σε εκείνους που ήταν κοντά. Η υψηλή πιθανότητα θανάτωσης ενός γονέα ή συγγενούς φαινόταν να σχετίζεται με την αναπηρία που προκύπτει από την ασθένεια, που οδηγεί στη συμβίωση με τους γονείς.

Ειδικότερα για τα παιδιά ως θύματα, σε μελέτες ατόμων με ψυχωτική διαταραχή που είχαν διαπράξει ανθρωποκτονία με θύμα ένα παιδί βρέθηκε υψηλότερο ποσοστό ασθενών που δεν υποβλήθηκαν ποτέ σε θεραπεία σε σύγκριση με άλλους τύπους ανθρωποκτονίας από παραβάτες με ψύχωση. Στη Νέα

Νότια Ουαλία μεταξύ του 1991 και το 2005, 26 άτομα με ψυχωτική διαταραχή σκότωσαν ένα παιδί, από τους οποίους 15 (58%) ήταν στο ΠΕΨ (Nielssen, Large, Westmore et al 2005).

Μεταξύ των 21 ασθενών στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο οι 11 (52.4%) αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν μετά την ανθρωποκτονία. Το ποσοστό αυτό είναι πολύ υψηλότερο από τα ποσοστά αυτοκτονικότητας μεταξύ ασθενών που αντιμετωπίζονται για πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο πριν την έναρξη της θεραπείας, το οποίο υπολογίζεται μεταξύ του 10% και 30% (Addington et al 2004, Chow et al 2005, Clarke et al 2006). Από την άλλη πλευρά, οι Nielssen et al (2009) μελέτησαν 37 ασθενείς που εισήχθησαν σε νοσοκομείο στη Νέα Νότια Ουαλία μεταξύ 1992 και 2007 ως επιζώντες από βίαιες απόπειρες αυτοκτονίας και πάσχοντες από ψυχωτικές διαταραχές. 18 από αυτούς (48.6%) βρέθηκε πως ήταν στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο.

Προσπαθώντας κανείς να ερμηνεύσει το υψηλό ποσοστό ανθρωποκτονίας-αυτοκτονίας στο δείγμα μας, θα πρέπει να συνυπολογίσει τα δεδομένα της βιβλιογραφίας για ανάλογα περιστατικά. Ειδικότερα έχει βρεθεί πως στις περισσότερες περιπτώσεις τα περιστατικά ανθρωποκτονίας-αυτοκτονίας αφορούν έναν άνδρα που φονεύει μία γυναίκα πρώην ή νυν σύντροφο (Bossarte et al 2006, Logan et al 2008, Marzuk et al 1992). Ωστόσο και πολλά παιδιά πεθαίνουν κάθε χρόνο σε περιστατικά ανθρωποκτονίας-αυτοκτονίας (Bossarte et al 2006, Logan et al 2008). Στο δείγμα μας τα θύματα των ανθρωποκτονιών-αποπειρών αυτοκτονίας ήταν συνήθως παιδιά (N=3), γονείς (N=3) και σύντροφοι (N=2).

Σχεδόν οι μισοί ασθενείς στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο λαμβάνουν αντικαταθλιπτική αγωγή κατά τη νοσηλεία τους (47.6%). Επίσης, σε 17 περιπτώσεις (81%) οι ασθενείς είχαν βιώσει στρεσογόνα γεγονότα πριν το αδίκημα, κυρίως πένθος (N=7), παράγοντας που πρόσφατα αναγνωρίστηκε ότι μπορεί να πυροδοτήσει βίαιη εγκληματική δράση σε ασθενείς με σχιζοφρένεια (Sariaslan, Lichtenstein, Larsson & Fazel 2016) μέσω του στρες ή μέσω της επιδείνωσης της ψυχοπαθολογίας που μπορεί να οδηγήσει σε βίαιη συμπεριφορά, όπως σχολιάστηκε και ανωτέρω.

Από το σύνολο των ασθενών που διέπραξαν ανθρωποκτονία (N=33), οι 14 (42.4%) βρίσκονταν στο ΠΕΨ. Ανάλογο είναι και το κύριο εύρημα της ανασκόπησης των Nielssen, Malhi, McGorry & Large (2012), όπου περίπου το ήμισυ των ψυχωτικών ασθενών που εκδηλώνουν τις πιο σοβαρές μορφές βίας δεν έλαβαν ποτέ αντιψυχωτική θεραπεία και μπορεί να θεωρηθεί ότι ήταν στο ΠΕΨ. Αυτή η υψηλή αναλογία υποδηλώνει παρουσία πολύ αυξημένου κινδύνου σοβαρής βίας στο πρώτο επεισόδιο της ψύχωσης, δεδομένου ότι αξιόπιστα στοιχεία για την επίπτωση και τον επιπολασμό της σχιζοφρένειας, καθώς και για τον χρόνο μη θεραπευόμενης ψύχωσης δείχνουν ότι, ανά πάσα στιγμή, υπάρχουν πολλοί περισσότεροι ασθενείς διαγνωσμένοι με σχιζοφρένεια από ότι υπάρχουν ασθενείς στο ΠΕΨ. Οι συγγραφείς καταλήγουν πως βάση υπολογισμών, ο κίνδυνος για διάπραξη σοβαρά βίαιου αδικήματος

είναι 20πλάσιος στο ΠΕΨ από τον κίνδυνο σε οποιαδήποτε άλλη στιγμή στην πορεία της νόσου, μετά την έναρξη της θεραπείας.

Θεωρούμε πως αυτά τα ευρήματα, που αφορούν τη σοβαρότητα των διαπραχθέντων αδικημάτων, τη σχέση με το θύμα και το υψηλό ποσοστό αποπειρών αυτοκτονίας, υπογραμμίζουν τη δυσφορία στη σχέση του δράστη με το θύμα και πιθανά την απελπισία που βιώνουν λόγω των παραληρητικών ιδεών ή/και ακουστικών ψευδαισθήσεων της αναδυόμενης ψύχωσης, όπως πολλοί ασθενείς δήλωσαν στις συνεντεύξεις. Μάλιστα, πολλοί ασθενείς δήλωσαν πως είτε θα έκαναν κακό στον εαυτό τους είτε σε άλλον, προκειμένου να απεμπλακούν από το αδιέξοδο που βίωναν, και σε μερικές περιπτώσεις έκαναν και τα δύο.

57.1% των ασθενών στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο έκαναν κατάχρηση ή είχαν εξάρτηση από αλκοόλ ή άλλες ψυχοδραστικές ουσίες. Η συννοσηρότητα με διαταραχή χρήσης ουσιών στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο απαντάται συχνά, όπως φαίνεται στη βιβλιογραφία (McGorry, Edwards, Mihalopoulos, Harrigan & Jackson 1996). Επιπλέον, η διαταραχή χρήσης ουσιών θεωρείται σημαντικός παράγων πρόβλεψης βίας στην ψύχωση (Elbogen & Johnson 2009, Soyka 2000, Walsh et al 2002, Witt et al 2013).

Όσον αφορά τα ευρήματα σχετικά με τις ψυχομετρικές δοκιμασίες, υψηλές βαθμολογίες κατά μέσο όρο στα λήμματα P1 (παραληρητικές ιδέες), P6 (καχυποψία/ιδέες δίωξης) και P7 (εχθρότητα) καταγράφηκαν στους ασθενείς του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου, οι οποίοι όπως έχει δειχθεί έχουν διαπράξει σοβαρά εγκλήματα, κυρίως ανθρωποκτονίες και απόπειρες ανθρωποκτονίας. Παραληρητικές ιδέες ότι ο ασθενής κινδυνεύει, όπως και άλλοι παράγοντες (πχ η χρήση ουσιών, οι ακουστικές ψευδαισθήσεις κλπ.), έχει βρεθεί ότι σχετίζονται με θανατηφόρο επίθεση (Nielssen, Westmore, Large & Hayes 2007). Υπενθυμίζεται ότι οι Swanson et al. (2006) έδειξαν επίσης πως ο συνδυασμός παραληρητικής σκέψης και καχυποψίας σχετιζόταν πολύ σημαντικά με εκδήλωση σοβαρής βίας. Πιο συγκεκριμένα, οι συγγραφείς βρήκαν πως ο συνδυασμός υψηλής βαθμολογίας στα λήμματα «Παραληρητικές ιδέες» και «Καχυποψία/ιδέες δίωξης» συσχετίζεται με σοβαρή βία: ασθενείς με σκορ άνω του μέσου και στα δύο λήμματα βρέθηκε να είναι κατά 2.9 φορές πιθανότερο να είναι σοβαρά βίαιοι σε σχέση με αυτούς που έχουν σκορ κάτω του μέσου στα δύο συγκεκριμένα λήμματα της PANSS.

Επιπλέον οι ασθενείς στο πρώτο επεισόδιο είχαν υψηλή βαθμολογία στο λήμμα G15 (ενασχόληση), αναδεικνύοντας την απορρόφηση από σκέψεις και συναισθήματα που είναι αποτέλεσμα εσωτερικών ερεθισμάτων. Επίσης, φαίνεται πως οι ασθενείς αυτοί απορροφώνται πιθανόν από αυτιστικές εμπειρίες που οφείλονται σε διαταραχή του ελέγχου της πραγματικότητας και επηρεάζουν σοβαρά τη

συμπεριφορά τους. Σε κάθε περίπτωση υποδηλώνεται η βαρύτητα της συμπτωματολογίας για αυτή την ομάδα ασθενών.

Δ. 1.4.2. Χαρακτηριστικά των ασθενών που διαπράττουν το αδίκημα στην πορεία της νόσου

57 από τους 78 ασθενείς του δείγματός μας (73%) διέπραξαν το αδίκημα στην πορεία της νόσου, και αφού είχαν λάβει προηγουμένως θεραπεία. 89.5% (N=51) αυτών είχαν ήδη νοσηλευτεί είτε εκουσίως (N=21, 41.2%) είτε ακουσίως (N=44, 86.3%) μέχρι τη διάπραξη του αδικήματος. Σε ποσοστό 91.2% (N=52) αυτών είχε συνταγογραφηθεί φαρμακευτική αγωγή, κυρίως αντιψυχωτικά, ωστόσο μόνον 13.5% (N=7) ήταν συμμορφούμενοι με τη θεραπεία. Η φτωχή συμμόρφωση στην προτεινόμενη θεραπεία είναι ένα γνωστό φαινόμενο που αναμφισβήτητα οδηγεί σε επιδείνωση της συμπτωματολογίας, υποτροπή και συχνά μια νέα νοσηλεία, όπως φαίνεται και στο δείγμα μας.

78.9% (N=45) των ασθενών αυτής της ομάδας ήταν ετεροκαταστροφικοί ή βίαιοι πριν τη διάπραξη του αδικήματος. Συγκρίνοντας το δείγμα μας με 1.455 ασθενείς με σχιζοφρένεια που συμμετείχαν στην Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness trial, όπου το 19.1% των συμμετεχόντων είχαν διαπράξει κάποια βίαιη πράξη τους προηγούμενους 6 μήνες, μπορούμε να υποθέσουμε ότι οι ακαταλόγιστοι ασθενείς του δείγματος μας εκδηλώνουν συχνότερα παραβατική ή βίαιη συμπεριφορά σε σχέση με ασθενείς με σχιζοφρένεια στην κοινότητα. Ωστόσο, μόνον 17.5% (N=10) εμφάνισαν ετεροκαταστροφική ή βίαιη συμπεριφορά μετά τη θεραπεία στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής, αναδεικνύοντας τα οφέλη τόσο της φαρμακευτικής όσο και της ψυχολογικής θεραπείας στο νοσοκομείο.

Δ. 1. 5 Διαφορές των δύο ομάδων ασθενών

Στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν όσον αφορά την εργασιακή απασχόληση και το είδος της απασχόλησης. Όπως αναμενόταν ίσως, οι ασθενείς στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο είχαν σε υψηλότερο ποσοστό εργασία κατά το αδίκημα (71.4%), σε σχέση με τους ασθενείς που διέπραξαν το αδίκημα στην πορεία της νόσου (43.9%). Μπορεί κανείς να υποθέσει ότι λόγω της έκπτωσης της λειτουργικότητας μακροπρόθεσμα στην πορεία της νόσου, αλλά και λόγω του ιστορικού ψυχιατρικής νόσου με το στίγμα που επιφέρει, πιθανόν να επηρεάζεται η επιλογή των εργαζομένων από τους εργοδότες.

Συγκρίνοντας τις δύο ομάδες (ΠΕΨ vs. Πορεία) βρήκαμε πως οι ασθενείς στο πρώτο επεισόδιο είναι νεότεροι (33.2 ±11.9 έτη vs. 40.7±11.5 έτη, p=0.014) κατά τη διάπραξη του αδικήματος. Το εύρημα αυτό είναι αναμενόμενο, καθώς οι ασθενείς στο πρώτο επεισόδιο είναι νεότεροι από αυτούς στην

πορεία της νόσου. Να σημειωθεί όμως επιπλέον ότι η νεαρή ηλικία έχει βρεθεί πως είναι ένας από τους παράγοντες που σχετίζεται με βίαιη συμπεριφορά (Volavka 2002 Nielssen, Yee, Millard & Large 2011).

Φαίνεται, επίσης, πως η διάγνωση της σχιζοφρένειας καθυστερεί να τεθεί στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, όπως είναι αναμενόμενο, ενδεχομένως και λόγω της άτυπης συμπτωματολογίας που μπορεί αρχικά να εμφανίζει ή και λόγω της επιφυλακτικότητας των ιατρών να θέσουν μια διάγνωση επιβαρυμένη με προκατάληψη και στίγμα.

Όπως αναμενόταν, οι ασθενείς στην πορεία της νόσου έχουν συχνότερα στο ιστορικό τους νοσηλείες. Ενδεικτικό της έλλειψης εναισθησίας στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο είναι πως οι εισαγωγές είναι λίγες και όλες ακούσιες, ενώ στην ομάδα των ασθενών που διαπράττουν το αδίκημα στην πορεία της νόσου το 41.2% αυτών αναφέρουν και εκούσιες εισαγωγές. Επίσης οι ασθενείς αυτοί έχουν και μεγαλύτερο συνολικό αριθμό νοσηλειών στο ιστορικό τους. Χαρακτηριστικό είναι το φαινόμενο των επανεισαγωγών των χρόνιων ασθενών της ομάδας αυτής, που ονομάζεται «φαινόμενο της περιστρεφόμενης θύρας» και αντικατοπτρίζει τη δυσκολία διατήρησης της ύφεσης της νόσου μακροπρόθεσμα, κυρίως λόγω μη συμμόρφωσης στην προτεινόμενη θεραπεία. 18 ασθενείς (31.6%) αναφέρουν πάνω από 5 νοσηλείες, ενώ 7 από αυτούς (12.3%) νοσηλεύτηκαν πάνω από 10 φορές.

Οι δύο ομάδες ασθενών δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά την κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών. Ομοίως δεν παρατηρούνται διαφορές σχετικά με την επίδραση της χρήσης στη διάπραξη του αδικήματος. Επιπλέον, δεν παρατηρούνται διαφορές όσον αφορά τη χρήση συγκεκριμένων ουσιών, όπως η χρήση κάνναβης, οπιοειδών, κοκαΐνης κλπ. Οι ασθενείς που διαπράττουν το αδίκημα στην πορεία της νόσου αρχίζουν την κατανάλωση αλκοόλ νωρίτερα και συνεχίζουν για περισσότερα χρόνια συγκριτικά με τους ασθενείς στο ΠΕΨ (ηλικία 15.62±2.80 στο ΠΕΨ vs. 14.04±2.91, p=0.023, ενώ τα χρόνια κατανάλωσης ήταν 13.40±12.87 για τους ασθενείς στο ΠΕΨ και 21.26±12.32 για τους ασθενείς στην πορεία της νόσου, p=0.020).Το εύρημα σχετικά με τα χρόνια της κατανάλωσης μπορεί να θεωρηθεί αναμενόμενο λόγω της μεγαλύτερης ηλικίας των ασθενών που διέπραξαν το αδίκημα στην πορεία της νόσου κατά την εισαγωγή τους.

Οι ασθενείς που διέπραξαν το αδίκημα στην πορεία της νόσου ήταν συχνότερα σε φαρμακευτική αγωγή σε σύγκριση με τους ασθενείς στο ΠΕΨ (91.2% vs. 47.6%, p<0.001), ανεξάρτητα από τη συμμόρφωση, όπως αναμενόταν λόγω της χρονιότητας της νόσου. Επιπλέον, οι ασθενείς σε ΠΕΨ λάμβαναν συχνότερα αντικαταθλιπτικά μετά το αδίκημα (47.6% vs. 19.3%, p=0.012) σε σύγκριση με τους ασθενείς στην πορεία της νόσου. Αυτή η διαφορά θα μπορούσε να αντικατοπτρίζει το υψηλότερο

ποσοστό κατάθλιψης σε αυτή την ομάδα μετά τη διάπραξη του αδικήματος, παρόλο που δεν αποτυπώθηκε στο λήμμα «Κατάθλιψη» της PANSS, ίσως λόγω σύγχυσης ή επικάλυψης της απόσυρσης ή της ανηδονίας με τα αρνητικά συμπτώματα.

Μία πιθανή εξήγηση για την αυξημένη χορήγηση αντικαταθλιπτικών σε αυτή την ομάδα είναι η βελτίωση στην εναισθησία, όπως παρατηρείται στην κλινική πρακτική. Με άλλα λόγια, λαμβάνοντας υπόψη ότι η ψύχωση απαντά καλά στη θεραπεία στο πρώτο επεισόδιο και ότι οι ψυχολογικές θεραπείες συχνά συνεισφέρουν στην απόκτηση καλύτερης εναισθησίας, η συνειδητοποίηση της διάπραξης ενός σοβαρού αδικήματος, συχνά ανθρωποκτονίας, με θύμα συνήθως μέλος της οικογένειας, υπό το κράτος παραληρητικών ιδεών μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση κατάθλιψης. Άλλοι λόγοι για τα υψηλά ποσοστά χορήγησης αντικαταθλιπτικής θεραπείας μπορεί να είναι η μακρά νοσηλεία ή ακόμη η ύπαρξη κατάθλιψης πριν το αδίκημα, παράγοντας που θα μπορούσε να εξηγήσει και το υψηλό ποσοστό αυτοκτονικότητας σε αυτή την ομάδα ασθενών. Σε προηγούμενη μελέτη, η επιθετική συμπεριφορά σχετιζόταν στατιστικώς σημαντικά και θετικά με καταθλιπτική συμπτωματολογία μεταξύ άλλων παραγόντων (Hodgins & Riaz 2011). Αλλά και οι Nielssen, Yee, Millard & Large (2011) βρήκαν πως σε ποσοστό 32% οι ασθενείς του δείγματός τους ανέφεραν καταθλιπτική διάθεση κατά την περίοδο που διέπραξαν το αδίκημα, την οποία απέδωσαν στη δυσφορία που προκαλούν οι παραληρητικές ιδέες. Στο δείγμα μας η αυτοκτονικότητα είναι πολύ πιο συχνή στην ομάδα των ασθενών σε ΠΕΨ μετά το αδίκημα (52.4% vs. 10.5%, $p<0.001$).

Όσον αφορά την επιθετικότητα, αυξανόμενα στοιχεία από τη βιβλιογραφία έχουν αναδείξει τον αυξημένο κίνδυνο βίας στο ΠΕΨ. Μια μελέτη 495 περιπτώσεων πρώτων επαφών για θεραπεία στις Ηνωμένες Πολιτείες ανέφερε ότι το 40% των ασθενών είχε ιστορικό επιθετικότητας, και από αυτούς, περίπου οι μισοί ήταν σωματικά βίαιοι (Dean et al 2007). Επιπλέον, οι Large & Nielssen (2011) σε μετα-ανάλυση τους βρήκαν ότι περίπου το ένα τρίτο των ασθενών με ΠΕΨ είχαν εμπλακεί σε κάποια μορφή βίας, με το 16.6% να έχει διαπράξει επίθεση προκαλώντας οποιοδήποτε βαθμού τραυματισμό, αλλά μόνο το 0,6% να έχει διαπράξει πολύ σοβαρή βία που να έχει οδηγήσει σε σοβαρό τραυματισμό ο οποίος τελικά οδήγησε σε νοσηλεία ή σε μόνιμη σωματική βλάβη. Εξάλλου οι Foley et al (2007) σε προοπτική μελέτη επιβεβαίωσαν μια χαμηλή συχνότητα σοβαρής βίας (0.6%), αλλά ανέφεραν ότι η επιθετικότητα, όταν ορίστηκε ευρέως για να περιλαμβάνει λεκτικές επιθέσεις, φάνηκε να παρουσιάζεται σε μία στις τρεις περιπτώσεις.

Όσον αφορά την αυτοκαταστροφικότητα, φαίνεται να υπάρχει γενικότερα συσχέτιση μεταξύ του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου και βίαιης απόπειρας αυτοκτονίας, όπως έδειξαν οι Nielssen & Large (2009), οι οποίοι μελέτησαν 37 ασθενείς με ψυχωτικές διαταραχές που επιβίωσαν από βίαιες

απόπειρες αυτοκτονίας. Βρήκαν πως 18 από αυτούς (48.6%) δεν είχαν λάβει ποτέ θεραπεία για ψύχωση. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώθηκε και από άλλη έρευνα στην οποία μελέτησαν 160 άτομα που επιχείρησαν να αυτοκτονήσουν πηδώντας από ύψος άνω των τριών μέτρων (Nielssen & Large 2009). Από αυτούς 70 διαγνώσθηκαν ότι πάσχουν από ψυχωτική διαταραχή και από αυτούς οι 31(44% των ασθενών) δεν είχαν λάβει ποτέ θεραπεία. 1 στους 5 μεταξύ όλων των ατόμων του δείγματος είχε ψύχωση για την οποία δεν είχε λάβει ποτέ θεραπεία. Οι συγγραφείς καταλήγουν πως το εύρημα ότι σχεδόν οι μισοί από τους επιζώντες που διαγνώσθηκαν με ψύχωση βρέθηκε πως ήταν στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο χωρίς να έχουν λάβει αντιψυχωτική αγωγή αναδεικνύει τον πολύ αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας με πτώση στο ΠΕΨ, όταν συγκριθούν με τον ετήσιο κίνδυνο μετά τη θεραπεία.

Οι Nielssen & Large (2011) μελέτησαν επιπλέον το ιστορικό ασθενών που επέζησαν από αυτοτραυματισμό με αιχμηρό αντικείμενο στην κοιλιά, τον θώρακα ή τον λαιμό και διαπίστωσαν ότι 46 από τις 95 περιπτώσεις είχαν διαγνωστεί με ψυχωτική διαταραχή, εκ των οποίων 26 (57%) δεν είχαν λάβει ποτέ αντιψυχωτική θεραπεία.

Οι ασθενείς στο ΠΕΨ έχουν βιώσει συχνότερα στρεσογόνα γεγονότα τους 24 μήνες που προηγήθηκαν του αδικήματος (81% vs. 42.1%, p=0.002). Το εύρημα αυτό αναδεικνύει την ανάγκη πολύπλευρης υποστήριξης των ασθενών σε ΠΕΨ κατά την παρακολούθησή τους από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, προκειμένου να μπορούν να αναπτύσσουν υγιείς μηχανισμούς άμυνας στα δυσάρεστα και στρεσογόνα συμβάντα της ζωής. Διαφορετικά, φαίνεται πως οδηγούνται σε βίαιες (ή αυτοκαταστροφικές) συμπεριφορές. Πάντως και στην πρόσφατη βιβλιογραφία βρέθηκε από τους Sariaslan et al (2016) πως το πένθος γονιού αύξανε κατά 5 φορές την πιθανότητα εκδήλωσης βίας στους ασθενείς με σχιζοφρένεια, πολύ αυξημένη συγκριτικά με τους μάρτυρες στους οποίους η πιθανότητα αυξανόταν 1.7 φορές. Οι συγγραφείς θεωρούν πως μία πιθανή εξήγηση για το εύρημα αυτό είναι πως το οικογενειακό περιβάλλον αποτελεί συχνά το υποστηρικτικό πλαίσιο που οδηγεί σε μείωση της επιθετικότητας. Ιδιαίτερα στην αρχή της νόσου αυτή η απώλεια μπορεί να είναι καθοριστική στην εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς.

Ορισμένες μελέτες έχουν αναφέρει ότι πολλοί από τους ασθενείς σε ΠΕΨ χρειάζονταν βοήθεια και αντιμετώπιση για αρκετά χρόνια πριν από την εγκληματική επίθεση (Appleby & Shaw 2006, Meehan et al 2006, Nielssen et al 2007). Συγκεκριμένα, οι Appleby & Shaw (2006) διαπίστωσαν ότι το 28% των ασθενών σε ΠΕΨ ήταν ψυχικά ασθενείς για περισσότερα από πέντε χρόνια στο Ηνωμένο Βασίλειο, ενώ για τους Meehan et al (2006) στην Αγγλία και την Ουαλία το 25% ήταν ασθενείς για περισσότερα από τρία χρόνια. Επιπλέον, οι Nielssen et al (2007), οι οποίοι μελέτησαν ένα δείγμα από τη Νέα Νότια Ουαλία, διαπίστωσαν ότι το 41% ήταν ασθενείς για περισσότερα από δύο χρόνια και το

15% για περισσότερα από 5 χρόνια χωρίς θεραπεία. Παρόλο που οι ερευνητές δεν μπορούν να κάνουν σαφή διάκριση μεταξύ της προδρομικής φάσης της ψυχικής ασθένειας και της πραγματικής έναρξης εμφάνισης ορισμένων ψυχωτικών συμπτωμάτων (ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες), οι Large & Nielssen (2008) βρήκαν ότι ο μεγάλος χρόνος μη θεραπευόμενης ψύχωσης (DUP) μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ανθρωποκτονίας.

Στο δείγμα μας, ο μέσος χρόνος διάρκειας της μη θεραπευόμενης ψύχωσης ήταν περίπου πέντε χρόνια. 12 από τους 21 ασθενείς στο ΠΕΨ (57.14%) ήταν άρρωστοι για περισσότερα από τρία χρόνια πριν από το αδίκημα. Οι ασθενείς σε ΠΕΨ διαπράττουν συνήθως αδικήματα σοβαρότερα, κυρίως ανθρωποκτονίες και απόπειρες ανθρωποκτονίας (90.5% vs. 59.6%, p=0.01). Αναλυτικότερα, οι διαφορές στο είδος των διαπραχθέντων εγκλημάτων αναδεικνύουν στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά τις ανθρωποκτονίες (67% στο ΠΕΨ έναντι 33% στην πορεία). Αλλά και οι Nielssen, Yee, Millard & Large (2011) βρήκαν πως το 59% των ασθενών σε ΠΕΨ είχαν διαπράξει ανθρωποκτονία, ποσοστό υψηλότερο από το αντίστοιχο στους ασθενείς στην πορεία (45%, p=0.027).

Παρόμοια είναι τα ευρήματα και των Munkner et al (2003), οι οποίοι συνέδεσαν την ψυχική υγεία και ποινικά αρχεία στη Δανία και διαπίστωσαν ότι τα τρία τέταρτα όλων των βίαιων αδικημάτων που διαπράττονται από άνδρες με σχιζοφρένεια τελέστηκαν πριν την έναρξη της θεραπείας, όταν πολλοί από αυτούς τους ασθενείς θα ήταν στην πρόδρομη φάση της ασθένειας ή το πρώτο επεισόδιο ψύχωσης.

Τα θύματα των ασθενών σε ΠΕΨ είναι συχνότερα μέλη της οικογένειας συγκριτικά με τα θύματα των ασθενών στην πορεία (90.5% vs. 64%, p=0.024). Το εύρημα αυτό πιθανόν να εξηγείται μέσω και των υπόλοιπων χαρακτηριστικών αυτής της ομάδας ασθενών, και πιο συγκεκριμένα λόγω της σοβαρότερης ψυχοπαθολογίας, συνήθως με παραλήρημα που εμπλέκει μέλη της οικογένειας, αλλά και λόγω της σοβαρότητας των αδικημάτων και της αυτοκτονικότητας που αντικατοπτρίζουν τη δυσφορία που βιώνουν οι ασθενείς αυτοί κατά την έναρξη της νόσου, πριν μπορέσουν ουσιαστικά αυτοί και οι οικογένειές τους να αναπτύξουν μηχανισμούς προστατευτικούς στην εκδήλωση βίας.

Οι δύο ομάδες διαφέρουν, επίσης, όσον αφορά τις προηγούμενες καταδίκες, όπου οι ασθενείς που διαπράττουν το αδίκημα στην πορεία της νόσου έχουν συχνότερα ιστορικό ποινικών καταδικών σε σχέση με τους ασθενείς σε ΠΕΨ. Παρόμοια είναι τα ευρήματα των Nielssen, Yee, Millard & Large (2011), οι οποίοι βρήκαν πως οι ασθενείς στην πορεία της νόσου έχουν συχνότερα στο ιστορικό τους καταδίκες (49%) σε σχέση με τους ασθενείς σε ΠΕΨ (38%, p=0.049). Η διαφορά αυτή μπορεί να ερμηνευτεί είτε λόγω της μεγαλύτερης ηλικίας είτε λόγω του γεγονότος ότι οι ασθενείς αυτοί είχαν γίνει αντιληπτοί από την τοπική αστυνομία κατά την πορεία της νόσου. Από την άλλη πλευρά, οι

Wallace et al (2004) βρήκαν πως μεταξύ των ασθενών με σχιζοφρένεια που καταδικάστηκαν για αδίκημα την περίοδο 1975 -1995, το 72.7% είχαν την πρώτη τους καταδίκη πριν την πρώτη επαφή με ψυχιατρικές υπηρεσίες, σε ηλικία κατά μέσο όρο 24.8 ετών. Όσον αφορά τα βίαια αδικήματα, το ποσοστό αυτό ήταν 63.8%.

Ο επιπολασμός της παραβατικής συμπεριφοράς έχει αναφερθεί ότι είναι υψηλότερος μεταξύ ασθενών με ψύχωση σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (Fazel et al 2009). Επιπλέον, σε κλινικά δείγματα ασθενών με σχιζοφρένεια, τα ποσοστά ποινικής καταδίκης κυμαίνονται μεταξύ 14% και 30%, και η καταδίκη φαίνεται να συμβαίνει κυρίως πριν από το πρώτο επεισόδιο (Humphreys et al 1992, Modestin & Ammann 1996, Munkner et al 2003 & 2009, Prince et al 2007).

Οι Nielssen, Westmore, Large & Hayes (2007) σε δείγμα 88 ασθενών που κρίθηκαν ακαταλόγιστοι για ανθρωποκτονία βρήκαν πως 19 από τους 54 ασθενείς σε ΠΕΨ (35%) είχαν προηγούμενες ποινικές καταδίκες, σε σύγκριση με 17 από τους 34 που διέπραξαν το αδίκημα σε επόμενα επεισόδια (50%). Τα αδικήματα για τα οποία καταδικάστηκαν κυμαίνονταν από την οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ και την κλοπή καταστημάτων, έως την επαναλαμβανόμενη παράνομη δραστηριότητα που σχετίζεται με την εξάρτηση από τα ναρκωτικά. Μόνο έξι είχαν καταδικαστεί σε ποινή φυλάκισης.

Σε πολυκεντρική μελέτη που περιλάμβανε 477 ασθενείς σε πρώιμη ψύχωση οι Munkner et al (2009) διαπίστωσαν ότι ιστορικό παραβατικής συμπεριφοράς είχαν 30% αυτών και συσχετίστηκε με το φύλο (40% των ανδρών έναντι 11% των γυναικών), χαμηλότερο κοινωνικό επίπεδο, χαμηλότερη σχολική επίδοση και κατάχρηση ουσιών. Ανέφεραν επίσης ότι ορισμένα θετικά συμπτώματα (εντέλλουσες ακουστικές ψευδαισθήσεις ή παραληρητική ζήλια με ψευδαισθήσεις) ή η επικράτηση θετικών έναντι αρνητικών συμπτωμάτων αύξαναν τις πιθανότητες ιστορικού παραβατικής συμπεριφοράς (OR = 1.9 και 2.3 αντίστοιχα).

Επίσης σε δείγμα 102 ασθενών με πρώιμη ψύχωση, οι Ramsay et al (2011) ανέφεραν πολύ υψηλά ποσοστά ιστορικού σύλληψης και φυλάκισης (71% και 58% αντίστοιχα), και διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με ιστορικό παραβατικής συμπεριφοράς είχαν σημαντικά χαμηλότερο επίπεδο προνοσηρής λειτουργικότητας, χαμηλότερη εκπαίδευση, υψηλότερο ποσοστό προβλημάτων κοινωνικής δικτύωσης, άρχισαν να χρησιμοποιούν κάνναβη σε νεαρή ηλικία, ήταν πιο πιθανή η κατάχρηση κάνναβης και αλκοόλ και είχαν σοβαρότερα ψυχωτικά συμπτώματα.

Επιπλέον, σε δείγμα 301 ασθενών με πρώιμη ψύχωση, οι Hodgins et al (2011) ανέφεραν αντίστοιχο ποσοστό ποινικής καταδίκης 24%. Σε αυτό το δείγμα, το ιστορικό ποινικής καταδίκης συσχετίστηκε με το φύλο (34% στους άνδρες έναντι 10% στις γυναίκες), χαμηλότερο προνοσηρό και τρέχον πηλίκο

νοημοσύνης, και κατώτερο μορφωτικό επίπεδο. Επιπλέον, η εθνική προέλευση από Αφρική-Καραϊβική βρέθηκε να σχετίζεται με τριπλάσια πιθανότητα παραβατικότητας.

Τέλος, το Κέντρο Πρόληψης και Παρέμβασης Πρώιμης Ψύχωσης (EPPIC) στη Μελβούρνη μελέτησε 647 ασθενείς με πρώιμη ψύχωση μεταξύ 1998 και 2000. Οι ασθενείς με ιστορικό παραβατικής συμπεριφοράς αποτελούσαν το 29% του δείγματος.

Από την ανάλυση των δεδομένων του δείγματος δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές σχετικά με το είδος της απόφασης που διέταξε την εφαρμογή του μέτρου ασφαλείας-θεραπείας. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι φαίνεται να είναι σχετικά επικρατέστερη τακτική η έκδοση απαλλακτικού βουλεύματος, είτε πρόκειται για ασθενή με γνωστό ψυχιατρικό ιστορικό είτε όχι. Η οδός αυτή πιθανόν να επιλέγεται προκειμένου να αποφευχθεί η χρονοβόρα διαδικασία της παραπομπής σε δίκη στο ακροατήριο, καθώς και η παραμονή του ασθενούς μέχρι την εκδίκαση της υπόθεσής του στο Ψυχιατρείο Κρατουμένων Κορυδαλλού (σύμφωνα με τον προηγούμενο νόμο).

Από τις ψυχομετρικές δοκιμασίες οι δύο ομάδες διαφέρουν σημαντικά

- στην υποκλίμακα Εχθρικότητας (Hostility) του Aggression Questionnaire (19.95±7.49 vs. 24±6.85, p=0.042), και
- στις υποκλίμακες Κριτική των άλλων (Criticism of Others, 5.29±2.5 vs. 6.88±2.91, p=0.028) και
- Παραληρητική εχθρικότητα (Paranoid Hostility, 3.67±2.46 vs. 4.95±2.51, p=0.048) του ερωτηματολογίου HDHQ, όπου οι ασθενείς που διέπραξαν το αδίκημα στην πορεία της νόσου είχαν υψηλότερη βαθμολογία.

Οι Coid et al (2013) μελέτησαν ασθενείς στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο και βρήκαν πως το συναίσθημα που σχετίστηκε με βία, όπως μετρήθηκε με το Maudsley Assessment of Delusions Schedule, ήταν ο θυμός (Anger). Ο θυμός οφειλόμενος στις παραληρητικές ιδέες σχετίστηκε τόσο με ήπια, όσο και σοβαρά βίαιη συμπεριφορά. Στο δείγμα μας τα ευρήματα αυτά δεν επιβεβαιώθηκαν, καθώς οι ασθενείς σε ΠΕΨ είχαν χαμηλότερη βαθμολογία σε όλες τις υποκλίμακες, ενώ είχαν διαπράξει τα βαρύτερα αδικήματα. Ωστόσο πρέπει να σημειωθεί και το διαφορετικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε.

Επίσης, χρειάζεται να σχολιαστεί η αυξημένη βαθμολογία των ασθενών που διαπράττουν το αδίκημα στην Πορεία της νόσου τόσο στο σύνολο της κλίμακας HDHQ, όσο και στις επιμέρους διαστάσεις της. Οι διαφορές φτάνουν σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας βέβαια μόνον όσον αφορά την «Κριτική των άλλων» και την «Παραληρητική εχθρικότητα», επιβεβαιώνοντας ότι το προφίλ της

ομάδας αυτής των ασθενών έχει πιο ναρκισσιστικά, αντικοινωνικά και παρανοϊκά στοιχεία, όπως φαίνεται να σχηματίζεται συνυπολογίζοντας και τα ευρήματα από τις υπόλοιπες κλίμακες.

Από την άλλη πλευρά, οι ασθενείς στο ΠΕΨ εμφάνιζαν υψηλότερα σκορ σε συγκεκριμένα λήμματα της PANSS κατά τη διάπραξη του αδικήματος. Πιο συγκεκριμένα, στα λήμματα P1 (Παραληρητικές ιδέες), P4 (Διέγερση), P6 (Καχυποψία/Ιδέες δίωξης) και P7 (Εχθρότητα) οι ασθενείς στο ΠΕΨ αξιολογήθηκαν με σοβαρότερη ψυχοπαθολογία σε σύγκριση με την άλλη ομάδα (τιμές p αντιστοίχως 0.004, 0.038, 0.015 και 0.040), αλλά το συνολικό σκορ της θετικής υποκλίμακας δεν διέφερε στατιστικώς σημαντικά.

Τα ευρήματα αυτά δείχνουν πως οι ασθενείς που διαπράττουν το αδίκημα στην πορεία της νόσου μπορεί να εκδηλώνουν περισσότερη εχθρικότητα συγκριτικά με τους ασθενείς στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, να διαπράττουν συχνότερα αδικήματα, αλλά λιγότερο σοβαρά, και να επιτίθενται λιγότερο συχνά σε μέλη της οικογένειας από ότι οι ασθενείς στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο. Η ομάδα αυτή των ασθενών φαίνεται πως δεν οδηγείται μόνο από παραληρητικές ιδέες ή καχυποψία και ιδέες δίωξης συγκρινόμενη με την ομάδα των ασθενών στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, παρόλο που έχουν υψηλή βαθμολογία στα λήμματα P1, P6 και P7, αλλά και από άλλους παράγοντες, όπως η εχθρικότητα. Η βαθμολογία αυτής της ομάδας δεν ήταν υψηλότερη στο λήμμα P7 (εχθρικότητα) από τους ασθενείς στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, ίσως γιατί δώσαμε πάντοτε βαθμολογία «7» στους ασθενείς όταν εκδήλωναν σοβαρή βία εναντίον άλλων λόγω της ψυχοπαθολογίας τους, ακολουθώντας τις οδηγίες βαθμολόγησης του εγχειριδίου, και οι ασθενείς στο πρώτο ψυχωτικό είχαν διαπράξει αναλογικά περισσότερα βίαια αδικήματα.

Αντιθέτως δεν βρέθηκαν διαφορές στα λήμματα ούτε ένα προς ένα, ούτε στο συνολικό σκορ της αρνητικής υποκλίμακας της PANSS.

Σχετικά με την υποκλίμακα Γενικής ψυχοπαθολογίας, οι ασθενείς στο ΠΕΨ είχαν σοβαρότερη ψυχοπαθολογία και άρα υψηλότερη βαθμολογία στα λήμματα G2 (Άγχος), G3 (Αισθήματα ενοχής), G4 (Ψυχική τάση), G12 (Έλλειψη κρίσης κι εναισθησίας), G14 (Διαταραχή ελέγχου παρορμήσεων), G15 (Ενασχόληση), καθώς και στο συνολικό σκορ. Αντιθέτως, οι ασθενείς που διέπραξαν το αδίκημα στην πορεία της νόσου είχαν κατά μέσο όρο υψηλότερη βαθμολογία στα λήμματα G1 (Σωματική ενασχόληση) και G5 (Ιδιοτροπισμοί και Λήψη Παράξενων Στάσεων) στην κλίμακα PANSS.

Τα ευρήματα αυτά συμβάλλουν στον σχηματισμό της συνολικής εικόνας των ασθενών στο πρώτο επεισόδιο με χαρακτηριστικά τόσο το άγχος που είναι έντονο στην αναδυόμενη ψύχωση, όσο και την έλλειψη της εναισθησίας που συχνά χαρακτηρίζει τους ασθενείς στην αρχή της νόσου. Σημαντικό ρόλο όμως φαίνεται να παίζει και η παρορμητικότητα, εύρημα που ταιριάζει με το γεγονός ότι συχνά

χωρίς καμία προετοιμασία, αλλά αντιθέτως παρορμητικά, οι ασθενείς αυτοί προβαίνουν σε πράξεις βίας.

Στην κλίμακα εκτίμησης επικινδυνότητας HCR-20 οι κυριότερες στατιστικά σημαντικές διαφορές συνοψίζονται στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς σε ΠΕΨ εμφανίζουν υψηλότερη βαθμολογία στα λήμματα C1 (Έλλειψη εναισθησίας) και C2 (Αρνητική συμπεριφορά), ωστόσο οι ασθενείς στην πορεία της νόσου συγκέντρωναν συνολικά υψηλότερη βαθμολογία, αλλά και υψηλότερη βαθμολογία στις υποκλίμακες του ιστορικού και της διαχείρισης κινδύνου. Τα ευρήματα αυτά συνηγορούν υπέρ της αυξημένης επικινδυνότητας των ασθενών στην πορεία της νόσου, συνήθως βέβαια για ένα ευρύ φάσμα αδικημάτων (από τα ελαφρύτερα μέχρι τα βαρύτερα), τόσο λόγω των παραγόντων που διαμορφώνουν το ιστορικό των ασθενών αυτών, όσο και των παραγόντων που καθορίζουν την επικινδυνότητα στο μέλλον, αναδεικνύοντας αυξημένο κίνδυνο για εγκληματική υποτροπή.

Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων με την αξιολόγηση των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο ZKPQ, όπως επίσης και στην αξιολόγηση των ασθενών με την κλίμακα GAF.

Στην SF36 φαίνεται πως οι ασθενείς στο ΠΕΨ διατηρούν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα με λιγότερους περιορισμούς λόγω σωματικής υγείας. Οι ασθενείς στο ΠΕΨ διατηρούν καλύτερη λειτουργικότητα κατά τη διεξαγωγή της έρευνας, όπως φαίνεται από τον μέσο όρο λειτουργικότητας στην GAF (50.48±17.74 vs. 47.89±14.24), ωστόσο αυτή η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Η λειτουργικότητα των ασθενών σε ΠΕΨ φαίνεται γενικότερα να είναι καλύτερη από αυτών στην πορεία, πιθανόν λόγω του μικρότερου χρόνου νόσησης ή και της εξειδικευμένης αντιμετώπισης στην αρχή της νόσου, μην επιτρέποντας να διολισθήσουν σε τρόπο ζωής και συμπεριφορές που μακροπρόθεσμα υπονομεύουν την υγεία ή την ποιότητα ζωής.

Όταν συγκρίνονται βάση των βαθμολογιών τους κατά τη διεξαγωγή της έρευνας με την κλίμακα PANSS, οι ασθενείς που διαπράττουν το αδίκημα στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο έχουν χαμηλότερη βαθμολογία στο σύνολο της Θετικής υποκλίμακας (15.48±5.27 vs. 19.40±7.54, p=0.035) και στο σύνολο της υποκλίμακας της Γενικής ψυχοπαθολογίας (37.71±8.98 vs. 43.30±10.38, p=0.032). Με άλλα λόγια, οι ασθενείς που διέπραξαν το αδίκημα στην πορεία της νόσου είχαν υψηλότερη συνολική βαθμολογία στις υποκλίμακες τόσο της θετικής όσο και της γενικής ψυχοπαθολογίας κατά τη διεξαγωγή της έρευνας, παρουσιάζοντας μια εικόνα χρονιότητας με συνολικά χειρότερη πρόγνωση ή ανταπόκριση στη θεραπεία, αποδιοργάνωση και σωματοποίηση, όπως ενδεχομένως αναμενόταν.

Επίσης φαίνεται πως οι ασθενείς στην πορεία της νόσου όταν εξετάζονται κατά τη διεξαγωγή της έρευνας και μετά από σταθερή εφαρμογή θεραπείας (φαρμακευτικής και ψυχολογικής) παραμένουν

με μεγαλύτερη παρορμητικότητα συγκρινόμενοι με τους ασθενείς σε ΠΕΨ. Το εύρημα αυτό συμβάλλει στην εικόνα που ήδη έχει δημιουργηθεί για τους ασθενείς στην πορεία, οι οποίοι φαίνεται να έχουν πιο επιβαρυντικούς παράγοντες για εγκληματική ή βίαιη συμπεριφορά/υποτροπή σε σχέση με τους ασθενείς σε ΠΕΨ. Εξάλλου, οι ασθενείς σε ΠΕΨ φαίνεται πως στον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας έχουν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη θετική υποκλίμακα, γεγονός που μειώνει την επιθετική συμπεριφορά ή την εγκληματικότητα τη σχετιζόμενη με τη θετική συμπτωματολογία.

Σχετικά με την αξιολόγηση της επικινδυνότητας κατά τη διεξαγωγή της έρευνας με την κλίμακα HCR-20, οι ασθενείς που διέπραξαν το αδίκημα στο ΠΕΨ είχαν χαμηλότερη βαθμολογία σε όλες τις υποκλίμακες, ιστορικού (11.52±2.34 vs. 13.07±2.40, p=0.010), κλινική (3.38±2.09 vs. 5.42±2.79, p=0.003), διαχείρισης κινδύνου (5.57±2.50 vs. 7.25±2.52, p=0.012) και στο σύνολο (20.48±5.44 vs. 25.74±6.26, p=0.001).

Αντιθέτως, οι ασθενείς που διέπραξαν το αδίκημα στην πορεία της νόσου αξιολογήθηκε πως ήταν σε υψηλότερο κίνδυνο εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς με την κλίμακα HCR-20. Παρόλο που το αριθμητικό σκορ δεν αντιπροσωπεύει απαραίτητα τον πραγματικό κίνδυνο, οι ασθενείς που διέπραξαν το αδίκημα στην πορεία της νόσου είχαν σταθερά στατιστικώς σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία τόσο κατά τη διάπραξη του αδικήματος, όσο και κατά τη διεξαγωγή της έρευνας στο σύνολο της κλίμακας, και σχεδόν σε όλες τις υποκλίμακες. Μπορούμε να υποθέσουμε ότι η ομάδα αυτή των ασθενών παραμένει σε κίνδυνο εκδήλωσης επιθετικότητας και βίαιης συμπεριφοράς όχι μόνον όταν δεν συμμορφώνεται στη θεραπεία, αλλά ακόμα και μετά από συνεχιζόμενη θεραπεία. Επιπλέον, αυτοί οι ασθενείς έχουν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία κατά μέσο όρο στο λήμμα C4 (Παρορμητικότητα) κατά τη διάπραξη του αδικήματος και κατά τη διεξαγωγή της έρευνας, εύρημα που επιβεβαιώθηκε με την εμφάνιση υψηλότερης βαθμολογίας με στατιστική σημαντικότητα στο λήμμα G14 (Διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων) στην κλίμακα PANSS κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας.

Θα πρέπει να σημειωθεί πως πρόσφατες μελέτες έχουν διερευνήσει την παρορμητικότητα στη σχιζοφρένεια και επιβεβαίωσαν ότι η παρουσία της σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο βίαιης συμπεριφοράς (Nielssen et al 2012, Witt et al 2013). Στην κλινική πρακτική και τις ψυχιατροδικαστικές αξιολογήσεις, αυτό θα μπορούσε να σημαίνει πως οι ασθενείς που διαπράττουν το αδίκημα στην πορεία της νόσου έχουν περισσότερες πιθανότητες να διαπράξουν ένα νέο αδίκημα. Ωστόσο, θα πρέπει πάλι να σημειωθεί ο μικρός αριθμός του δείγματος, οπότε κάθε γενίκευση πρέπει να γίνεται με πολλή προσοχή. Περισσότερη έρευνα σχετικά θα μπορούσε να διαφωτίσει αυτό το σημαντικό ζήτημα.

Οι Grann et al (2005) σε ανασκόπησή τους βρήκαν πως η χρήση εργαλείων είναι ακριβέστερη βέβαια από την τυχαία πρόβλεψη, ωστόσο στις μελέτες με τα καλύτερα αποτελέσματα οι εκτιμήσεις κινδύνου μπόρεσαν να προβλέψουν τη βία που ακολούθησε στο 76% των περιπτώσεων. Επίσης εντόπισαν σωστά το 69% των ασθενών που δεν εκδήλωσαν βία στο διάστημα παρακολούθησης. Παραμένει, πάντως, η αβεβαιότητα σε ένα ποσοστό που ξεπερνά το 25%. Αντιθέτως, οι Langevin & Curnoe (2013), στην προσπάθειά τους να αναγνωρίσουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά παραβατών που αυξάνουν την επικινδυνότητα, κατέληξαν πως οι χαρακτηρισμένοι από τον καναδικό νόμο ως επικίνδυνοι είχαν χαμηλότερη μόρφωση, περισσότερα προβλήματα στο σχολείο, περισσότερο διαταραγμένη παιδική ηλικία, και έκαναν συχνότερα χρήση ουσιών. Ο συνολικός αριθμός σεξουαλικών και βίαιων αδικημάτων ήταν ο καλύτερος, αν και ασθενής, τρόπος να διαχωριστούν οι παραβάτες σε επικίνδυνους και μη. Οι παράγοντες βέβαια που ταυτοποίησαν ως σημαντικούς στην πρόβλεψη της επικινδυνότητας είναι μερικοί από αυτούς που χρησιμοποιούνται και στην κλίμακα HCR-20. Ταυτόχρονα, γίνεται σαφές πως και τα προγράμματα-ιατρεία παρακολούθησης αυτών των ασθενών σε κίνδυνο να διαπράξουν ένα νέο αδίκημα θα πρέπει να έχουν πολλαπλούς θεραπευτικούς στόχους.

Δ. 1.6 Σύγκριση των ψυχοπαθολογικών ευρημάτων, της λειτουργικότητας και της εκτιμώμενης επικινδυνότητας κατά το αδίκημα και κατά τη διεξαγωγή της έρευνας

Σχετικά με τη βελτίωση της εικόνας των ασθενών, όπως αυτή αντικατοπτρίζεται μέσω της αξιολόγησης με τις κλίμακες PANSS, HCR-20 και GAF, κατά τη διάπραξη του αδικήματος και κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας, και οι δύο ομάδες ασθενών εμφανίζουν στατιστικά σημαντική βελτίωση στην κλίμακα PANSS και τις υποκλίμακες της, καθώς και την κλίμακα HCR-20, εκτός από την αρνητική υποκλίμακα της PANSS. Οι ασθενείς που διέπραξαν το αδίκημα στην πορεία της νόσου βελτιώθηκαν σημαντικά και όσον αφορά τη λειτουργικότητα τους, όπως βαθμολογήθηκε στην κλίμακα GAF.

Τα ευρήματα αυτά συνηγορούν υπέρ της ανταπόκρισης των ασθενών στην ενδονοσοκομειακή θεραπεία, τόσο όσον αφορά την ψυχοπαθολογία, όσο και την επικινδυνότητα και τη λειτουργικότητα. Συνεπώς, μπορεί κανείς να θεωρήσει πως ο συνδυασμός της φαρμακολογικής θεραπείας και των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων που παρέχονται στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής, βελτιώνουν συνολικά την κλινική εικόνα των ασθενών και μειώνουν την εκτιμώμενη επικινδυνότητά τους. Δεδομένου ότι το Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής είναι το μόνο τμήμα πανελλαδικά που αντιμετωπίζει αποκλειστικά ακαταλόγιστους ασθενείς, και άρα έχει τη δυνατότητα εξειδικευμένης φροντίδας, μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να συγκρίνουν τα αποτελέσματα μας με τα αντίστοιχα

αποτελέσματα στην κλινική εικόνα των ασθενών που νοσηλεύονται σε τμήματα εισαγωγών ως προς την αποτελεσματικότητά τους.

Αν εξετάσει κανείς την εξέλιξη των δύο ομάδων ξεχωριστά πριν και μετά τη θεραπεία καταλήγει σε παρόμοια συμπεράσματα, καθώς και οι δύο ομάδες φαίνεται να βελτιώνονται στις ίδιες παραμέτρους. Χαρακτηριστική είναι η επιμονή των αρνητικών συμπτωμάτων, τόσο στο σύνολο του δείγματος, όσο και στις δύο ομάδες όταν εξετάζονται χωριστά. Αυτό το εύρημα είναι αναμενόμενο (Veerman, Schulte & de Haan 2017), καθώς τα αρνητικά συμπτώματα τείνουν να μην ανταποκρίνονται τόσο καλά στην αντιψυχωτική θεραπεία. Επιπλέον επιβαρυντικό παράγοντα, βέβαια, αποτελεί και η μακροχρόνια ενδονοσοκομειακή νοσηλεία.

Χρήζει τέλος σχολιασμού ότι η συνολική βαθμολογία στην HCR-20 για τους ασθενείς σε ΠΕΨ είναι οριακά πάνω από 20, που σημαίνει ότι η επικινδυνότητα μπορεί να χαρακτηριστεί «οριακά» χαμηλή. Η αντίστοιχη μέση βαθμολογία για τους ασθενείς στην Πορεία είναι 25.74, οπότε για αυτή την ομάδα ασθενών χαρακτηρίζεται «μέση». Διευκρινιστικά, ως υψηλή χαρακτηρίζεται η επικινδυνότητα όταν η συνολική βαθμολογία στις κλίμακες της HCR-20 είναι μεγαλύτερη ή ίση του 30, μέση όταν είναι μεταξύ 20 και 29 και χαμηλή όταν είναι μικρότερη του 20.

Δ. 1.7 Υποθέσεις – Εξηγήσεις των ευρημάτων σχετικά με τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος (στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο ή στην πορεία της νόσου) σύμφωνα με τη βιβλιογραφία

Τα ευρήματά μας είναι σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, καθώς οι Large & Nielssen (2008) στην ανασκόπηση 16 μελετών τονίζουν πως υπάρχει πολύ αυξημένος κίνδυνος για ανθρωποκτονία πριν την έναρξη της θεραπείας και πως υπάρχει μια δραματική μείωση στον κίνδυνο αυτό μετά την έναρξη της θεραπείας για ψύχωση. Έτσι, μπορεί κάποιος να υποθέσει πως κάθε καθυστέρηση στην έναρξη θεραπείας είναι πιθανό να αυξάνει την πιθανότητα ανθρωποκτονίας στο ΠΕΨ, αλλά και πως η λήψη μέτρων για μείωση του χρόνου μη θεραπευόμενης ψύχωσης μπορεί να σώσει ζωές. Είχε επίσης αναδειχθεί παλιότερα πως οι ασθενείς στο ΠΕΨ θα πρέπει να θεωρούνται σε υψηλότερο κίνδυνο εκδήλωσης σοβαρής βίας από ότι αργότερα στην πορεία της νόσου (Nielssen, Westmore, Large & Hayes 2007).

Έχει προταθεί πως η μείωση στην εκδήλωση βίας μεταξύ του πρώτου επεισοδίου και μετά τη θεραπεία είναι πιθανόν αποτέλεσμα της επίδρασης διαφόρων παραγόντων, ιδιαίτερα ψυχολογικών, βιολογικών και κοινωνικών (Nielssen, Malhi, McGorry & Large 2012). Αυτοί οι παράγοντες θεωρείται πως συνεισφέρουν στην αύξηση του κινδύνου πριν την έναρξη της θεραπείας, ενώ αντιστρόφως προστατεύουν μετά την έναρξη αυτής. Έτσι, η ύφεση της θετικής συμπτωματολογίας (ψυχολογικός παράγων), ιδιαίτερα των παραληρητικών ιδεών, μπορεί να έχει έναν προστατευτικό ρόλο στα επόμενα

ψυχωτικά επεισόδια, καθώς σοβαρά βίαιη συμπεριφορά φαίνεται να εκδηλώνεται σε απάντηση τρομακτικών παραληρητικών πεποιθήσεων (Nielssen, Westmore & Large et al 2007). Επιπλέον, μέσω διαφόρων θεραπευτικών τεχνικών και προσεγγίσεων, τόσο φαρμακευτικών όσο και ψυχοθεραπευτικών, μπορεί να μειώνεται η πιθανότητα να αντιδράσουν οι ασθενείς στον τρόπο που βιώνουν τη συμπτωματολογία με εκδήλωση σοβαρής βίας. Στο δείγμα μας η διαφορά στη σοβαρότητα της ψυχοπαθολογίας είναι εμφανής, αν κανείς συνυπολογίσει τις στατιστικά σημαντικές διαφορές στα σχετικά λήμματα της θετικής υποκλίμακας της PANSS (P1 και P6) και στο λήμμα G14 (Έλλειψη Κρίσης και Εναισθησίας) μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών.

Ένας επιπλέον παράγοντας που μπορεί να δράσει προστατευτικά στην εκδήλωση σοβαρής βίας από ασθενείς που έχουν λάβει θεραπεία είναι η επίγνωση της ύπαρξης ψυχικής νόσου τόσο από τον ίδιο τον ασθενή όσο και από το οικογενειακό του περιβάλλον, η αναγνώριση της ανάγκης για θεραπεία και ο τρόπος πρόσβασης σε αυτήν (Nielssen, Malhi, McGorry & Large 2012). Όταν οι ασθενείς και οι οικογένειές τους έχουν έρθει ήδη στο παρελθόν σε επαφή με υπηρεσίες ψυχικής υγείας, έχουν εξοικειωθεί με τους τρόπους πρόσβασης στις μονάδες ψυχικής υγείας μετά από μια υποτροπή και μπορούν να το κάνουν συντομότερα και αποτελεσματικότερα συγκριτικά με τους ασθενείς στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο. Αυτό καθίσταται σαφές και από τον αριθμό των νοσηλειών στην ομάδα των ασθενών που διαπράττουν το αδίκημα στην πορεία της νόσου, καθώς το 62.7% αυτών είχαν στο ιστορικό τους περισσότερες από δύο νοσηλείες πριν τη διάπραξη του αδικήματος. Πρέπει κανείς εδώ να προσθέσει ότι είναι ευκολότερο να κινηθεί η διαδικασία της εισαγγελικής παραγγελίας για εξέταση ή νοσηλεία, όταν υπάρχει προηγούμενο γνωστό ψυχιατρικό ιστορικό, γεγονός που συμβαίνει και σε άλλες χώρες (Nielssen, Malhi, McGorry & Large 2012). Τέλος, όπως είναι λογικό, το ιστορικό ψυχικής νόσου μειώνει την πρόσβαση σε πυροβόλα όπλα, με νόμιμη άδεια κατοχής και χρήσης τουλάχιστον (Nielssen, Yee, Millard et al 2011). Παρόλο που αυτό ισχύει και στην Ελλάδα, τα συνολικά ποσοστά οπλοκατοχής είναι χαμηλότερα συγκριτικά με άλλες χώρες.

Άλλοι παράγοντες, όπως η μείωση στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών λόγω της έναρξης ψυχιατρικής θεραπείας (Addington & Addington 2001, Edwards et al 2006), η οποία θα μπορούσε να συμβάλλει στη μείωση της σοβαρής βίας μετά την έναρξη της θεραπείας, δεν εντοπίζονται στο δικό μας δείγμα. Το ποσοστό εξάρτησης/κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών στις δύο ομάδες, πριν και μετά την έναρξη της θεραπείας, είναι παρόμοια (57.1% vs. 54.4%).

Έχει προταθεί στη βιβλιογραφία (de Almeida, Ferrari, Parmigiani et al 2005) ότι τα άτυπα αντιψυχωτικά μπορούν να μειώσουν την εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς, μέσω της μείωσης της υποφλοιώδους ντοπαμινεργικής διέγερσης και της ευόδωσης της μετωπιαίας αναστολής, αν φυσικά

υπάρχει σταθερή συμμόρφωση στη θεραπεία. Στο δείγμα μας η συμμόρφωση στη θεραπεία στην ομάδα των ασθενών που διέπραξαν το αδίκημα στην πορεία της νόσου υπολογίστηκε στο 13.5%. Οι Nielssen, Malhi, McGorry & Large (2012) προτείνουν ότι μέρος της παρατηρούμενης μείωσης στη σοβαρή βία μετά την αρχική θεραπεία θα μπορούσε στην πραγματικότητα να πραγματοποιείται μέσω εγκεφαλικών αλλαγών και αλλαγών στα μοτίβα συμπτωματολογίας και στη γνωστική λειτουργία από την αντιψυχωτική θεραπεία (Scherk & Falkai 2006, Crespo-Facorro et al 2008).

Από την άλλη πλευρά, άλλοι ερευνητές προτείνουν ότι η εμφάνιση αρνητικής συμπτωματολογίας στη σχιζοφρένεια θα μπορούσε να μειώσει τον κίνδυνο εκδήλωσης σοβαρής βίας σε βάθος χρόνου για μερικούς ασθενείς, καθώς αυτή δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία όπως προαναφέρθηκε (Swanson, Swartz, Van Dorn et al 2006). Στο δείγμα μας βέβαια δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην αρνητική συμπτωματολογία μεταξύ των δύο ομάδων ούτε πριν ούτε μετά τη θεραπεία, όπως δεν υπάρχει σημαντική διαφορά της αρνητικής συμπτωματολογίας κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας και κατά τον χρόνο της μελέτης για κάθε μία από τις δύο ομάδες.

Συμπερασματικά, σύμφωνα με τα δεδομένα της έρευνάς μας, οι σημαντικότεροι παράγοντες που πιθανόν διαφοροποιούν τις δύο ομάδες ασθενών είναι η διαφορά στην θετική συμπτωματολογία, την έλλειψη κρίσης και εναισθησίας και τη διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων που είναι στατιστικά σημαντικά βαρύτεροι στην ομάδα των ασθενών σε ΠΕΨ.

Δ. 1.8 Σχολιασμός ευρημάτων σχετικά με το φύλο

Οι γυναίκες αποτελούν ένα μικρό ποσοστό του δείγματος (10.26%). Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην αναλογία ασθενών σε ΠΕΨ στους άνδρες και στις γυναίκες. (25.7% vs.37.5% αντίστοιχα, p=0.675). Επίσης παρόλο που οι γυναίκες έχουν χαμηλότερα ποσοστά εξάρτησης/κατάχρησης (25% vs. 60% αντίστοιχα), η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική (p=0.073). 50% των γυναικών του δείγματος αναφέρουν ιστορικό σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης (vs. 38.6% στους άνδρες, p=0.706). 75% των γυναικών (vs. 50% των ανδρών, p=0.268) έχουν βιώσει στρεσογόνα γεγονότα πριν τη διάπραξη του αδικήματος. 87.5% των γυναικών έχουν διαπράξει εγκλήματα κατά της ζωής, ανθρωποκτονίες ή απόπειρες ανθρωποκτονίας (vs. 65.7% των ανδρών, p=0.425). Οι γυναίκες διαπράττουν το αδίκημα περίπου στην ηλικία των 40, λίγο αργότερα συγκριτικά με τους άνδρες (vs. 38.5, p=0.869). Τέλος, δεν έχουν ιστορικό προηγούμενων καταδικών (0% vs. 28.6% των ανδρών, p=0.105).

Όλες οι υποκλίμακες του Aggression Questionnaire έχουν χαμηλότερη βαθμολογία, εκτός από την «Εχθρικότητα» (23.38 vs. 22.86, p=0.779). Οι γυναίκες έχουν υψηλότερη βαθμολογία στις υποκλίμακες και στη συνολική βαθμολογία της PANSS τόσο κατά το αδίκημα (117.13 vs. 108.84,

p=0.257), όσο και κατά την έρευνα (91.75 vs. 84.90, p=0.411). Τέλος, παρουσιάζουν χαμηλότερη επικινδυνότητα, όπως αξιολογείται από την HCR-20, τόσο κατά το αδίκημα (23.13 vs. 26.04, p=0.137), όσο και κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας. (21.5 vs. 24.64, p=0.194). Ωστόσο, καμία από τις ανωτέρω παρατηρούμενες διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές.

Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές που παρατηρούνται κατά τη σύγκριση των δύο ομάδων που σχηματίζονται με κριτήριο διαφοροποίησης το φύλο είναι:

- Οι γυναίκες είναι συχνότερα έγγαμες (ή χήρες) σε σχέση με τους άνδρες, οι οποίοι είναι κατά κύριο λόγο άγαμοι (35.5% vs.15.7%, p=0.004)
- Οι γυναίκες αποπειρώνται συχνότερα να αυτοκτονήσουν μετά τη διάπραξη του αδικήματος (62.5% vs. 17.1%, p=0.011)
- Οι γυναίκες είναι λιγότερα συχνά καταστροφικές πριν τη διάπραξη του αδικήματος (37.5% vs. 78.6%, p=0.023)
- Καμία από τις γυναίκες του δείγματος δεν είχε ιστορικό διαταραχής διαγωγής (0% vs. 42.9%, p=0.021)
- Οι γυναίκες εμφανίζουν χαμηλότερη «Επιθετικότητα – Εχθρικότητα» στο ερωτηματολόγιο ZKPQ (19.12% vs. 40.17%, p=0.009)
- Οι γυναίκες αναφέρουν λιγότερο συχνά πόνο (65.00 vs. 81.93%, p=0.052) όπως αναφέρεται στην SF36.

Τα ευρήματά μας συμφωνούν και συμπληρώνουν τη σχετική βιβλιογραφία. Όσον αφορά τη φυλακή ή τις ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες, οι άντρες υπερτερούν αριθμητικά. Στην Αγγλία και την Ουαλία, για παράδειγμα, από στοιχεία του Υπουργείου Δικαιοσύνης το 2007, προκύπτει ότι οι γυναίκες αποτελούσαν το 6% των κρατουμένων (Ministry of Justice 2007) και το 12% των νοσηλευόμενων ασθενών (Rutherford & Duggan 2007). Επίσης, από παλιότερες μελέτες έχει αναδειχθεί ότι τα θύματα των γυναικών είναι πιο πιθανό να συγκαταλέγονται ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας ή του στενού κύκλου των φίλων από ότι αυτά των ανδρών, όταν το αδίκημα ήταν ανθρωποκτονία (Gibson et al 1969, Gibson 1975). Οι Swanson et al (2006) βρήκαν πως οι γυναίκες στο δείγμα τους ήταν πιθανότερο να ζουν με την οικογένειά τους, με αποτέλεσμα να έχουν πιθανόν περισσότερες ευκαιρίες για σωματικές επιθέσεις. Ωστόσο, σε μελέτες των Gunn et al (1991) & Maden (1996) καμία από τις γυναίκες που είχε καταδικαστεί για ανθρωποκτονία δεν είχε σημαντικό ποινικό μητρώο πριν από το συγκεκριμένο αδίκημα για το οποίο νοσηλευόταν, ενώ μακρύ εγκληματικό ιστορικό ήταν κοινό για τους άνδρες αντίστοιχα. Σε αυτή τη μελέτη των Gunn et al (1991) 91% των γυναικών σκότωσαν σύζυγο/εραστή/μέλος οικογένειας /εξαρτώμενο πρόσωπο, ενώ μόνο το 50% των αντρών είχε θύμα σύζυγο/εραστή /γνωστό άτομο. Στην ίδια μελέτη οι παραβάσεις που περιλάμβαναν βία ήταν λιγότερες

στις γυναίκες από ότι στους άνδρες. Περίπου ένας στους πέντε που καταδικάστηκε ή δέχθηκε προειδοποίηση στην Αγγλία και την Ουαλία ήταν γυναίκα, αλλά για βία ενάντια σε άλλο πρόσωπο, αυτό το ποσοστό έπεφτε στο 1:8.

Όσον αφορά το προφίλ των γυναικών που διέπραξαν αδικήματα για τα οποία κρίθηκαν ακαταλόγιστες, οι Hodgins, Hébert, & Baraldi (1986) σε ανασκόπηση τους βρήκαν ότι οι γυναίκες διέφεραν από τους άντρες σχετικά με χαμηλότερη επίπτωση, υψηλότερα ποσοστά σχιζοφρένειας και συναισθηματικών διαταραχών και χαμηλότερα ποσοστά αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας. Το προφίλ της γυναίκας εγκληματία που προέκυψε από αυτή την μελέτη ήταν μια γυναίκα μεγαλύτερη των 30 ετών, με στοιχειώδη εκπαίδευση, άνεργη κατά την περίοδο που διέπραξε το αδίκημα, το αδίκημα που διέπραξε ήταν βίαιο και το ακολούθησε απόπειρα αυτοκτονίας, ευρήματα που συμφωνούν με τη μελέτη μας. Σύμφωνα δε με τους Fazel et al (2009) οι γυναίκες άνω των 40 με ψύχωση διαπράττουν το 1 /5 των βίαιων εγκλημάτων που διαπράττουν γυναίκες της ηλικίας τους, όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα.

Σε ανασκόπηση σχετικά με τη βία που εκδηλώνουν γυναίκες που πάσχουν από ψύχωση οι Taylor et al (2009) αναφέρουν ότι υπάρχουν δεδομένα ότι οι γυναίκες με ψύχωση ξεκινούν τη διάπραξη εγκληματικών πράξεων σε μεγαλύτερη ηλικία από ότι οι άντρες με ανάλογα προβλήματα, αλλά σταματούν νωρίτερα. Επιβαρυντικοί παράγοντες για εκδήλωση βίας παραμένει η συννοσηρότητα με διαταραχή προσωπικότητας, η οποία με τη σειρά της αυξάνει το ποσοστό χρήσης ουσιών. Οι γυναίκες με ψύχωση παρουσιάζονται να κάνουν λιγότερο σοβαρές βίαιες πράξεις και να έχουν ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς σε μικρότερο βαθμό σε σύγκριση με τους άντρες. Οι συγγραφείς δεν εντόπισαν διαφορά στα χαρακτηριστικά της ψυχοπαθολογίας της ψύχωσης ανάμεσα στα δυο φύλα, ωστόσο παρατήρησαν μεγαλύτερα αναφερόμενα ποσοστά κακοποίησης στην παιδική ηλικία (Taylor et al 2009).

Τέλος, το γεγονός ότι οι γυναίκες του δείγματος έχουν στατιστικά λιγότερο συχνά διαταραχή διαγωγής σε σχέση με τους άνδρες, είναι σύμφωνο με τη βιβλιογραφία, καθώς στην παιδική ηλικία τα αγόρια εμφανίζουν τέσσερις φορές συχνότερα ΔΔ σε σχέση με τα κορίτσια (Maughan, Rowe, Messer, Goodman, & Meltzer 2004), ενώ στην εφηβεία δύο φορές συχνότερα (Loeber et al 2000).

Δ. 1.9 Σχολιασμός ευρημάτων σχετικά με τη χρήση αλκοόλ/ουσιών

60% των ανδρών και 25% των γυναικών του δείγματος είχαν ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες. Από τους χρήστες, η πλειοψηφία (72.7%) διέπραξε το αδίκημα στην πορεία της νόσου, όπως όμως ισχύει και για αυτούς χωρίς ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης (73.5%, p=0.073). 77.3% των χρηστών έχουν στο ιστορικό τους νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική πριν τη διάπραξη του αδικήματος. 47.7% αυτών εμφάνιζαν διαταραχή διαγωγής κατά την παιδική ηλικία έναντι 26.5% της άλλης ομάδας (p=0.056). 63.6% διέπραξαν εγκλήματα κατά της ζωής. Τα συνήθη θύματα είναι κυρίως μέλη της οικογένειας (73.7%).

Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές που εμφανίζονται μεταξύ των δύο ομάδων που προέκυψαν με κριτήριο το ιστορικό εξάρτησης/κατάχρησης από ουσίες είναι:

- Οι χρήστες έχουν σημαντικά υψηλότερο ποσοστό διάγνωσης με ψύχωση και διαταραχή οφειλόμενη σε ουσίες συγκριτικά με τους μη χρήστες, όπου επικρατεί η διάγνωση της σχιζοφρένειας (p=0.036).
- Οι χρήστες έχουν σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό ακούσιων νοσηλειών σε σχέση με τους μη χρήστες (79.4% έναντι 100%, p=0.036).
- 63% των ασθενών με ιστορικό χρήσης έκαναν χρήση πέριξ της τέλεσης του αδικήματος (p<0.001), ενώ στο 45.5% των περιπτώσεων η διάπραξη του αδικήματος σχετιζόταν με ουσίες (p<0.001).
- Οι χρήστες ήταν συχνότερα σε φαρμακευτική αγωγή κατά τη διάπραξη του αδικήματος (88.6% έναντι 67.6%, p=0.023)
- Οι χρήστες αναφέρουν μικρότερο ποσοστό αποπειρών αυτοκτονίας μετά τη διάπραξη του αδικήματος (p=0.011) και μεγαλύτερο ποσοστό ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς τόσο πριν (84.1% έναντι 61.8%, p=0.025), όσο και μετά τη διάπραξη του αδικήματος (27.3% έναντι 5.9%, p=0.015)
- 36.4% των χρηστών είχε ιστορικό προηγούμενων καταδικών (p=0.014)
- Οι χρήστες διαπράττουν το αδίκημα νωρίτερα (35.8 έτη έναντι 42.4 έτη η ομάδα χωρίς ιστορικό χρήσης, p=0.019)
- Οι χρήστες εμφανίζουν μεγαλύτερη σωματική και λεκτική επιθετικότητα καθώς και θυμό, αλλά όχι εχθρικότητα, όπως αξιολογήθηκαν από το Aggression Questionnaire
- Οι χρήστες εμφανίζουν μεγαλύτερη Εκδραματιζόμενη εχθρικότητα όπως αξιολογείται στο HDHQ και μεγαλύτερη παρορμητική αναζήτηση αίσθησης όπως αξιολογείται στο ZKPQ

- Οι χρήστες εμφανίζουν μεγαλύτερη επικινδυνότητα όπως αξιολογείται στην υποκλίμακα του ιστορικού και τη συνολική κλίμακα HCR-20, τόσο πριν όσο και μετά το αδίκημα.

Τα ευρήματά μας συμφωνούν και συμπληρώνουν τη σχετική βιβλιογραφία. Η χρήση ουσιών φαίνεται από διεθνείς μελέτες να σχετίζεται με αυξημένη παραβατικότητα νωρίς στην ενήλικη ζωή σε ασθενείς με ψυχωτικές διαταραχές. Οι Swanson et al (2006) βρήκαν πως η διαταραχή χρήσης ουσιών σχετίζεται με βία ήπιας μορφής (minor violence), αλλά και πως τετραπλασιάζει την πιθανότητα εκδήλωσης σοβαρής βίας στους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Ωστόσο, στο τελικό μοντέλο της πολυπαραγοντικής ανάλυσης, η επίδραση της διαταραχής χρήσης ουσιών στην εκδήλωση βίας φάνηκε να διαμεσολαβείται μέσω άλλων παραγόντων, όπως για παράδειγμα της διαταραχής διαγωγής.

Το χαμηλότερο ποσοστό ακούσιων νοσηλειών στους ασθενείς με ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης μπορεί να δικαιολογηθεί ενδεχομένως από το γεγονός ότι συχνά στις περιπτώσεις αυτές συνιστάται αντιμετώπιση σε ειδικές μονάδες απεξάρτησης ή διπλής διάγνωσης, και όχι σε τμήματα οξέων περιστατικών. Ωστόσο, φαίνεται πως η χρήση είναι ένας από τους παράγοντες που παρακινεί τον ασθενή ή/και το περιβάλλον του να αναζητήσουν θεραπεία, ανεξάρτητα από τη μετέπειτα συμμόρφωση, γεγονός που αντικατοπτρίζεται στο αυξημένο ποσοστό αυτών που ήταν σε φαρμακευτική αγωγή κατά το αδίκημα.

Το εύρημα πως μεγάλο ποσοστό των ασθενών έκαναν χρήση πέριξ της τέλεσης του αδικήματος είναι αναμενόμενο. Πρόσφατα, οι Sariaslan et al (2016) αναγνώρισαν ως παράγοντα που πυροδοτεί βίαιη και παραβατική συμπεριφορά την τοξίκωση όπως έχει αναφερθεί.

Το μικρότερο ποσοστό αποπειρών αυτοκτονίας μετά τη διάπραξη του αδικήματος θα μπορούσε να οφείλεται σε πιθανή συνυπάρχουσα διαταραχή προσωπικότητας αντικοινωνικού τύπου που συχνά χαρακτηρίζει τους ασθενείς που κάνουν χρήση ουσιών (Compton, Conway, Stinson, Colliver & Gran 2005). Επίσης, η αυξημένη καταστροφικότητα πριν και μετά το αδίκημα σε συνδυασμό με την αυξημένη επιθετικότητα (λεκτική και σωματική), καθώς και το αυξημένο ποσοστό προηγούμενων καταδικών συμπληρώνουν την εικόνα των ασθενών αυτών, οι οποίοι πιθανόν να έχουν αντικοινωνικά στοιχεία προεξάρχοντα στην προσωπικότητά τους.

Η αναζήτηση αίσθησης, η παρορμητικότητα και η χρήση ουσιών είναι γνωστό ότι συνυπάρχουν και μάλιστα εκτιμάται ότι μπορεί να μοιράζονται κοινούς γενετικούς παράγοντες (Verdejo-Garcia et al 2008). Επίσης, η αναζήτηση αίσθησης και η παρορμητικότητα εμφανίζονται σε ένα συνεχές φάσμα, από συμπεριφορές όπως η περιστασιακή υπερκατανάλωση αλκοόλ (binge drinking), η υπερβολική κατανάλωση καφεΐνης ή νικοτίνης ως την κατάχρηση ουσιών και την εξάρτηση.

Στο δείγμα μας δεν φάνηκε, ωστόσο, να υπερέχουν τα βίαια αδικήματα στους χρήστες σε σχέση με τα μη βίαια, σε αντίθεση με τη μελέτη των Wallace, Mulleen, & Burgess (2004). Πιο συγκεκριμένα, οι Wallace et al (2004) στην Αυστραλία διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ της εγκληματικότητας και της σχιζοφρένειας σε ένα δείγμα 2.861 ασθενών σε μία περίοδο 25 ετών. Οι ασθενείς με χρήση ήταν πιθανότερο να έχουν καταδικαστεί γενικά (68.1% vs. 11.7%), αλλά και να έχουν καταδικαστεί ειδικότερα για βίαιο αδίκημα σε σχέση με αυτούς χωρίς χρήση (68.1% vs. 4.4%). Το τελευταίο εύρημα μπορεί να εξηγηθεί ίσως από το γεγονός ότι οι πληθυσμοί διαφέρουν, δεδομένου ότι η μελέτη μας εστιάζεται σε ακαταλόγιστους ασθενείς, οι οποίοι συνηθέστερα έχουν διαπράξει βαρύτερα αδικήματα στο σύνολό τους, και δεν αποτελεί μελέτη κοόρτης.

Τέλος, η επικινδυνότητα των χρηστών αξιολογείται μεγαλύτερη τόσο πριν όσο και μετά το αδίκημα, ακριβώς λόγω όλων των ανωτέρω παραγόντων από το ιστορικό των ασθενών αυτών (καταδίκες, καταστροφικότητα κλπ.). Στην κλινική πρακτική αυτό σημαίνει πως στην ψυχιατροδικαστική αξιολόγηση οι ασθενείς με ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες παραμένουν με υψηλή εκτιμώμενη επικινδυνότητα και μετά από συστηματική θεραπεία.

Δ. 1.10 Σχολιασμός ευρημάτων σχετικά με το ιστορικό αυτοκτονικότητας ως την τέλεση του αδικήματος

Ένας στους τρεις ασθενείς του δείγματός μας (N=26, 33.3%) εκδήλωσε αυτοκτονικότητα πριν τη διάπραξη του αδικήματος. Το ποσοστό αυτό κρίνεται αρκετά υψηλό και συμφωνεί με τα μέχρι σήμερα διεθνή δεδομένα. Από τη βιβλιογραφία προκύπτει πως ο κίνδυνος αυτοκτονίας στους ασθενείς με σχιζοφρένεια κυμαίνεται μεταξύ 9 και 13%, και είναι 20 με 50 φορές μεγαλύτερος από αυτόν στον γενικό πληθυσμό (Pinikahana, Happell, Keks 2003). Επίσης όπως υπολογίστηκε από τον ΠΟΥ, επιδημιολογικά σε κάθε αυτοκτονία αντιστοιχούν περίπου 20 απόπειρες (ΠΟΥ 2014). Μεταξύ των παραγόντων που αυξάνουν τον κίνδυνο τριπλασιάζοντας τον έχουν ταυτοποιηθεί οι διαταραχές του σχιζοφρενικού φάσματος και η χρήση ουσιών (Chesney, Goodwin, Fazel 2014), παράγοντες που έχουν εντοπιστεί και στο δείγμα μας.

Η ομάδα που παρουσίαζε αυτοκτονικότητα ως τη διάπραξη του αδικήματος

- Είχε συχνότερα διάγνωση με διαταραχή οφειλόμενη σε χρήση (11.5% vs. 1.9%), συχνότερα ψυχωτική διαταραχή (30.8% vs. 11.5%) και λιγότερο συχνά σχιζοφρένεια (57.7% vs. 80.8%, p=0.033)
- Είχε συχνότερη χρήση ηρωίνης (30.8% vs. 9.6%, p=0.026)

- Είχε μικρότερο αναφερόμενο ποσοστό σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης (26.9% vs. 46.2%, p=0.020)
- Εμφάνιζε καλύτερη λειτουργικότητα μετά το αδίκημα (56.15 vs. 44.81, p=0.002), καθώς και ηπιότερη ψυχοπαθολογία στο σύνολο της PANSS (77.38 vs. 89.71, p=0.019).

Τα ευρήματα αυτά συνθέτουν το προφίλ των ακαταλόγιστων ασθενών που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν πριν τελικά διαπράξουν ένα αδίκημα που φαίνεται να σχετίζεται περισσότερο με χρήση ουσιών πριν το αδίκημα, και με ηπιότερη ψυχοπαθολογία, καθώς και καλύτερη πρόγνωση μετά το αδίκημα υπό συνεχιζόμενη παρακολούθηση και θεραπεία. Φαίνεται πως οι ασθενείς αυτοί βελτιώνονται περισσότερο από την προσφερόμενη θεραπεία και ανταποκρίνονται καλύτερα σε αυτήν, χωρίς να διαφέρουν σε άλλα χαρακτηριστικά με την άλλη ομάδα, όπως πχ στη λήψη αντικαταθλιπτικής θεραπείας κλπ. Ενδεχομένως, η ίδια η λήψη ουσιών να συνέβαινε στα πλαίσια αυτοθεραπείας. Το μικρότερο ποσοστό αναφερόμενης κακοποίησης δεν ήταν αναμενόμενο, καθώς η κακοποίηση ειδικά στην παιδική ηλικία αυξάνει την πιθανότητα αυτοκτονίας ή εμφάνισης σοβαρής ψυχοπαθολογίας κατά την ενήλικη ζωή. Πιθανός λόγος για τη διαμόρφωση αυτού του αποτελέσματος είναι η ιδιαιτερότητα του δείγματός μας που ούτως ή άλλως αποτελείται από έναν πολύ ειδικό πληθυσμό, αλλά και η πιθανή αναξιοπιστία στην αναφορά κακοποίησης που παρατηρείται γενικά.

Από τα ανωτέρω προκύπτει η ανάγκη έγκαιρης ψυχιατρικής παρέμβασης σε ασθενείς που αποπειρώνται και τη συννοσηρότητα με χρήση, καθώς φαίνεται πως επίσης κινδυνεύουν να προβούν σε αδικήματα (και μάλιστα το ίδιο σοβαρά με την ομάδα σύγκρισης). Από την έκβαση αυτών των περιστατικών προκύπτει πως αν αντιμετωπιστούν σε ένα σταθερό, ενδεχομένως και μακροχρόνιο πλαίσιο, έχουν τελικά καλή ανταπόκριση στη θεραπεία.

Δ. 1.11 Σχολιασμός ευρημάτων σχετικά με το ιστορικό ετεροκαταστροφικότητας ως την τέλεση του αδικήματος

Οι ασθενείς που εμφανίζουν ετεροκαταστροφικότητα πριν τη διάπραξη του αδικήματος έχουν ηλικία κατά μέσο όρο τα 38 έτη κατά το αδίκημα, ενώ η ηλικία έναρξης της ψυχιατρικής νόσου είναι αρκετά νωρίτερα, στα 25 έτη περίπου. Οι ασθενείς αυτοί αποτελούν το 74% του δείγματός μας και διαφέρουν σε σχέση με αυτούς που δεν εκδήλωσαν ετεροκαταστροφική συμπεριφορά πριν το αδίκημα διότι:

- Είναι στη συντριπτική πλειοψηφία άνδρες (94.8%, p=0.023)
- Είναι σε μεγαλύτερο ποσοστό ασθενείς με ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες (63.8% vs. 35%, p=0.025)
- Καταναλώνουν συχνότερα αλκοόλ πάνω από το κρίσιμο όριο (73.1% vs. 45%, p=0.025)

- Τους είχε συστηθεί συχνότερα φαρμακευτική αγωγή πριν τη διάπραξη του αδικήματος (86.2% vs. 60%, p=0.022)
- Εμφανίζουν λιγότερο συχνά αυτοκτονική συμπεριφορά μετά την τέλεση του αδικήματος (12.1% vs. 50%, p=0.001)
- Αναφέρουν συχνότερα διαταραχή διαγωγής/ συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία (46.6% vs. 15%, p=0.012)
- Αναφέρουν λιγότερο συχνά στρεσογόνα γεγονότα ζωής που να προηγούνται της διάπραξης του αδικήματος (41.4% vs. 85%, p=0.001)
- Παρουσιάζουν στις υποκλίμακες του ZKPQ «Παρορμητικότητα», «Νευρωτισμός-Άγχος», «Επιθετικότητα-Εχθρικότητα» αυξημένη βαθμολογία (p=0.039, 0.033 και 0.012 αντίστοιχα)
- Εκτιμώνται κλινικά με αυξημένη επικινδυνότητα πριν και μετά το αδίκημα (όσον αφορά την κλίμακα ιστορικού και το σύνολο της HCR-20).

Οι ασθενείς αυτοί δεν διαπράττουν σοβαρότερα αδικήματα σε σχέση με την ομάδα σύγκρισης, ούτε διαφοροποιούνται τα θύματά τους. Φαίνεται πως αν και δεν διαπράττουν σοβαρότερα αδικήματα, ωστόσο εμφανίζουν συχνότερα διαταραχή στη συμπεριφορά από την παιδική ηλικία, και δεν σχετίζεται η παραβατικότητά τους με έκθεση σε παράγοντες επιβαρυντικούς, άρα δεν φαίνεται να μεσολαβούν στρεσογόνα γεγονότα που να πυροδοτούν την εγκληματικότητα. Φαίνεται να λειτουργούν περισσότερο παρορμητικά, κάνουν συχνότερα χρήση ουσιών, υπερκαταναλώνουν συχνότερα αλκοόλ και δεν φαίνεται να εμφανίζουν αυτοκτονικότητα μετά το αδίκημα (πιθανά λόγω αντικοινωνικών στοιχείων στην προσωπικότητα). Οι ασθενείς αυτοί φαίνεται να παραμένουν επικίνδυνοι σταθερά, τόσο πριν όσο και μετά τη θεραπεία. Εξάλλου, οι ασθενείς που εκδήλωναν ετεροκαταστροφική συμπεριφορά συχνά είχαν ήδη απευθυνθεί σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και τους είχε συστηθεί φαρμακευτική αγωγή, και μάλιστα συχνότερα από τους ασθενείς της άλλης ομάδας, γεγονός που επιπλέον αναδεικνύει το φαινόμενο που παρατηρείται και στην κλινική πρακτική, πως συχνά η επιθετική συμπεριφορά είναι αυτή που οδηγεί τον ασθενή, αλλά κυρίως το περιβάλλον του, να αναζητήσει βοήθεια.

Από τη βιβλιογραφία προκύπτει πως η ετεροκαταστροφική συμπεριφορά παρατηρείται συχνά στη σχιζοφρένεια. Οι Hodgins et al (2007) χρησιμοποίησαν σαν εργαλείο το MacArthur Community Violence Instrument για να εξετάσουν την επιθετική συμπεριφορά σε δείγμα βρετανών ασθενών με σοβαρή ψυχική ασθένεια, οι περισσότεροι από τους οποίους είχαν σχιζοφρένεια. Τα ποσοστά επιθετικής συμπεριφοράς που βρέθηκαν ήταν υψηλά: 47.1% των ανδρών και 21.2% των γυναικών ανέφεραν ότι είχαν εμπλακεί σε τουλάχιστον μια σοβαρή επίθεση κάποτε στη ζωή τους, το 49.2% των ανδρών και το 38.8% των γυναικών ανέφεραν ότι είχαν εμπλακεί σε τουλάχιστον μία πράξη

σωματικής επιθετικότητας εναντίον άλλου ατόμου τους προηγούμενους 6 μήνες, και 21.7% των ανδρών και 18.8% των γυναικών ανέφεραν ότι συμμετείχαν σε απειλητική για τη ζωή πράξη βίας εναντίον άλλου ατόμου τους προηγούμενους 6 μήνες.

Άλλη μελέτη με μεγάλο δείγμα εξωτερικών ασθενών με σοβαρή ψυχική ασθένεια διαπίστωσε ότι ένας στους πέντε επιτέθηκε σε άλλο άτομο σε μία περίοδο 2 ετών (Walsh et al 2001). Ομοίως, μελέτες δειγμάτων εξωτερικών ασθενών με σχιζοφρένεια αναφέρουν ποσοστά σωματικής επιθετικής συμπεριφοράς απέναντι σε άλλους που κυμαίνονται από 8 έως 77% κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 6 μηνών και ποσοστά απειλητικής για τη ζωή βίας έναντι άλλων που φτάνουν έως 40% (Hodgins et al 2007).

Επίσης, η επιθετική συμπεριφορά σχετίζεται τόσο με κατάχρηση αλκοόλ και διαταραχή διαγωγής, όσο και με ιστορικό ακούσιων νοσηλειών, όπως φαίνεται από τη βιβλιογραφία (Hodgins, Hiscoke & Freese 2003, Hodgins & Riaz 2011).

Δ. 1.12 Σχολιασμός ευρημάτων σχετικά με το ιστορικό διαταραχής διαγωγής/συμπεριφοράς

Περίπου 38.5% των ασθενών του δείγματός μας εμφάνισε διαταραχή διαγωγής (ΔΔ) στην παιδική ηλικία (N=30), και μάλιστα περίπου 43% των ανδρών. Από τη βιβλιογραφία προκύπτει πως στα περισσότερα δείγματα ασθενών με ψυχωτικές διαταραχές στην κοινότητα, ο επιπολασμός της ΔΔ είναι περίπου 20% μεταξύ των γυναικών και 40% μεταξύ των ανδρών (Kim-Cohen et al 2003), αλλά και στο Ηνωμένο Βασίλειο περιγράφηκε δείγμα νοσηλευόμενων ασθενών όπου η ΔΔ πριν από την ηλικία των 15 ετών χαρακτήριζε το 42.0% των ανδρών και το 22.4% των γυναικών (Hodgins et al 2008). Ενώ αυτά τα δείγματα ασθενών με σχιζοφρένεια προέρχονται από γενικές ψυχιατρικές υπηρεσίες, μεταξύ ασθενών σε ψυχιατροδικαστικές δομές ο επιπολασμός της ΔΔ είναι υψηλότερος και ακόμα υψηλότερος μεταξύ των φυλακισμένων (Hodgins et al 1998). Στο δείγμα μας το γεγονός ότι δεν αναφέρεται ιστορικό ΔΔ στις γυναίκες θα μπορούσε να οφείλεται στον πολύ περιορισμένο αριθμό τους (N=8) ή στην ελαττωμένη εξοικείωση των ειδικών με τη διάγνωση αυτή στα κορίτσια.

Πιο αναλυτικά οι ασθενείς με ΔΔ είχαν τα εξής χαρακτηριστικά:

- Ήταν μόνον άνδρες (100% vs. 83.3%, p=0.021)
- Ήταν κυρίως άγαμοι μόνοι (83.3% vs. 45.8%, p=0.004)
- Είχαν όλοι ιστορικό ακούσιας νοσηλείας (100% vs.79.4%, p=0.036), ενώ είχαν σημαντικά λιγότερες εκούσιες νοσηλείες (19% vs. 50%, p=0.022)
- Έκαναν συχνότερα χρήση ουσιών γενικά (70% vs. 47.9%, p=0.056), αλλά και συχνότερη χρήση κάνναβης (56.7% vs. 33.3%, p=0.042) και ηρωίνης (30% vs. 8.3%, p=0.012)

- Εκδήλωναν συχνότερα ετεροκαταστροφική συμπεριφορά πριν τη διάπραξη του αδικήματος (90% vs. 64.6%, p=0.012)
- Συχνότερα αναφερόμενη οργανική νόσος (p=0.012)
- Διέπραξαν λιγότερο συχνά εγκλήματα κατά της ζωής (53.3% vs. 77.1%, p=0.029) και σε μικρότερη ηλικία (33.77 vs. 41.75, p=0.003)
- Είχαν μικρότερη ηλικία έναρξης ψυχικής νόσου (21.23 vs. 28.29, p<0.001)
- Χαρακτηρίζονται από αυξημένη βαθμολογία στις υποκλίμακες «Θυμός» στο Aggression Questionnaire, «Εκδραματιζόμενη εχθρικότητα», «Κριτική των άλλων» και «Εξωστρεφόμενης επιθετικότητα» στο HDHQ, «Παρορμητική αναζήτηση αίσθησης», «Παρορμητικότητα», «Επιθετικότητα-Εχθρικότητα» στο ZKPQ
- Εμφανίζουν χειρότερη λειτουργικότητα μετά τη θεραπεία (44.33 vs. 51.25, p=0.050) και μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα (67.08 vs. 85.42, p=0.006)
- Εμφανίζουν βαρύτερη θετική συμπτωματολογία μετά το αδίκημα (20.4 vs. 17.06, p=0.045)
- Χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη επικινδυνότητα τόσο πριν όσο και μετά το αδίκημα (όχι μόνον ως προς το ιστορικό και το σύνολο, αλλά και ως προς την κλινική εικόνα).

Ανατρέχοντας στη βιβλιογραφία βρήκαμε μια προοπτική μελέτη κοόρτης στη Νέα Ζηλανδία, η οποία έδειξε ότι 40% αυτών που ανέπτυξαν διαταραχές του σχιζοφρενικού φάσματος έως την ηλικία των 26 ετών πληρούσαν τα κριτήρια για ΔΔ έως την ηλικία των 15 ετών (Kim-Cohen et al 2003). Αυτό το εύρημα επαναλαμβάνει μια παλαιότερη προοπτική μελέτη των ΗΠΑ που δείχνει ότι τα παιδιά με αντικοινωνική συμπεριφορά διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για σχιζοφρένεια (Robins 1966). Αυτές οι παρατηρήσεις συμφωνούν με τα αποτελέσματα μεγάλης μελέτης με δείγμα ενηλίκων των ΗΠΑ (Robins 1993, Robins & Price 1991, Robins et al 1991), που υποδεικνύουν και πάλι αυξημένο επιπολασμό της ΔΔ μεταξύ ατόμων που αναπτύσσουν σχιζοφρένεια.

Γενικότερα, όπως προκύπτει από μελέτες σε δείγματα από τον γενικό πληθυσμό, η ΔΔ έχει πολύ αρνητικές συνέπειες για τη ζωή των ενηλίκων, είτε οδηγώντας σε επίμονη εγκληματικότητα ή σε άλλες σοβαρές μορφές κακής προσαρμογής (maladjustment). Οι διαχρονικές έρευνες δείχνουν πως λίγα άτομα που εμφανίζουν ΔΔ από την εφηβεία γίνονται αργότερα υγιείς αυτόνομοι ενήλικες (Farrington et al 1988, Moffit et al 2002).

Η ΔΔ φαίνεται να προηγείται της έναρξης της κατάχρησης ουσιών στον γενικό πληθυσμό (Armstrong & Costello 2002, Robins & McEvoy 1990) και σε ασθενείς με σοβαρή ψυχική ασθένεια (Mueser et al 1999). Μια μελέτη έχει δείξει ότι μεταξύ ανδρών παραβατών με σχιζοφρένεια, η κατάχρηση ουσιών

συνδέθηκε με την εγκληματικότητα μόνο μεταξύ αυτών των ανδρών που δεν είχαν ιστορικό αντικοινωνικής συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία (Tengström et al 2004).

Τα δεδομένα από τη δική μας έρευνα σχετικά με τα χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν την ομάδα ασθενών με ιστορικό ΔΔ από αυτούς χωρίς ΔΔ συμφωνούν εν πολλοίς με τη βιβλιογραφία. Σε μελέτη τους οι Hodgins et al (2005), στην οποία παρακολούθησαν 248 άνδρες νοσηλευόμενους ασθενείς με σχιζοφρένεια για 2 χρόνια μετά το εξιτήριο, βρήκαν πως το 21% αυτών είχαν ιστορικό ΔΔ. Στη συνέχεια, συνέκριναν την ομάδα ασθενών με ιστορικό ΔΔ (N=52) και αυτούς χωρίς ιστορικό ΔΔ. Βρήκαν πως διαταραχή χρήσης ουσιών πριν την ενηλικίωση συνυπήρχε στο 80.4% αυτών με ιστορικό ΔΔ έναντι 41.5% αυτών χωρίς ΔΔ ($p<0.001$). Η διάγνωση της ΔΔ αύξανε τον αριθμό μη βίαιων αδικημάτων κατά 3.7 φορές. Οι συμμετέχοντες, ωστόσο, με ΔΔ δεν διέπρατταν συχνότερα ανθρωποκτονία συγκρινόμενοι με αυτούς χωρίς ΔΔ ($p=0.169$). Η μέση ηλικία κατά την πρώτη καταδίκη για μη βίαιο αδίκημα ήταν μικρότερη για τους ασθενείς με ΔΔ (20.0 έτη±6.01) σε σχέση με αυτούς χωρίς ΔΔ (26.5 έτη ±9.12, $p<0.000$). Η μέση ηλικία κατά τη διάπραξη βίαιου αδικήματος ήταν επίσης μικρότερη σε αυτούς με ΔΔ ((21.9 ±6.49 έναντι 29.7± 9.75, $p<0.001$), όπως και η ηλικία έναρξης της ψυχικής νόσου (20.6±6.02 έναντι 24.4±7.91, $p=0.024$). Περισσότεροι ασθενείς με ΔΔ (73.1%) πληρούσαν κριτήρια για εξάρτηση/κατάχρηση αλκοόλ κάποια στιγμή στη ζωή τους σε σχέση με αυτούς χωρίς ΔΔ (52.0%, $p=0.007$) και για κατάχρηση/εξάρτηση για τουλάχιστον μία εξαρτησιογόνο ουσία (με ΔΔ 69.2%, χωρίς ΔΔ 38.8%, $p<0,001$). Η διάγνωση ΔΔ διπλασίαζε τον κίνδυνο για επιθετική συμπεριφορά και αύξανε τον αριθμό νοσηλειών και τον αριθμό των ακούσιων νοσηλειών, κυρίως όμως τον αριθμό νοσηλειών σε ψυχιατροδικαστικές δομές. Όμως, η διάγνωση ΔΔ δεν σχετιζόταν με τα θετικά συμπτώματα κατά το εξιτήριο, ούτε κατά τη διάρκεια παρακολούθησης, όπως επίσης ούτε με τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή, εύρημα που δεν συμφωνεί με τα δεδομένα μας. Πιθανοί λόγοι για τη διαφορά αυτή είναι ότι το δείγμα μας αποτελείται αποκλειστικά από ακαταλόγιστους ασθενείς, ενώ το δείγμα της εν λόγω μελέτης αποτελείται μόνον στο 60% από ψυχιατροδικαστικό πληθυσμό. Επίσης, είναι πιθανό το δικαστικό μας σύστημα να κρίνει ακαταλόγιστους ασθενείς μόνον επί σοβαρής ψυχωτικής συμπτωματολογίας. Δεδομένης της σοβαρής ψυχοπαθολογίας, λοιπόν, που όπως φαίνεται εμφανίζεται και νωρίς στην ενήλικη ζωή αυτών των ασθενών, μπορεί να εξηγηθεί το εύρημα ότι οι ασθενείς με ΔΔ παρουσιάζουν βεβαρημένη εικόνα τελικά, όσον αφορά και την ανταπόκρισή τους στη θεραπεία για τα θετικά συμπτώματα, επιβαρύνοντας επιπροσθέτως και τη λειτουργικότητά τους.

Δ. 1.13 Σχολιασμός ευρημάτων σχετικά με την κατηγοριοποίηση των ασθενών σε φαινότυπους κατά την Hodgins

Ο πρώτος φαινότυπος αποτελείται από παραβάτες με σχιζοφρένεια οι οποίοι έχουν στο ιστορικό τους καταδίκη για βία πριν από την έναρξη της ασθένειας κι εκείνους με ιστορικό διαταραχών συμπεριφοράς ή διαταραχής διαγωγής (ΔΔ) πριν από την ηλικία των 15 ετών. Από τη βιβλιογραφία προκύπτει πως, σε σύγκριση με άλλους παραβάτες με σχιζοφρένεια, αυτοί που ανήκουν στον πρώτο φαινότυπο έχουν καταδικαστεί για περισσότερα βίαια και μη βίαια εγκλήματα (Mueser et al 2006), διαπράττουν εγκλήματα ευρέος φάσματος (Hodgins 2004), κι έχουν ποινικό ιστορικό παρόμοιο με εκείνο των παραβατών με ιστορικό διαταραχών συμπεριφοράς από την παιδική ηλικία χωρίς ψυχική ασθένεια (Hodgins & Côté 1993, Schug et al 2007). Επιπλέον, σχεδόν όλοι εμφανίζουν ένα μοτίβο χρήσης ουσιών από την αρχή της εφηβείας (Moran & Hodgins 2004, Tengström et al 2001, Mueser et al 1999).

Στο δείγμα μας οι ασθενείς που ανήκουν στον φαινότυπο Ι βάση του ιστορικού διαταραχής διαγωγής/συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία (N=24) έχουν τα εξής χαρακτηριστικά:

- Είναι όλοι άνδρες (100% vs. 73% vs. 84%, p=0.053), με νεαρότερη ηλικία έναρξης ψυχικής νόσου (p=0,043), συχνότερα άγαμοι μόνοι (87.5, 45.5, 43.8, p=0.014), συχνότερα με ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης (75% vs. 36.4% vs. 43.8%, p=0.030), συχνότερα με ιστορικό χρήσης ηρωίνης (33.3% vs. 0% vs. 12.5%, p=0.030) και διαπράττουν το αδίκημα για το οποίο κρίθηκαν ακαταλόγιστοι σε νεαρότερη ηλικία (31.79±9.89 vs. 31.82±7.35 vs. 44.13±11.89, p<0.001)
- Από τις ψυχομετρικές δοκιμασίες φαίνεται πως εμφανίζουν
    - Υψηλότερη βαθμολογία στη Σωματική Επιθετικότητα (22.33±10.78 vs. 15.27±5.76 vs. 18.13±8.46, p=0.050), στη Λεκτική Επιθετικότητα (14.00±4.53 vs. 10.45±2.02 vs. 13.13±2.69, p=0.009) και στον Θυμό (16.58±5.91 vs. 13.00±4.38, vs. 12.88±4.75, p=0.050), όπως μετρήθηκαν με το Aggression Questionnaire,
    - Υψηλότερη βαθμολογία στην Κριτική των άλλων (8.04±2.99, 4.91±1.97, 5.97±2.78, p=0.003), και στην Εξωστρεφόμενη επιθετικότητα (19.08±8.01, 12.09±3.94, 14.78±6.78, p=0.013) όπως μετρήθηκαν με το HDHQ
    - Υψηλότερη βαθμολογία στην Παρορμητική αναζήτηση αίσθησης (55.69±28.87, 33.49±21.99, 33.88±18.33, p=0.003), στην Παρορμητικότητα (61.98±31.16, 29.55±17.92, 35.16±19.94, p=0.001), και στην Επιθετικότητα-Εχθρικότητα (56.86±26.23, 27.27±18.28, 28.12±12.65, p<0.001) όπως μετρήθηκαν με το ZKPQ

- Υψηλότερη βαθμολογία στην Εννοιολογική αποδιοργάνωση (3.13±1.62, 1.64±0.81, 2.53±1.05, p=0.013), στη Διέγερση (2.58±0.93, 2.36±0.92, 1.78±0.75, p=0.005), στην Έλλειψη συνεργασίας (3.00±1.47, 1.73±0.47, 2.28±0.96, p=0.023), και στη Διαταραχή ελέγχου παρορμήσεων (3.29±1.43, 2.09±0.54, 2.50±1.14, p=0.016) όπως αξιολογήθηκαν με την PANSS μετά το αδίκημα κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας
- Παραμένουν περισσότερο επικίνδυνοι τόσο κατά το αδίκημα (28.88±4.39, 20.45±4.70, 24.25±5.45, p<0.001), όσο και κατά την έρευνα (27.79±5.39, 18.09±5.89, 23.06±6.31, p<0.001) όπως αξιολογήθηκαν με την HCR-20.

Τα ευρήματά μας είναι σύμφωνα με τη βιβλιογραφία καθώς αντικατοπτρίζουν το προφίλ των ασθενών αυτών που συνεχίζουν να παραβατούν. Η μελέτη μας προσφέρει επιπλέον στοιχεία στην κλινική εικόνα αυτών των ασθενών που αποτυπώνονται τόσο στις κλίμακες της επιθετικότητας, εχθρικότητας και προσωπικότητας, όσο και στις κλίμακες της ψυχοπαθολογίας. Στην τελευταία περίπτωση φαίνεται πως, ενώ η θετική συμπτωματολογία σχετίζεται με επιθετικότητα και εκδήλωση βίας από τη βιβλιογραφία, οι ασθενείς αυτοί δεν διαφοροποιούνται ως προς το προφίλ των συμπτωμάτων τους, αλλά μόνο ως προς την παραβατικότητα και την επιθετικότητα (Moran & Hodgins 2004). Επιπλέον, αναδεικνύεται η κλινική χρησιμότητα της HCR-20 στην αξιολόγηση των ασθενών, καθώς σαφώς ανιχνεύει και αναδεικνύει την αυξημένη επικινδυνότητά τους.

Στον δεύτερο φαινότυπο ανήκουν παραβατικοί ασθενείς με σχιζοφρένεια οι οποίοι δεν έχουν ιστορικό αντικοινωνικής ή επιθετικής συμπεριφοράς πριν από την έναρξη της ασθένειας. Στη συνέχεια όμως εκδηλώνουν επανειλημμένα επιθετική συμπεριφορά απέναντι σε άλλους. Ένα τέτοιο μοτίβο επιθετικής συμπεριφοράς που αρχίζει μετά την ενηλικίωση είναι σπάνια, καθώς σχεδόν όλοι οι επίμονα βίαιοι παραβάτες έχουν πολύ μακρύ ιστορικό αντικοινωνικής και επιθετικής συμπεριφοράς που εκτείνεται στην παιδική ηλικία (Loeber & Stouthammer-Loeber 1998, Moffitt 1993). Στο δείγμα 248 ανδρών με σχιζοφρένεια των Hodgins, Tiihonen & Ross (2005) που περιγράφηκε προηγουμένως, οι παραβάτες που δεν είχαν ιστορικό αντικοινωνικής συμπεριφοράς από την παιδική ηλικία συγκρίθηκαν με εκείνους με προβλήματα συμπεριφοράς. Οι δύο ομάδες περιλάμβαναν παρόμοια αναλογία για τουλάχιστον μία καταδίκη για βίαιο έγκλημα, αλλά κατά μέσο όρο, η ομάδα με σχιζοφρένεια χωρίς ΔΔ είχε λιγότερες καταδίκες για βίαια εγκλήματα και πολύ λιγότερες καταδίκες για μη βίαια εγκλήματα. Ωστόσο, μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών χωρίς αντικοινωνική συμπεριφορά πριν από την έναρξη της ασθένειας είχε καταδικαστεί για ανθρωποκτονία (23.9%) σε σύγκριση με ασθενείς με προηγούμενο ιστορικό ΔΔ (10.4%, p= 0.046, Hodgins 2008). Όπως θα ήταν αναμενόμενο, ασθενείς χωρίς ιστορικό αντικοινωνικής συμπεριφοράς πριν από την έναρξη της ασθένειας ήταν

σημαντικά γηραιότεροι κατά την πρώτη καταδίκη για βίαιο έγκλημα από τους ασθενείς με σχιζοφρένεια και ΔΔ.

Στο δείγμα μας οι ασθενείς που ανήκουν στον Φαινότυπο ΙΙ (N=11) έχουν τα εξής χαρακτηριστικά:

- διαπράττουν ανθρωποκτονία συχνότερα (29.2% vs. 90.9% vs. 50%, p=0.063), ωστόσο η διαφορά δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική
- είναι συχνότερα αυτοκαταστροφικοί μετά το αδίκημα (16.7% vs. 72.7% vs. 12.5%, p<0.001), και
- βιώνουν συχνότερα σοβαρά στρεσογόνα γεγονότα πριν το αδίκημα (41.7% vs. 90.9% vs. 50%, p=0.021)
- έχουν βαρύτερη ψυχοπαθολογία όσον αφορά τις Παραληρητικές ιδέες (6.08±1.41 vs. 7.00±0.00 vs. 6.56±0.84, p=0.038), και την Ενασχόληση (4.75±1.89 vs. 6.36±1.21 vs. 4.84±1.73, p=0.037) στην PANSS κατά το αδίκημα
- 45.4% αυτών έκανε χρήση αλκοόλ πάνω από το κρίσιμο όριο και 36.4% έκανε χρήση κάνναβης
- 27.3% έκαναν κατάχρηση αλκοόλ ή/και κάνναβης τις τελευταίες 30 ημέρες πριν το αδίκημα.

Η μελέτη μας προσφέρει επιπλέον στοιχεία για αυτή την κατηγορία ασθενών, οι οποίοι φαίνεται να οδηγούνται συχνότερα σε ανθρωποκτονική συμπεριφορά υπό το κράτος παραληρητικών ιδεών και συχνά υπό την επήρεια ψυχοδραστικών ουσιών μετά από στρεσογόνα γεγονότα. Υπό το πρίσμα αυτών των δεδομένων, μπορούν να προταθούν νέα πρωτόκολλα εντοπισμού και έγκαιρης αντιμετώπισης των ασθενών αυτών που θα διαπράξουν ένα σοβαρό αδίκημα με την έναρξη της νόσου.

Στον τρίτο φαινότυπο ανήκουν συνήθως άνδρες κοντά στην ηλικία των 40 ετών με χρόνια σχιζοφρένεια, χωρίς ιστορικό αντικοινωνικής ή επιθετικής συμπεριφοράς, οι οποίοι σκοτώνουν ή προσπαθούν να σκοτώσουν κάποιον, συχνά τον φροντιστή. Οι Hodgins et al (2014) υποθέτουν ότι μεταξύ των ασθενών με χρόνια σχιζοφρένεια, η αναλγησία (callousness) μπορεί να προκύψει από προοδευτικές αλλαγές του εγκεφάλου και αυξάνει τον κίνδυνο επιθετικής συμπεριφοράς. Χρησιμοποιώντας το δείγμα 248 ανδρών με σχιζοφρένεια που περιγράφηκε παραπάνω, βρέθηκε ότι οι βαθμολογίες για τα στοιχεία από την Psychopathy Checklist Revised (Hare 2003) που αξιολογούν το συναίσθημα, την αναλγησία, συσχετίστηκαν με βίαια αδικήματα και με αρνητικά συμπτώματα, αλλά όχι με ιστορικό ΔΔ ή κατάχρηση ουσιών (Sunak 2006). Ομοίως, σε μια μελέτη με επίμονα επιθετικούς εσωτερικούς ασθενείς, εντοπίστηκαν τρεις διαφορετικές ομάδες, μία από τις οποίες χαρακτηρίστηκε από έλλειψη μεταμέλειας (Nolan et al. 2003).

Στο δείγμα μας οι ασθενείς που ανήκουν στον Φαινότυπο ΙΙΙ (N=32) έχουν τα εξής χαρακτηριστικά:

- Έχουν συχνότερα νοσηλείες (75% vs. 9% vs. 91%, p=0.030),
- Είναι συχνότερα σε φαρμακευτική αγωγή (87.5% vs. 45.5% vs. 90.6%, p=0.003)
- 75% διαπράττουν εγκλήματα κατά της ζωής με συνήθη θύματα μέλη της οικογένειας (61.3%) και
- Διαπράττουν το αδίκημα για το οποίο κρίθηκαν ακαταλόγιστοι στην ηλικία των 44.13 (±11.89) ετών.

Η προσπάθεια να κατανεμηθούν οι ασθενείς με ψυχωτικές διαταραχές στους φαινοτύπους όπως προτείνονται από τη βιβλιογραφία αποσκοπούσε στον εμπλουτισμό της κλινικής τους εικόνας με στοιχεία σχετικά με το ιστορικό, την επιθετικότητά όπως αποτυπώνεται στις διάφορες κλίμακες, καθώς και την ψυχοπαθολογία και την επικινδυνότητά τους. Ωστόσο, είναι σαφές πως το δείγμα μας είναι αρκετά περιορισμένο αριθμητικά και επηρεάζεται ποιοτικά από το γεγονός ότι οι ασθενείς αυτοί είναι παραβάτες που κρίθηκαν ακαταλόγιστοι σύμφωνα με την κείμενη ελληνική νομοθεσία και όχι οι παραβάτες με ψύχωση στο σύνολό τους.

Δ. 1.14 Σχολιασμός ευρημάτων από την ανάλυση συστάδων (cluster analysis)

Οι ομάδες ασθενών όπως προέκυψαν από την ανάλυση συστάδων παρουσιάζονται με βάση τα κυριότερα χαρακτηριστικά τους συνοπτικά:

Ομάδα Ι:

- Είναι η μικρότερη σε αριθμό (N=14)
- Όλοι άνδρες, που διαπράττουν το αδίκημα στην πορεία της νόσου στη συντριπτική πλειοψηφία
- Πάσχουν από ένα ευρύτερο φάσμα ψυχιατρικών διαταραχών, οι μισοί πριν την ηλικία των 20
- Στη συντριπτική πλειοψηφία έχουν ακούσιες νοσηλείες (90.9%)
- Μηδενική συμμόρφωση στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής
- Υπερκαταναλώνουν αλκοόλ και κάνουν χρήση κάνναβης, οπιοειδών και χαπιών
- Εμφανίζουν ετεροκαταστροφική συμπεριφορά τόσο πριν όσο και μετά τη διάπραξη του αδικήματος
- Έχουν σε μεγάλο ποσοστό ιστορικό ΔΔ (71.4%)
- Διαπράττουν ένα ευρύ φάσμα αδικημάτων με θύματα κυρίως μέλη της οικογένειας
- Εμφανίζουν την υψηλότερη βαθμολογία σε όλες τις υποκλίμακες του Aggression Questionnaire, HDHQ & ZKPQ εκτός από την υποκλίμακα της Ενεργητικότητας και της Κοινωνικότητας
- Έχουν τη χαμηλότερη λειτουργικότητα τόσο πριν όσο και μετά το αδίκημα

- Έχουν τη χαμηλότερη βαθμολογία σε όλα σχεδόν τα λήμματα της Θετικής υποκλίμακας της PANSS, και κυρίως στο λήμμα Καχυποψία-Ιδέες δίωξης
- Έχουν τη χαμηλότερη βαθμολογία στο λήμμα Αίσθημα ενοχής της PANSS κατά την έρευνα
- Έχουν την υψηλότερη βαθμολογία κατά την έρευνα στα λήμματα Έλλειψη συνεργασίας, Έλλειψη κρίσης κι εναισθησίας καθώς και Διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων
- Αξιολογούνται ως οι επικινδυνότεροι σύμφωνα με την HCR-20 κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας

Ομάδα ΙΙ:

- Είναι η πολυπληθέστερη (N=44)
- Κυρίως άνδρες, αλλά και γυναίκες που διαπράττουν το αδίκημα κυρίως στην πορεία της νόσου
- Είναι κυρίως άγαμοι χωρίς σχέση
- Στη μεγάλη πλειοψηφία πάσχουν από σχιζοφρένεια με έναρξη ως και την ηλικία των 40 ετών κι έχουν νοσηλευτεί τόσο ακουσίως όσο κι εκουσίως
- Τους έχει συστηθεί αγωγή την οποία δεν λαμβάνουν
- Έχουν το χαμηλότερο ποσοστό χρήσης κάνναβης από όλες τις ομάδες
- Συχνά εκδηλώνουν ετεροκαταστροφική συμπεριφορά πριν το αδίκημα (72.7%) που όμως μειώνεται πολύ μετά τη θεραπεία (15.9%)
- 1 στους 3 έχει ιστορικό ΔΔ
- Διαπράττουν ελαφρύτερα αδικήματα σε σύγκριση με τις άλλες ομάδες
- Τα θύματά τους είναι κυρίως μέλη της οικογένειας, αλλά και συχνά απλά γνωστοί (16.2%) ή και άγνωστοι (16.2%)
- Έχουν τις περισσότερες καταδίκες (29.5%)
- Έχουν κατά τον χρόνο της έρευνας την υψηλότερη βαθμολογία στα λήμματα Εννοιολογική αποδιοργάνωση, Ψευδαισθητική συμπεριφορά, Ιδέες μεγαλείου και Διέγερση της PANSS

Ομάδα ΙΙΙ:

- Είναι τόσο άνδρες όσο και γυναίκες (N=20)- Περιέχει το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών (20%)
- Διαπράττουν το αδίκημα τόσο στο ΠΕΨ (45%) όσο και στην πορεία (55%)
- Οι μισοί υπήρξαν έγγαμοι
- Μόνον το 60% είχε ιστορικό νοσηλείας, από τους οποίους 1 στους 3 είχε (και) εκούσιες νοσηλείες
- Έχουν το μικρότερο ποσοστό χρήσης ουσιών
- Μόνον στο 65% είχε συστηθεί φαρμακευτική αγωγή

- Έχουν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά τόσο πριν (40%) όσο και μετά το αδίκημα (40%)
- Δεν εμφανίζουν ετεροκαταστροφική συμπεριφορά μετά το αδίκημα
- Έχουν το χαμηλότερο ποσοστό ΔΔ (25%)
- Έχουν το υψηλότερο ποσοστό στρεσογόνων γεγονότων πριν το αδίκημα (75%)
- Διαπράττουν στη συντριπτική πλειοψηφία αδικήματα κατά της ζωής (ανθρωποκτονίες και απόπειρες ανθρωποκτονίας, 90%)
- Τα θύματά τους είναι μέλη της οικογένειας (85%)
- Έχουν τη χαμηλότερη βαθμολογία σε όλες τις υποκλίμακες του Aggression Questionnaire, HDHQ & ZKPQ εκτός από την υποκλίμακα της Ενεργητικότητας και της Κοινωνικότητας
- Έχουν την καλύτερη λειτουργικότητα μετά το αδίκημα
- Έχουν την υψηλότερη βαθμολογία στα λήμματα της PANSS Παραληρητικές ιδέες, Καχυποψία / Ιδέες Δίωξης και Εχθρότητα
- Έχουν τη χαμηλότερη βαθμολογία στην Αρνητική υποκλίμακα της PANSS πριν και μετά το αδίκημα
- Έχουν τη χαμηλότερη βαθμολογία στη υποκλίμακα Γενικής Ψυχοπαθολογίας της PANSS κατά την έρευνα
- Αξιολογούνται ως οι λιγότερο επικινδυνότεροι σύμφωνα με την HCR-20 κατά τη διάπραξη του αδικήματος και κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας

Είναι σημαντικό να τονιστεί πως η τελευταία ομάδα αξιολογείται κλινικά ως η λιγότερο επικίνδυνη από τα στοιχεία του ιστορικού, της κλινικής εικόνας και της διαχείρισης της επικινδυνότητας με την HCR-20, ωστόσο είναι αυτή που διαπράττει τα σοβαρότερα αδικήματα συνήθως μετά από ένα στρεσογόνο συμβάν. Ενδεχομένως είναι η επιδείνωση της ψυχοπαθολογίας, όπως φαίνεται από τα αντίστοιχα λήμματα της θετικής υποκλίμακας της PANSS, που θέτει τους ασθενείς αυτούς πιο ευάλωτους στην εκδήλωση βίας.

Άλλωστε, σε μελέτη τους οι Hodgins et al (2011) εξέτασαν την υπόθεση ότι, μεταξύ των ασθενών με σχιζοφρένεια, ο κίνδυνος για επιθετική συμπεριφορά διαφέρει ανάλογα με τη βαρύτητα των θετικών συμπτωμάτων. Στη μελέτη τους αξιολογήθηκαν από ψυχιάτρους 251 ενήλικες με σχιζοφρένεια που ζούσαν στην κοινότητα σχετικά με την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς. Στο τελικό πολυπαραγοντικό μοντέλο η επιθετική συμπεριφορά συσχετίστηκε σημαντικά και θετικά με τη διαταραχή διαγωγής στην παιδική ηλικία, την τρέχουσα χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών, τα θετικά συμπτώματα, τα συμπτώματα threat/control-override (TCO) και τα συμπτώματα κατάθλιψης. Ενώ το 16% των ασθενών με δύο ή λιγότερα θετικά συμπτώματα εκδήλωσαν επιθετική συμπεριφορά κατά τα προηγούμενους έξι μήνες, αυτό ίσχυε για το 28.4% των ατόμων με τρία ή περισσότερα θετικά

συμπτώματα. Μεταξύ των ασθενών με περισσότερα θετικά συμπτώματα, οι στατιστικές δοκιμασίες απέτυχαν να εντοπίσουν κάποιον παράγοντα που να σχετίζεται με επιθετική συμπεριφορά, εκτός από τη μη συμμόρφωση με τα φάρμακα, τα τυπικά αντιψυχωτικά φάρμακα και την κλοζαπίνη. Αντίθετα, μεταξύ των ασθενών με λίγα θετικά συμπτώματα, η επιθετική συμπεριφορά συσχετίστηκε με συμπτώματα TCO, κατάθλιψη, νεαρή ηλικία, αρσενικό φύλο, τη διαταραχή διαγωγής, προηγούμενη επιθετική συμπεριφορά και τρέχουσα παράνομη χρήση ναρκωτικών. Καταλήγουν, λοιπόν, πως στις διάφορες φάσεις της ασθένειας όπως αυτές διακρίνονται ανάλογα με τη βαρύτητα των θετικών συμπτωμάτων, ο κίνδυνος επιθετικής συμπεριφοράς και οι σχετικοί παράγοντες κινδύνου διαφέρουν, εύρημα που φαίνεται να επιβεβαιώνεται και στο δείγμα μας.

Έτσι, όσον αφορά τη δική μας μελέτη, στην πρώτη ομάδα, όπου τα θετικά συμπτώματα είναι ελαφρύτερα, στο προφίλ των ασθενών φαίνεται να κυριαρχεί η χρήση, η ΔΔ και η προηγούμενη επιθετική συμπεριφορά. Η επιθετικότητα των ασθενών αυτών αντικατοπτρίζεται στις αυξημένες βαθμολογίες που συγκεντρώνουν στις αντίστοιχες κλίμακες. Στην τρίτη ομάδα, όπου τα θετικά συμπτώματα είναι βαρύτερα, στο προφίλ των ασθενών κυριαρχεί η μη λήψη φαρμακευτικής αγωγής (είτε λόγω μη προηγούμενης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας, είτε λόγω μη συμμόρφωσης). Πρόσθετα στοιχεία για το προφίλ αυτών των ασθενών αποτελούν η αυτοκτονικότητα, η χαμηλότερη βαθμολογία των αρνητικών συμπτωμάτων και το ιστορικό στρεσογόνων γεγονότων πριν το αδίκημα. Ενώ στη δεύτερη ομάδα, όπου η βαρύτητα των θετικών συμπτωμάτων κρίνεται μέση, οι ασθενείς εμφανίζουν εικόνα χρονιότητας, με ιστορικό νοσηλειών, και μη συμμόρφωσης, που τους οδηγεί σε παραβατικότητα, συνήθως όμως διαπράττουν ελαφρύτερα αδικήματα με θύματα τόσο εντός, όσο και εκτός οικογένειας.

Συμπερασματικά, η ανάλυση συστάδων που πραγματοποιήθηκε στο δείγμα μας προτείνει έναν ακόμη διαχωρισμό των προφίλ ασθενών που παραβατούν, επιπλέον των αναφερόμενων στη βιβλιογραφία (πρώτο επεισόδιο/ πορεία της νόσου, τρεις φαινότυποι της Hodgins). Προκειμένου να επιβεβαιωθούν τα ευρήματα αυτά χρειάζεται βεβαίως να πραγματοποιηθούν μελέτες με μεγαλύτερα δείγματα που να περιλαμβάνουν επιπλέον και διάφορες κατηγορίες ασθενών που παραβατούν (πιθανόν ασθενείς με επιθετική συμπεριφορά που δεν έχουν διωχθεί ποινικά, αλλά και κρατούμενους με μείζονες ψυχιατρικές παθήσεις), και όχι μόνον ακαταλόγιστους.

Το γεγονός ότι οι ομάδες που προκύπτουν δεν συμπίπτουν με τις προτεινόμενες από την βιβλιογραφία πιθανόν να οφείλεται ακριβώς στον περιορισμένο αριθμό των συμμετεχόντων στην έρευνα, αλλά κυρίως στην αποκλειστική συμμετοχή ακαταλόγιστων ασθενών, που αποτελούν μια ειδική ομάδα του ψυχιατρικού πληθυσμού, όπως έχει αναφερθεί.

Δ. 1.15 Σχολιασμός ευρημάτων σχετικά με τους ασθενείς που είχαν ως θύμα τον πατέρα

Στο δείγμα μας 8 ακαταλόγιστοι ασθενείς διέπραξαν επίθεση με θύμα τον πατέρα, όλοι άνδρες, κατά κύριο λόγο άγαμοι (7 στους 8), με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (οι μισοί με εκπαίδευση μόνον ως την πρωτοβάθμια), που διαβιούσαν κυρίως στις αγροτικές περιοχές (62.5%) με τις πατρικές τους οικογένειες (75%). Οι ασθενείς είχαν ηλικία 33 έτη κατά μέσο όρο (±8.27) κατά τη διάπραξη του αδικήματος.

Σχεδόν όλοι οι ασθενείς έπασχαν από σχιζοφρένεια (7/8, 87.5%) και όλοι διέπραξαν το αδίκημα στην πορεία της νόσου. Σχεδόν όλοι (7/8) είχαν στο ιστορικό τους νοσηλείες, συχνά πολυάριθμες και συχνά ακούσιες. Ενώ οι περισσότεροι (87.5%) είχαν λάβει σύσταση για φαρμακευτική αγωγή, μόνον 1 ασθενής (14.3%) ήταν συμμορφούμενος με τις οδηγίες.

Σε 5 περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκε μαχαίρι και σε μία περίπτωση όπλο, ενώ το αδίκημα διαπράχθηκε κυρίως σε κοινό ιδιωτικό χώρο (N=5).

Όσον αφορά το οικογενειακό τους ιστορικό, περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς αυτής της ομάδας είχαν οικογενειακό περιβάλλον με κατάχρηση/εξάρτηση από ουσίες, ενώ σε 3 περιπτώσεις υπήρχε και ιστορικό ψυχιατρικής νόσου, αναδεικνύοντας τις δυσκολίες που πιθανόν να βίωσαν κατά την παιδική τους ηλικία.

Αυτοκαταστροφικότητα αναφέρεται κυρίως πριν τη διάπραξη του αδικήματος (N=3, 37.5%), όπως και ετεροκαταστροφικότητα (N=7, 87.5%). Οι ασθενείς αυτής της ομάδας αναφέρουν ιστορικό κακοποίησης (37.5%), κυρίως του τύπου του σχολικού εκφοβισμού. Επιπλέον, 3 ασθενείς αναφέρουν ιστορικό διαταραχής διαγωγής/συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία (37,5%). Δεν φαίνεται να προηγούνται στρεσογόνα γεγονότα πριν τη διάπραξη του αδικήματος.

Όσον αφορά τη χρήση, 5 ασθενείς (62,5%) κατανάλωναν τακτικά αλκοόλ κι έκαναν χρήση αλκοόλ την περίοδο διάπραξης του αδικήματος. Σε 2 περιπτώσεις η διάπραξη του αδικήματος σχετιζόταν με τη χρήση (τοξίκωση). 4 ασθενείς έκαναν χρήση κάνναβης, από τους οποίους οι 3 συστηματικά.

Όσον αφορά την ψυχοπαθολογία όπως αυτή αξιολογείται με την κλίμακα PANSS, η θετική συμπτωματολογία με μέσο όρο περίπου 28 θεωρείται υψηλής βαρύτητας, η αρνητική συμπτωματολογία με μέσο όρο περίπου 23 θεωρείται μέσης βαρύτητας, η γενική ψυχοπαθολογία με μέσο όρο 50.5 θεωρείται υψηλής βαρύτητας, ενώ το σύνολο με μέσο όρο 101.5 θεωρείται υψηλής βαρύτητας. Τα ευρήματα αυτά αναδεικνύουν τη σοβαρότητα της ψυχοπαθολογίας, η οποία φαίνεται και από τη βιβλιογραφία να σχετίζεται με την εκδήλωση επιθετικότητας, όπως έχει σχολιαστεί ανωτέρω.

Στο δείγμα μας οι πατροκτονίες (N=3) είναι λιγότερες από τις μητροκτονίες (N=11), που πιθανόν να μπορεί να οδηγήσει στο γενικότερο συμπέρασμα ότι οι μητροκτονίες είναι συνηθέστερες. Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με τα αντίστοιχα ευρήματα των d'Orban & O'Connor (1989), αλλά αντίθετο με τα ευρήματα των Bourget et al (2007), καθώς στο δείγμα τους οι πατροκτονίες αφορούσαν το 57.8% των γονεοκτονιών, σε σχέση με το υπόλοιπο 42.2% που αφορούσαν μητροκτονίες. Αλλά και ο McKnight (1966) βρήκε πως οι ανθρωποκτονίες που διαπράττονται από γιους είναι συχνότερα πατροκτονίες από ότι μητροκτονίες (60% έναντι 40%).

Οι Singhal & Dutta (1992) σε μελέτη τους 10 ανδρών που διέπραξαν πατροκτονία και νοσηλεύονταν σε 3 νοσοκομεία της Μεγάλης Βρετανίας, διαπίστωσαν ότι οι πατέρες τους ήταν πολύ πιο τιμωρητικοί από τις μητέρες, και ότι οι μητέρες ήταν υπερβολικά προστατευτικές και πιο ανεκτικές από τους πατέρες. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα άτομα που διαπράττουν πατροκτονία έχουν μια ασυνήθιστη, συχνά δύσκολη σχέση με τους πατέρες τους. Όσον αφορά τα δημογραφικά τους δεδομένα το εύρος ηλικιών ήταν 20-40 ετών. Εννέα από τους άντρες δεν είχαν ποτέ παντρευτεί και όλοι ήταν ελεύθεροι τη στιγμή της πατροκτονίας. Μόνο σε 3 από τις 10 περιπτώσεις υπήρχε οικογενειακό ιστορικό αλκοολισμού και ψυχιατρική ασθένεια. Δύο από τους 10 είχαν σκοτώσει και τους δύο γονείς. 8 ασθενείς διαγνώσθηκαν με χρόνια σχιζοφρενική νόσο βάσει των κριτηρίων του Σνάιντερ και 2 ασθενείς με διαταραχή προσωπικότητας. Τρεις από αυτούς είχαν ιστορικό μικροκλοπών. Δύο από αυτούς είχαν παραληρητικές ιδέες δίωξης σε σχέση με τον πατέρα. Επτά ασθενείς με σχιζοφρένεια περιέγραψαν τον πατέρα τους ως κυρίαρχο και επιθετικό. Πέντε από αυτούς τους πατέρες προκάλεσαν την επίθεση, κυρίως με διαφωνίες. Και οι δυο ασθενείς με διαταραχή της προσωπικότητας έκαναν σοβαρή κατάχρηση αλκοόλ και χαρακτήρισαν τον πατέρα τους κυρίαρχο και βίαιο απέναντί τους από την παιδική ηλικία.

Η παρανοϊκή σχιζοφρένεια φαίνεται να είναι η πιο συχνή διάγνωση, που αντιπροσωπεύει περίπου 40% έως 80% των ψυχωτικών πατροκτόνων (Bourget et al 2007, Campion et al 1985, Cravens et al 1985, Marleau et al 2003, Millaud et al 1996, Singhal & Dutta 1990 & 1992, Weisman et al 2002).

Οι περισσότερες από τις πατροκτονίες σύμφωνα με τους Bourget et al (2007), που μελέτησαν 36 περιπτώσεις πατροκτονίας από γιους, σημειώθηκαν στην οικογενειακή κατοικία (34/36, 94.4%) και πολλοί δράστες (21 /36, 58.3%) κατοικούσαν με τους γονείς τους τη στιγμή του αδικήματος. Το πιο κοινό μέσο ήταν το μαχαίρι (12/36, 33.3%), ακολούθως το όπλο (10/36, 27.8%), αμβλύ όργανο (8/36, 22.2%), στραγγαλισμός (3/36, 8.3%) ή δηλητηρίαση ή ξυλοδαρμός (και τα δύο 1/36, 2.8%). Σε έξι (16.7%) περιπτώσεις, ο δράστης αποπειράθηκε να αυτοκτονήσει ή αυτοκτόνησε και 19.5% (7/36) των δραστών που διέπραξαν την πατροκτονία ήταν υπό την επήρεια αλκοόλ. Σε σημαντικό ποσοστό η

πατροκτονία συνέβη χωρίς κάποια προειδοποίηση (25/36, 69.4%), και μόνο το 8.3% (3/36) των δραστών είχε επαφή με ψυχίατρο ή γιατρό προηγουμένως. Στο 63.9% των περιπτώσεων το κίνητρο φαινόταν να απορρέει από την ψύχωση. Στο 46% η διάγνωση ήταν σχιζοφρένεια ή ψύχωση.

Η ίδια ομάδα των Bourget et al (2007) μελέτησε όλες τις περιπτώσεις μεταξύ 1990 και 2005, όπου 64 γονείς φονεύθηκαν από τα παιδιά τους στην επαρχία του Κεμπέκ του Καναδά. Οι συγγραφείς εξέτασαν όλα τα αρχεία της ιατροδικαστικής υπηρεσίας και εντόπισαν ως θύματα 27 μητέρες και 37 πατέρες. Το δείγμα περιλάμβανε 56 δράστες: 52 γιους και 4 κόρες. Εντοπίστηκαν 9 περιπτώσεις διπλού φόνου (της μητέρας και του πατέρα). Περίπου το 15% των δραστών (8/56) επιχείρησαν να αυτοκτονήσουν μετά το αδίκημα. Ψυχιατρικό κίνητρο (που προέρχεται από κατάθλιψη ή ψυχωτική ασθένεια) προσδιορίστηκε για το 65.5% (36/56) των δραστών, και 67% από αυτούς είχαν ψυχωτική διαταραχή. Τα θύματα της πατροκτονίας είχαν ηλικίες μεταξύ 41 και 87 ετών (μέσος όρος, 61.6, Τ.Α. 11.5). Τα περισσότερα από τα θύματα ήταν μεταξύ 60 και 70 ετών. Η συνηθέστερη διάγνωση ήταν σχιζοφρένεια ή άλλη ψύχωση (46%), ακολουθούμενη από κατάθλιψη (13.9%) και τοξίκωση (5.6%). Οι περισσότεροι παραβάτες ζούσαν με τα θύματά τους κατά τη στιγμή του αδικήματος (21/36, 58.3% στην πατροκτονία). Η συμβίωση μπορεί να ήταν παράγοντας κινδύνου σε εκείνες τις περιπτώσεις που περιλάμβαναν διαφορά ή τεταμένη οικογενειακή ατμόσφαιρα. Σημειώνεται ότι τέσσερις ενήλικες δράστες είχαν μόλις πρόσφατα επιστρέψει στα σπίτια των γονιών τους μετά το χωρισμό από τους συζύγους τους. Πολλοί παραβάτες με σχιζοφρένεια είχαν υψηλό βαθμό ψυχοκοινωνικής αναπηρίας και δεν μπόρεσαν ποτέ να ζήσουν ανεξάρτητα. Μόνον 3 στους 36 δράστες (8.3%) πατροκτονίας είχαν έρθει προηγουμένως σε επαφή με υπηρεσία ψυχικής υγείας. Κατά την πατροκτονία οι δράστες ήταν συχνότερα υπό την επήρεια αλκοόλ σε σχέση με τη μητροκτονία (7/36, 19.5% έναντι 3/24, 12.6% αντίστοιχα).

Δ. 1.16 Σχολιασμός ευρημάτων σχετικά με τους ασθενείς που είχαν ως θύμα τη μητέρα

Η μητροκτονία, ή η δολοφονία της ίδιας της μητέρας, θεωρούνταν ανέκαθεν ένα από τα πιο αποτρόπαια εγκλήματα που μπορούν να διαπραχθούν και καλύπτονται από τα μέσα ενημέρωσης με έναν τρόπο δραματικό σε όλα τα μέρη του κόσμου (Boots & Heide 2006). Ο Φρόιντ (1928) αναφερόταν στη μητροκτονία ως το «αρχέγονο έγκλημα τόσο της κοινωνίας όσο και του ατόμου», περιγράφοντας τις μητροκτονικές παρορμήσεις ως την κύρια πηγή ενοχής στον άνθρωπο. Ιστορικά, όπως περιγράφεται από τον Wertham (1941), αυτό το είδος του εγκλήματος έχει αναγνωριστεί από την αρχαιότητα και έχει μυθολογική αναφορά, το «σύμπλεγμα του Ορέστη».

Παρά την κάλυψη από τα ΜΜΕ και την αίσθηση που δημιουργούν στο κοινό οι περιπτώσεις μητροκτονιών, ο φόνος της μητέρας είναι ένα σπάνιο γεγονός. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, από το 1976

έως το 2005, οι μητροκτονίες αντιπροσώπευαν λιγότερο από το 2% όλων των ανθρωποκτονιών στις οποίες η σχέση θύματος-δράστη ήταν γνωστή (Ομοσπονδιακό Γραφείο Ερευνών [FBI] 2005). Αυτό το ποσοστό είναι σύμφωνο με μελέτες από τη Γαλλία (Devaux, Petit, Perol & Porot 1974) και το Ηνωμένο Βασίλειο (Green 1981). Οι ιταλικές μελέτες έχουν δείξει επίσης ανάλογο επιπολασμό (Eures 2009).

Στη βιβλιογραφία οι άνδρες δράστες μητροκτονίας είναι συνήθως άγαμοι που συνδέονται στενά με τη μητέρα, ενώ συνήθως ο πατέρας είναι απών ή παθητικός (Bourget et al 2007, O'Connell 1963). Οι δράστες συνήθως αναφέρουν πως η μητέρα ήταν αμφιθυμική απέναντί τους ή ιδιαίτερα κυριαρχική και εξουσιαστική (Singhal & Dutta 1992). Σε κάθε περίπτωση αναφέρεται παθολογία στο δεσμό μητέρας-γιου (Catanesi et al 2015). Η μητροκτονία διαπράττεται συνήθως στην πατρική οικία χρησιμοποιώντας κάποιο όργανο, αλλά και ο στραγγαλισμός ή η ασφυξία δεν αποκλείονται (Wick, Mitchell, Gilbert & Byard 2008). Σε μερικές περιπτώσεις αναφέρεται σοβαρή βία και υπερφονικότητα "overkill" (Dogan et al 2010, Catanesi et al 2011). Οι δράστες πάσχουν συνήθως από ψυχωτικές διαταραχές, συνήθως σχιζοφρένεια (Campion et al 1985, Hillbrand et al 1999, Torrey 2006), σε τέτοιο βαθμό που η μητροκτονία αναφερόταν ως το έγκλημα των σχιζοφρενών "the schizophrenic crime" (Gillies 1965). Συχνά επικρατούν οι παραληρητικές ιδέες δίωξης στην κλινική εικόνα (Liettu et al 2009), ενώ μετά το αδίκημα εμφανίζονται αποδιοργανωμένοι, δεν επιχειρούν να αποκρύψουν την ενοχή τους και ομολογούν (Schug 2011).

Μια ταξινόμηση των δραστών μητροκτονίας έχει προταθεί από τον Schug (2011):

Τύπος 1, που περιλαμβάνει νεαρούς δράστες που δεν πάσχουν από ψυχιατρική ασθένεια, αλλά προέρχονται από αξιοσημείωτα δυσλειτουργική οικογένεια, που τείνει να κακοποιεί και που έχει μία κυρίαρχη μητέρα και έναν παθητικό ή απόντα πατέρα

Τύπος 2, που περιλαμβάνει δράστες με σαφές ιστορικό ψυχικής ασθένεια, οι οποίοι είναι πιθανότατα ψυχωτικοί τη στιγμή της ανθρωποκτονίας, χωρίς ιστορικό κακοποίησης.

Τύπος 3, που χαρακτηρίζεται τόσο από ψυχική ασθένεια όσο και από κακοποιητική οικογένεια.

Όσον αφορά τα κίνητρα έχουν προταθεί διάφορες ταξινομήσεις. Στο δείγμα του που αποτελούνταν από 58 άνδρες που νοσηλεύονταν στο Broadmoor, ο Green (1981) ανέφερε ότι τα προφανή κίνητρα ήταν παρανοϊκά-επιθετικά (47%), αλτρουιστικά (24%) ή άλλα (29%). Όσον αφορά τις παραληρητικές ιδέες δίωξης ήταν παρούσες σε άτομα με σχιζοφρένεια. Τα αλτρουιστικά κίνητρα αποτελούνταν είτε από την πεποίθηση ότι ο δράστης θα πέθαινε και ότι θα ήταν άσχημο να αφήσει τη μητέρα του χωρίς κανέναν να την φροντίζει, ή ότι η δολοφονία ήταν μια πράξη ελέους για να ανακουφίσει τη μητέρα

από τα δεινά της (από ασθένεια, γήρας κ.λπ.). Αυτό το κίνητρο παρατηρήθηκε κυρίως μεταξύ ατόμων με διαταραχές διάθεσης. Άλλα κίνητρα περιλάμβαναν προσπάθειες να ξεφύγουν από μία κυρίαρχη μητέρα, ζήλια, παρορμητικότητα και οργή. Άτομα με διαταραχή προσωπικότητας ήταν κυρίως σε αυτήν την κατηγορία. Πιο πρόσφατα, οι Bourget et al (2007) περιέγραψαν τέσσερις κύριες αιτίες μητροκτονίας: ψυχική ασθένεια, κακοποίηση από τη μητέρα, συμπόνια για το θύμα και τοξίκωση.

Οι Catanesi R et al (2015) σε μελέτη με 9 άνδρες που διέπραξαν ανθρωποκτονία βρήκαν πως δεν είχαν όλοι οι δράστες ψυχωτικά συμπτώματα κατά τη στιγμή του εγκλήματος. Ένας «παθολογικός» δεσμός μητέρας-γιου βρέθηκε σε όλες τις περιπτώσεις. Ωστόσο, η ψυχική ασθένεια δεν είναι η μόνη μεταβλητή που σχετίζεται με μητροκτονία και, μόνης της, δεν αρκεί για να εξηγήσει το έγκλημα. Διάφοροι παράγοντες, όπως το ιστορικό της μητέρας και του γιου, πρέπει να διερευνηθούν, ειδικά πώς η σχέση τους αναπτύχθηκε με την πάροδο των ετών. Η περίεργη δυναμική της σχέσης μητέρας-γιου και οι μοναδικές προσωπικότητες και οι εμπειρίες ζωής και των δύο μερών είναι το πραγματικό κλειδί για τις υποθέσεις αυτές.

Στη δική μας μελέτη σε 18 περιπτώσεις υπήρξαν σοβαρές επιθέσεις με θύμα τη μητέρα. Πρόκειται για 16 άνδρες και 2 γυναίκες, συνήθως άγαμοι (66.7%) που σε μεγάλο ποσοστό δεν φοίτησαν στο σχολείο πέραν της υποχρεωτικής εκπαίδευσης (72.3%). 8 ασθενείς (44.4%) εργάζονταν κατά το αδίκημα. Οι περισσότεροι διαβιούσαν σε αστικές περιοχές (55.6%) με την πατρική τους οικογένεια (55.6%).

Οι περισσότεροι διέπραξαν το αδίκημα στην πορεία της νόσου (61.1%), η οποία ήταν συχνότερα η σχιζοφρένεια (77.8%) ή άλλη ψυχωτική διαταραχή (16.7%), σε ηλικία κατά μέσο όρο 41 ετών (±11.49). 12 ασθενείς (66.7%) είχαν ιστορικό νοσηλειών πριν το αδίκημα, κυρίως ακούσιες (83.3%) και συχνά περισσότερες από μία (70%). 7 ασθενείς (39%) είχαν ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες, κυρίως αλκοόλ ή/και κάνναβη. 83.3% (N=15) ήταν σε φαρμακευτική αγωγή κατά το αδίκημα, αλλά μόνον 4 ήταν συμμορφούμενοι. Το μέσο του εγκλήματος ήταν σε 12 περιπτώσεις μαχαίρι (66.6%). Σε 4 περιπτώσεις ο ασθενής δεν χρησιμοποίησε άλλο μέσο πλην του ίδιου του σώματός του, δηλαδή ξυλοκόπησε μέχρι θανάτου το θύμα με τα χέρια και τα πόδια του. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις, ένας ασθενής χρησιμοποίησε ένα θλων αντικείμενο (βαριοπούλα) και ένας άλλος βρόγχο (με τη ζώνη του). Το αδίκημα διαπράχθηκε στον κοινό ιδιωτικό χώρο του θύτη και του θύματος στις περισσότερες περιπτώσεις (N=11, 61.1%) και στις υπόλοιπες (N=7) στον ιδιωτικό χώρο του θύματος.

Όσον αφορά το οικογενειακό τους ιστορικό, ψυχιατρική νόσος υπήρχε στο 50% των περιπτώσεων, ενώ και σε ποσοστό 27.8% υπήρχε ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες.

Αυτοκτονική συμπεριφορά αναφέρθηκε τόσο πριν (16.7%), αλλά κυρίως μετά το αδίκημα (27.8%). Ετεροκαταστροφικότητα υπήρχε στην πλειοψηφία των περιπτώσεων πριν το αδίκημα (72.2%). 38.9%

των ασθενών (N=7) ανέφερε ιστορικό κακοποίησης (κυρίως σωματικής/σεξουαλικής). Σε 7 περιπτώσεις (38.9%) αναφέρεται ιστορικό διαταραχής διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία. 10 ασθενείς αναφέρουν πως βίωσαν στρεσογόνα γεγονότα πριν τη διάπραξη του αδικήματος (κυρίως τον θάνατο στενού οικογενειακού μέλους και απόλυση από την εργασία).

Οι ασθενείς αυτοί φαίνεται να διαπράττουν το αδίκημα υπό την επίδραση σοβαρής θετικής συμπτωματολογίας, δεδομένου ότι η βαθμολογία στην θετική υποκλίμακα της PANSS ήταν 37.2 κατά μέσο όρο (±5.69). Αντιθέτως, μετά από τη θεραπεία η βαθμολογία αυτή μειώθηκε στο 20.17 (±8.45).

Τα ευρήματά μας συμφωνούν εν πολλοίς με τα δεδομένα από τη διεθνή βιβλιογραφία. Οι Wick, Mitchell, Gilbert, & Byard 2008 σε μια αναδρομική μελέτη 1985-2004 των αρχείων της τελευταίας 20ετίας στη Forensic Science SA, στην Αδελαΐδα, Αυστραλία εντόπισαν συνολικά 11 περιπτώσεις: 10 άνδρες και 1 γυναίκα. Τα θύματα ήταν ηλικίας μεταξύ 42 και 83 ετών (μέσος όρος = 61 ετών) και οι δράστες ήταν ηλικίας μεταξύ 15 και 53 ετών (μέσος όρος = 28.7 ετών). Και στις 11 περιπτώσεις όπλα όπως αμβλύ αντικείμενο (N = 5), μαχαίρι (N = 5), πυροβόλο όπλο (N = 3) ή βρόγχος (N = 1) χρησιμοποιήθηκαν στις επιθέσεις, για τραυματισμούς που προκάλεσαν θάνατο σε 10 περιπτώσεις. Σε πέντε περιπτώσεις, το τραύμα προκλήθηκε από περισσότερους από έναν επιβλαβείς παράγοντες/δράση. π.χ. υπήρχαν στοιχεία για βύθιση και καύση σε δύο περιπτώσεις. Σε τέσσερις περιπτώσεις υπήρχαν πολλαπλοί (> 10) σημαντικοί τραυματισμοί που προκάλεσαν οι δράστες που υπέφεραν από σχιζοφρένεια (N = 2), «ψυχική δυσλειτουργία» (N = 1) και «συνδυασμό ψυχιατρικών διαταραχών» (N = 1). Ένας δράστης αυτοκτόνησε αφού σκότωσε τη μητέρα του. Έξι από τους δέκα επιζώντες δράστες κρίθηκαν ακαταλόγιστοι λόγω ψυχικής ασθένειας ή αναπηρίας, και ένας δράστης είχε μειωμένο καταλογισμό λόγω των υποκείμενων ψυχικών διαταραχών από προηγούμενη εγκεφαλική βλάβη. Οι συγγραφείς καταλήγουν πως οι μητροκτονίες είναι ασυνήθιστες μορφές ανθρωποκτονίας που έχουν παρόμοια χαρακτηριστικά στις περισσότερες κοινότητες που μελετήθηκαν. Οι ενδοοικογενειακές εντάσεις με υποκείμενη ψυχιατρική ασθένεια στον δράστη είναι κοινά ευρήματα.

Αντιστοίχως, στη μελέτη των Catanesi R et al (2015) που περιλάμβανε 9 περιπτώσεις μητροκτονίας, τα θύματα είχαν ηλικίες από 48 έως 83 ετών, τα περισσότερα από 60 έως 70 ετών, με μέση ηλικία τα 62.3 έτη. Μόνο ένα θύμα είχε ψυχιατρικό ιστορικό. Κανένα θύμα δεν ήταν σε τοξίκωση. Όλα τα θύματα περιγράφηκαν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης ως ενοχλητικές, κτητικές και κυρίαρχες μητέρες. Όλα τα εγκλήματα διαπράχθηκαν στο σπίτι της οικογένειας. Η απόλυτη πλειοψηφία (οκτώ από τους εννέα) των δραστών ζούσαν με τη μητέρα τους τη στιγμή της παράβασης. Σε τρεις περιπτώσεις, ο πατέρας ήταν στο σπίτι εκείνη την εποχή, αλλά δεν τραυματίστηκε. Οι συνήθεις

μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η χρήση ενός αμβλέος οργάνου (δύο στους εννέα) ή ενός πυροβόλου όπλου (δύο στα εννέα). Άλλες μέθοδοι ήταν η χρήση μαχαιριού (μία στις εννέα) και κατακρήμνιση (μία στις εννέα). Στα τρία τέταρτα των περιπτώσεων δεν αναφέρονται προηγούμενα προειδοποιητικά σημάδια (π.χ. επιθέσεις, τσακωμοί κ.λπ.). Οι ηλικίες των παραβατών κυμαίνονταν από 21 έως 48 ετών, με μέσο όρο 36.5. Κλινικά, η πιο κοινή διάγνωση σύμφωνα με το DSM-IV-TR ήταν σχιζοφρένεια (τέσσερις στους εννέα). Δύο παραβάτες βρέθηκαν να πάσχουν από ψυχώσεις (μία σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και μία ψύχωση ΜΠΑ) και τρεις υπέφεραν από μια μη ψυχωτική διαταραχή (διαταραχές προσωπικότητας). Ένας δράστης ήταν σε μέθη κατά τη στιγμή του εγκλήματος. Πέντε από τους εννέα παραβάτες κρίθηκαν ακαταλόγιστοι λόγω σοβαρής ψυχικής διαταραχής κι ένας με μερικό καταλογισμό.

Συμπερασματικά, προκειμένου να μπορέσει κανείς να κατανοήσει τον τρόπο που οδηγήθηκαν θύτης και θύμα στο αδίκημα, είναι απαραίτητο να ανακατασκευάσει την προσωπική ιστορία και των δύο, πώς αναπτύχθηκε η σχέση τους, την προσωπικότητα και των δύο, καθώς και το πώς η σχέση απολιθώθηκε στην παθολογική κατάσταση που πυροδότησε το έγκλημα (Griffith et al 2010, Verde et al 2006, Carabellese et al 2014). Η περίεργη δυναμική της σχέσης μητέρας-γιου, καθώς και οι μοναδικές προσωπικότητες και οι εμπειρίες ζωής των δύο και, φυσικά, η σοβαρότητα της ψυχικής ασθένειας, είναι το κλειδί για την κατανόηση αυτών των περιπτώσεων.

Δ. 1.17 Σχολιασμός ευρημάτων σχετικά με τους ασθενείς που είχαν ως θύμα τη σύζυγο

Στο δείγμα μας εντοπίστηκαν 6 ασθενείς που επιτέθηκαν στις συζύγους, όλοι άνδρες. Πρόκειται για 5 έγγαμους και έναν διαζευγμένο. Όλοι είχαν αποκτήσει παιδιά στον γάμο τους. Είχαν χαμηλό επίπεδο μόρφωσης (ως την υποχρεωτική εκπαίδευση), και εργάζονταν κατά το χρόνο διάπραξης του αδικήματος. Διέμεναν τόσο σε αγροτικές όσο και σε αστικές περιοχές.

Όσον αφορά τη νόσο, όλοι ήταν ψυχωτικοί με ζηλοτυπικό ή διωκτικό παραλήρημα, και οι περισσότεροι είχαν στο ιστορικό τους νοσηλείες (71.4%). Καταθλιπτικό συναίσθημα διαφαινόταν σε όλες τις περιπτώσεις, ενώ 2 από τους ασθενείς αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν μετά τη διάπραξη του αδικήματος. Κανένας από τους ασθενείς δεν ήταν συμμορφούμενος στη φαρμακευτική αγωγή που του είχε συστηθεί. Σε 4 περιπτώσεις αναφέρονται στρεσογόνα γεγονότα πριν το αδίκημα. Ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ ή ουσιών αναφέρεται σε 3 περιπτώσεις (50%). Στις 2 από αυτές το αδίκημα φαίνεται να σχετίζεται με χρήση αλκοόλ/ουσιών.

Το αδίκημα διαπράχθηκε στην ηλικία των 45 ετών κατά μέσο όρο, τόσο στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο όσο και στην πορεία της νόσου, στον κοινό ιδιωτικό χώρο των ζευγαριών, πλην του διαζευγμένου που επιτέθηκε στην νέα οικία της πρώην συζύγου. Οι επιθέσεις πραγματοποιήθηκαν με

μαχαίρι κυρίως (4 στις 7, 57.1%) και στις λοιπές περιπτώσεις με όπλο (1), υλικά καύσης(1) και το σώμα (1).

Από τις ψυχομετρικές δοκιμασίες φαίνεται ότι οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν τις υψηλότερες βαθμολογίες στις κλίμακες της επιθετικότητας (Aggression questionnaire, HDHQ) σε σύγκριση με τις υπόλοιπες κατηγορίες ασθενών, όπως προσδιορίζονται με βάση το θύμα. Επίσης, εμφανίζουν τον μεγαλύτερο μέσο όρο στο ερωτηματολόγιο CAGE, αντικατοπτρίζοντας ένα επιβαρυμένο προφίλ σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς όσον αφορά τη χρήση αλκοόλ.

Στην κλίμακα PANSS η θετική συμπτωματολογία είναι σοβαρή (μέσος όρος 31.17), όπως και η συνολική βαθμολογία (μέσος όρος 113.83). Οι ασθενείς αυτοί φαίνεται πως παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση με τη θεραπεία (συνολική βαθμολογία 83.67). Με τη θεραπεία μειώνεται σημαντικά και η επικινδυνότητα όπως αποτιμάται με την HCR-20.

Τα δεδομένα μας συμφωνούν καταρχάς με τη βιβλιογραφία, όπου γυναίκες της μέσης ηλικίας είναι τα συνήθη θύματα ανδρών με ψυχωτικές διαταραχές και ζηλοτυπικό παραλήρημα. Επίσης, όσον αφορά την εγκληματικότητα επί ύπαρξης σοβαρής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, φαίνεται πως ο πιο κοινός τύπος είναι η δολοφονία του/της συντρόφου (συνήθως ο άνδρας τη σύντροφό/σύζυγό του), λόγω (επικείμενης) κατάρρευσης της σχέσης τους (Felthous 1995, Marzuk et al 1992). Μάλιστα γενικότερα, 30% των ανδρών που δολοφονούν τις συντρόφους τους αυτοκτονούν. Οι Marzuk et al την περιγράφουν ως "ζηλοτυπική" δολοφονία-αυτοκτονία, ενώ ο Felthous την ονομάζει "κτητική". Συχνά οι δράστες είναι καταθλιπτικοί, οι οποίοι είχαν χαοτικές, κακοποιητικές σχέσεις και ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ. Συνήθως βιώνουν πραγματική ή φανταστική απώλεια του συντρόφου.

Ένας άλλος τύπος που περιγράφεται είναι αυτός της επιδεινούμενης υγείας του/της συντρόφου. Σε αυτή την περίπτωση, άνδρες συνήθως ηλικιωμένοι σκοτώνουν εαυτό και σύζυγο λόγω της επιδεινούμενης υγείας του ίδιου ή της συντρόφου. Στις αρχές των 90s ανήκαν σε αυτή την κατηγορία και νεαρά ζευγάρια με AIDS. Οι πράξεις αυτές δεν έχουν συνήθως αλτρουιστικό κίνητρο, αλλά εκπορεύονται από κατάθλιψη και απελπισία. Η συχνότητα της αυτοκτονίας μετά τη διάπραξη του αδικήματος αντανακλά την ψυχική κατάσταση των δραστών αυτών των εγκλημάτων. Το 36% του δείγματος των Wallace et al (1986), το οποίο αποτελούνταν από 217 άνδρες που σκότωσαν τις συντρόφους τους αυτοκτόνησαν ή αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν.

Οι Mullen & Taylor (2014) υποστηρίζουν πως η συχνότητα βίας στην παθολογική ζήλια είναι τόσο υψηλή που δεν πρέπει να παραγνωρίζεται, αντιθέτως οφείλουμε στην κλινική πρακτική να αναπτύσσουμε στρατηγικές αντιμετώπισης άμεσα. Συχνά οι ίδιες οι σύζυγοι υποτιμούν τον κίνδυνο μετά από επανειλημμένες απειλές που δεν πραγματοποιήθηκαν. Ενώ η νοσηλεία αποτελεί μία λύση,

ωστόσο δεν μπορεί να δώσει κάποιο αποτέλεσμα μακροπρόθεσμα. Εξάλλου, μια νοσηλεία μέσω εισαγγελικής παραγγελίας μπορεί να ενισχύσει την ιδέα του ασθενούς ότι η σύζυγος επιθυμεί να τον εγκαταλείψει ή ότι μηχανορραφεί εναντίον του. Μια τακτική είναι η προσωρινή απομάκρυνση των συζύγων, όταν αυτό είναι εφικτό και η ταυτόχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση του πάσχοντος με αντιψυχωτική θεραπεία. Συχνά οι σύζυγοι δεν δέχονται μια τέτοια πρόταση, καθώς και το θύμα δύσκολα πείθεται για τον κίνδυνο που διατρέχει.

Ίσως η ανάπτυξη και χρήση αξιόπιστων εργαλείων που να αξιολογούν και να ποσοτικοποιούν τον κίνδυνο θα ήταν χρήσιμη τόσο για τους επαγγελματίες υγείας, όσο και για τα μελλοντικά θύματα. Διεθνώς αυτή τη στιγμή χρησιμοποιείται μεταξύ άλλων το Spousal Assault Risk Assessment (SARA, Kropp & Hart 2000), το οποίο εφαρμόζεται από σωφρονιστικούς υπαλλήλους, επαγγελματίες υγείας ή άλλους εκπαιδευμένους επαγγελματίες. Τα λήμματα περιλαμβάνουν στοιχεία από το ιστορικό (ιστορικό επίθεσης, χρήση όπλου, χρήση ουσιών), τη στάση του εξεταζόμενου απέναντι στη βία (πχ την προσπάθεια να μειώσει τη βαρύτητα προηγούμενων επιθέσεων), την ψυχική του υγεία (ύπαρξη αυτοκτονικού ιδεασμού, μανίας, ψύχωσης, διαταραχής προσωπικότητας). Άλλα εργαλεία είναι σχεδιασμένα έτσι ώστε να συμπληρωθούν από γυναίκες και να ανιχνεύουν διάφορους παράγοντες κινδύνου. Όπως σε όλες τις κλίμακες αξιολόγησης κινδύνου, υπάρχει πάντοτε ο κίνδυνος να υπάρξουν ψευδώς θετικές, αλλά και ψευδώς αρνητικές εκτιμήσεις, ανάλογα με την ευαισθησία και την εξειδίκευση κάθε εργαλείου.

Δ. 1.18 Σχολιασμός ευρημάτων σχετικά με τους ασθενείς που είχαν ως θύμα το τέκνο

Στο δείγμα μας 2 γυναίκες κι ένας άνδρας διέπραξαν ανθρωποκτονία/απόπειρα ανθρωποκτονίας με θύμα το/τα τέκνο/α. Όλοι ήταν έγγαμοι, διαμένοντες με τον/την σύζυγό τους σε αστικό κέντρο, με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (δεν ολοκλήρωσαν την υποχρεωτική εκπαίδευση), με μέσο όρο ηλικίας τα 26 έτη (± 4.36). Μόνον ένας εργαζόταν κατά το αδίκημα.

Οι ασθενείς αυτοί έπασχαν από σχιζοφρένεια και διέπραξαν το αδίκημα στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, χωρίς προηγούμενες νοσηλείες. Ένας ασθενής είχε ιστορικό χρήσης ουσιών κι έκανε χρήση κατά τον χρόνο διάπραξης του αδικήματος (κάνναβη και αλκοόλ). Ο συγκεκριμένος ασθενής είχε και προηγούμενο ιστορικό καταδικών (παράβαση ΚΟΚ). 2 από αυτούς είχαν οικογενειακό ιστορικό ψυχιατρικής νόσου (σχιζοφρένεια και στις δύο περιπτώσεις).

Και οι τρεις αναφέρουν στρεσογόνα γεγονότα πριν το αδίκημα (2 αναφέρουν τον γάμο κι ένας τη γέννηση του παιδιού). Σε όλες τις περιπτώσεις υπήρχε σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία. Ένας από τους ασθενείς είχε ιστορικό αυτοκαταστροφικότητας πριν το αδίκημα. Και οι τρεις αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν μετά το αδίκημα. Όλοι λάμβαναν αντικαταθλιπτικά μετά την

τέλεση του αδικήματος. Κανένας δεν εμφάνιζε ετεροκαταστροφική συμπεριφορά πριν ή μετά το αδίκημα.

Από τις ψυχομετρικές δοκιμασίες οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν τις χαμηλότερες βαθμολογίες στις κλίμακες επιθετικότητας (Aggression Questionnaire, HDHQ), εκτός από την Παραληρητική ενοχή. Εμφανίζουν την καλύτερη λειτουργικότητα, όπως αυτή αξιολογείται με την GAF (60±26.46), δείχνοντας μια καλή ανταπόκριση στη θεραπεία, πιθανόν και λόγω της αντιμετώπισης στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο. Όσον αφορά την ψυχοπαθολογία, από το σύνολο της κλίμακας PANSS (113.67 κατά μέσο όρο) προκύπτει σοβαρή ψυχοπαθολογία και σοβαρή θετική συμπτωματολογία (30.33 κατά μέσο όρο). Ωστόσο, η επικινδυνότητα αυτών των ασθενών κρίνεται χαμηλή με την κλίμακα HCR-20, ειδικά μετά τη θεραπεία.

Στο δείγμα μας επρόκειτο για μία νεογνοκτονία με αλτρουιστικά κίνητρα και δύο βρεφοκτονίες, μία με αλτρουιστικά κίνητρα και μία απορρέουσα από οξεία ψυχωτική διαταραχή. Σε όλες τις περιπτώσεις επικρατούσαν παραληρητικές ιδέες: στις αλτρουιστικές ότι οι μητέρες θα σώσουν το νεογνό ή το βρέφος (από νόσο- στη μία περίπτωση από σήψη, στην άλλη από μελλοντική ψυχική νόσο), στην ψυχωτική ότι ο πατέρας πρέπει να σκοτώσει τον σατανά, την πηγή του κακού.

Στη νεογνοκτονία χρησιμοποιήθηκε το σύστημα ορού που έφερε η γυναίκα που μόλις είχε γεννήσει, ενώ στις βρεφοκτονίες χρησιμοποιήθηκε στη μία περίπτωση καυστικό υγρό (υδροχλωρικό οξύ) και στην άλλη μαχαίρι (από τον πατέρα). Από τη βιβλιογραφία προκύπτει ότι μόνον στο 25% των παιδοκτονιών χρησιμοποιείται κάποιο όργανο (Διαούρτα-Τσιτουρίδου, 2008), όσον αφορά τις μητέρες. Αντίθετα, ο συνηθέστερος τρόπος (περίπου 1/3 των περιπτώσεων) τέλεσης του εγκλήματος από τους πατέρες είναι με χρήση πυροβόλου όπλου (Bourget & Gagne 2005).

Όσον αφορά τις νεογνοκτονίες, συχνά διαπράττονται στον χώρο όπου πραγματοποιήθηκε ο τοκετός, χρησιμοποιώντας όποιο όργανο είναι διαθέσιμο (συχνότερα πλαστικές σακούλες, Kaplan 2014), ή απλώς εκθέτοντας το νεογνό σε κίνδυνο (να πνιγεί στην τουαλέτα ή να αφεθεί στις εξωτερικές συνθήκες του περιβάλλοντος χωρίς φροντίδα, Shelton et al 2011). Συχνά η εγκυμονούσα αρνείται την εγκυμοσύνη ή την αποκρύπτει (Friedman et al 2007). Στην ασθενή του δείγματός μας δεν συνέβαινε αυτό. Συχνά στις νεογνοκτονίες δεν ανευρίσκονται ψυχωτικές διαταραχές. Οι γυναίκες που διαπράττουν νεογνοκτονία και πάσχουν από ψύχωση φαίνεται πως αποτελούν μια ξεχωριστή υποομάδα, και χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη ηλικία κατά το αδίκημα, είναι έγγαμες και μπορεί να έχουν κι άλλα τέκνα (Putkonen et al 2007b).

Δ. 1.19 Σχολιασμός ευρημάτων από τη σύγκριση των γονεοκτόνων με τους λοιπούς ανθρωποκτόνους

Οι δράστες που διέπραξαν ανθρωποκτονία συχνά μελετώνται μαζί με αυτούς που διέπραξαν απόπειρα ανθρωποκτονίας, διότι και στις δύο περιπτώσεις υπήρχε πρόθεση από τον δράστη να θανατώσει το θύμα, αλλά συχνά εξωτερικοί παράγοντες απέτρεψαν τη θανατηφόρο έκβαση της επίθεσης (Διαούρτα-Τσιτουρίδου & Τσιτουρίδης 1998). Εξάλλου, σε μελέτες που συγκρίνουν δράστες ανθρωποκτονίας με δράστες απόπειρας ανθρωποκτονίας, έχει προκύψει ότι η αντιμετώπισή τους σαν ενιαία ομάδα δεν αλλοιώνει τα χαρακτηριστικά του δείγματος (Weisman & Smarma 1997). Επιπλέον, δεδομένου ότι ο αριθμός αυτών των περιστατικών είναι μικρός και οι άνδρες συνήθως είναι πολύ περισσότεροι σε αυτά τα δείγματα, οι γυναίκες συχνά μελετώνται μαζί με τους άνδρες.

Όσον αφορά το δείγμα μας, 21 ασθενείς (19 άνδρες και 2 γυναίκες) διέπραξαν το αδίκημα της ανθρωποκτονίας-απόπειρας ανθρωποκτονίας με θύματα γονείς (βιολογικούς ή θετούς) και είχαν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Στη συντριπτική πλειοψηφία είναι άνδρες (N=19, 90.5%)
- Διέπραξαν το αδίκημα συνήθως στην πορεία της νόσου (N=15, 71.4%)
- Πάσχουν από σχιζοφρένεια (85.7%), πλην τριών (που έπασχαν από ψυχωτική διαταραχή) κι είχαν ιστορικό νοσηλειών (71.4%). Μάλιστα είχαν συχνότερα εκούσιες νοσηλείες σε σχέση με τους λοιπούς ανθρωποκτόνους (53.3% vs. 21.1%, p=0.051), ενδεικτικό ίσως καλύτερης εναισθησίας ή προσπάθεια να μην εκδηλώσουν την επιθετικότητα απέναντι στους γονείς, απότοκο της ψυχωτικής διεργασίας
- Είναι κυρίως άγαμοι (71.5%)
- 52.4% (N=11) είχαν ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες ή αλκοόλ
- 85.7% ήταν σε φαρμακευτική αγωγή, αλλά μόνον 16.7% ήταν συμμορφούμενοι
- Περίπου 1 στους 4 αποπειράθηκε να αυτοκτονήσει μετά το αδίκημα (N=5, 23.8%)
- Οι περισσότεροι είχαν ετεροκαταστροφική συμπεριφορά πριν το αδίκημα (N=16, 76.2%)
- Μετά το αδίκημα η ετερο-καταστροφικότητα μειώθηκε πολύ (N=2, 9.5%)
- Ένας στους τρεις ανέφερε θυματοποίηση στο παρελθόν (N=7, 33.3%), κυρίως σωματική/σεξουαλική κακοποίηση (N=6)
- Περισσότεροι από 1 στους 4 είχαν διαταραχές συμπεριφοράς/διαγωγής στην παιδική ηλικία (N=6, 28.6%)
- 38.1% (N=8) βίωσαν στρεσογόνα γεγονότα πριν το αδίκημα
- Σε δύο περιπτώσεις υπήρχαν περισσότερα από ένα θύματα (σύζυγοι)

- 14.3% (N=3) είχαν προηγούμενες καταδίκες
- Η μέση ηλικία αυτών κατά το αδίκημα υπολογίστηκε στα 36.4 έτη (±10.26), ενώ φαίνεται να νόσησαν περίπου μία δεκαετία νωρίτερα (25.81±8.96), χωρίς να διαφοροποιούνται από τους λοιπούς ανθρωποκτόνους
- Δεν φαίνεται να διαφοροποιούνται στην αξιολόγησή τους με τα διάφορα ψυχομετρικά εργαλεία
- Παραμένουν πιο επικίνδυνοι σε σχέση με τους λοιπούς ανθρωποκτόνους για εκδήλωση επιθετικότητας όπως εκτιμάται με την HCR-20 (25.29±6.51 vs. 21.71±6.08, p=0.049).

Συνεπώς, οποιαδήποτε παρέμβαση ή πρόταση ενός συνεχιζόμενου θεραπευτικού πλάνου που να περιλαμβάνει την υποστήριξη διαβίωσης στην κοινότητα από ψυχιατροδικαστικές δομές (οικοτροφεία, ξενώνες, κινητή μονάδα κλπ.), θα μείωνε σημαντικά τον κίνδυνο εκδήλωσης επιθετικότητας και θα επέτρεπε την επανένταξη αυτών των ασθενών.

Η διεθνής επιστημονική βιβλιογραφία για την ανθρωποκτονία συγγενικών προσώπων από ψυχικά πάσχοντες είναι αραιή και αποτελείται κυρίως από περιγραφικές μελέτες παραβατών, ενώ συχνά περιλαμβάνει μικρά δείγματα ή μεμονωμένα περιστατικά. Όπως έδειξαν οι Hillbrand & Cipriano (2007), η χαμηλή επικράτηση του φαινομένου αυτού δημιουργεί δύο σημαντικά μεθοδολογικά προβλήματα: πρώτα, τη συλλογή επαρκών δεδομένων, και κατά δεύτερον, τη δημιουργία ενός αμερόληπτου, επαρκούς μεγέθους δείγματος.

Οι Raymond et al (2015) στη Γαλλία μελέτησαν τα κοινωνιο-δημογραφικά, κλινικά και εγκληματολογικά χαρακτηριστικά όλων των ασθενών που εισήχθησαν στη μονάδα ασφαλείας της Γαλλίας Henri Colin μεταξύ 1996 και 2010 (40 ασθενείς) με θύματα ανάλογα. Τα δεδομένα από τη μελέτη αυτή είναι εν πολλοίς σύμφωνα με τα δεδομένα της δικής μας μελέτης, με σημαντική διαφορά στο μέσο του εγκλήματος, πιθανόν λόγω του χαμηλού ποσοστού οπλοφορίας στη χώρα μας, αλλά και στον τόπο του εγκλήματος, πιθανόν λόγω των ιδιαιτεροτήτων της ελληνικής οικογένειας, που επιτρέπει συχνά τη συμβίωση των ενήλικων τέκνων με τους γονείς, ειδικά στην περίπτωση ύπαρξης ψυχικής διαταραχής.

Όσον αφορά τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αυτής της ομάδας από την γενικότερη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι είναι οι παραβάτες είναι κυρίως γιοι (Bourget et al 2007, Hillbrand et al 1999, Menezes 2010, Newhill, 1991), περίπου 30 ετών (Bourget et al 2007, Campion et al 1985, Devaux et al 1974, Millaud et al 1996, Wick et al 2008), άγαμοι και άνεργοι (Campion et al 1985, Clark 1993, Devaux et al 1974, Millaud et al 1996), ζουν με το θύμα σε μια σχέση εχθρότητας και εξάρτησης (Devaux et al 1974, Newhill 1991, Singhal & Dutta 1992) με προηγούμενες βίαιες

συμπεριφορές προς τα θύματά τους (Baxter et al 2001, Cravens et al 1985, Weisman et al 2002). Τα ενεργά συμπτώματα ψύχωσης είναι παρόντα κατά τη στιγμή της πράξης, και το κίνητρο είναι συχνά εμφανές (Bourget et al 2007, Campion et al 1985, Clark 1993, Cravens et al 1985, Devaux et al 1974, Heide & Petee 2007, Liettu et al 2009, Marleau et al 2003, Menezes 2010, Millaud et al 1996, Singhal & Dutta 1990). Το αδίκημα διαπράττεται συνήθως στη οικία του θύματος (Campion et al 1985, Cravens et al 1985, Millaud et al 1996) και συχνά με υπερβολική βία (Bourget et al 2007, Campion et al 1985, Clark 1993, Dogan et al 2010, Marleau et al 2003). Κατάχρηση ουσιών (Campion et al 1985, Cravens et al 1985, Millaud et al 1996) και διακοπή της ψυχιατρικής αγωγής (Marleau et al 2003, Millaud et al 1996) είναι μεταξύ των παραγόντων που οδηγούν στην τέλεση του αδικήματος. Αρκετοί συγγραφείς επισημαίνουν ότι η μητροκτονία εμφανίζεται συχνότερα από την πατροκτονία (Heide & Frei 2010, Marleau et al 2003, McKnight et al 1966, Millaud et al 1996).

Σε μια μελέτη 52 παραβατών με σχιζοφρένεια, ο Lorettu (1998) διαπίστωσε ότι το 80% των θυμάτων ήταν στενοί συγγενείς, συγκεκριμένα, γονείς, αδέλφια και παιδιά, με αυτή τη σειρά συχνότητας. Οι Marleau et al (2003) ανέφεραν, από την άλλη μεριά, ότι η ανθρωποκτονία κοντινών συγγενών αντιπροσωπεύει το 30% όλων των ανθρωποκτονιών που διαπράττονται από ψυχιατρικά ασθενείς. Στο δείγμα μας πάντως οι ανθρωποκτονίες με θύματα τους γονείς αποτελούν περίπου το 44% του συνόλου των ανθρωποκτονιών.

Γενικότερα από τη βιβλιογραφία προκύπτει πως οι ασθενείς που διαπράττουν ανθρωποκτονία είναι άνδρες, κυρίως άγαμοι, νεαρής ηλικίας, άνεργοι κατά τη διάπραξη του αδικήματος και χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, που πάσχουν συνήθως από σχιζοφρένεια (Shaw et al2006, Meehan et al 2006, Taylor & Gunn 1999, Διαούρτα-Τσιτουρίδου & Τσιτουρίδης 1998). Διαπράττουν το αδίκημα υπό την επίδραση παραληρητικών ιδεών, κυρίως δίωξης και επίδρασης (Διαούρτα-Τσιτουρίδου 2008), ενώ συχνά υπάρχει και αυτοκτονικότητα. Στο ιστορικό αυτών των ασθενών συχνά υπάρχει βία, κατάχρηση αλκοόλ ή/και άλλων ουσιών, καθώς και διαταραχές προσωπικότητας.

Από τα ανωτέρω προκύπτει πως δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων που συγκρίθηκαν, ενώ και στο 56% των αδικημάτων που δεν είχαν ως θύματα τους γονείς, οι ακαταλόγιστοι ασθενείς στράφηκαν εναντίον συγγενών και συζύγων, αναδεικνύοντας την ανάγκη της αναγνώρισης του κινδύνου και της έγκαιρης παρέμβασης στην οικογένεια, όταν συνυπάρχουν οι παράγοντες που αναφέρθηκαν ανωτέρω.

Δ. 1.20 Σχολιασμός ευρημάτων από τη σύγκριση ασθενών που διέπραξαν εμπρησμό με αυτούς που διέπραξαν βίαιο αδίκημα

Οι εμπρηστές θεωρούνται ένας τύπος βίαιου δράστη από κάποιους και μια ξεχωριστή ομάδα παραβατών από άλλους. Υποθέτοντας ότι ο εντοπισμός στοιχείων που διαφοροποιούν τους εμπρηστές από άλλους παραβάτες θα μπορούσε να συνεισφέρει στον σχεδιασμό ενός εξατομικευμένου θεραπευτικού πλάνου σε αυτούς, διερευνήσαμε εάν οι εμπρηστές (N=9) και οι βίαιοι παραβάτες (N= 63) είναι διαφοροποιημένοι ως προς τα δημογραφικά, κλινικά, ψυχοπαθολογικά και εγκληματολογικά χαρακτηριστικά που μετρήσαμε.

Οι ασθενείς του δείγματός μας (N=9) των οποίων το αδίκημα για το οποίο κρίθηκαν ακαταλόγιστοι ήταν ο εμπρησμός, έχουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Είναι όλοι άνδρες, συνήθως άγαμοι (66.7%) ή διαζευγμένοι (33.3%)
- Πάσχουν από σχιζοφρένεια (77.8%) και είχαν ιστορικό νοσηλειών (77.8%) κυρίως ακούσιες νοσηλείες (85.7%)
- Είχαν ιστορικό χρήσης (66.7%), κυρίως αλκοόλ
- Είχαν μηδενική συμμόρφωση στην προτεινόμενη φαρμακευτική αγωγή
- Ανέφεραν ετεροκαταστροφική συμπεριφορά πριν το αδίκημα (77.8%)
- Είχαν ιστορικό θυματοποίησης (55.6%)
- Ανέφεραν στρεσογόνα γεγονότα (66.7%) που προηγούνται του εμπρησμού
- Διέπραξαν το αδίκημα συνήθως στην πορεία της νόσου (77.8%), στην ηλικία των 45.78 ετών (±10.56), αρκετά αργότερα σε σχέση με τους βίαιους 37.78 (±12.12, p=0.059)
- Δεν διέπραξαν εγκλήματα κατά της ζωής (ανθρωποκτονία ή απόπειρα ανθρωποκτονίας), ωστόσο διέπραξαν αδικήματα κατά της σωματικής ακεραιότητας ή κατά της ιδιοκτησίας;
- Τα συνήθη θύματα ήταν συγγενείς (60%)
- Σε 5 περιπτώσεις (55.5%) υπήρχε ανθρωποκτονική πρόθεση
- Σε όλες τις περιπτώσεις οι ασθενείς πυρπόλησαν την ιδία οικία ή οικία συγγενών/γνωστών, πλην μίας όπου ο χώρος ήταν δημόσιος.

Από τους ελέγχους που διενεργήθηκαν προκειμένου να αναζητηθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ασθενών που διέπραξαν εμπρησμό και αυτούς που διέπραξαν βίαια αδικήματα, δεν προέκυψαν διαφορές από τα δημογραφικά, τα κλινικά ψυχιατρικά χαρακτηριστικά ή τις ψυχομετρικές δοκιμασίες. Τα δεδομένα από τη μελέτη μας συμφωνούν στα κύρια σημεία με τη διεθνή βιβλιογραφία.

Οι Gannon & Pina (2010) περιέγραψαν τον τυπικό εμπρηστή ως λευκό, με χαμηλό επίπεδο δεξιοτήτων, νεαρό άνδρα με πρώιμη έναρξη παραβατικής συμπεριφοράς. Επίσης, συχνές ήταν η

παραμέληση, η κακοποίηση και οι δυσλειτουργικές σχέσεις με την οικογένεια, παράλληλα με ένα περιορισμένο κοινωνικό δίκτυο, κακές κοινωνικές δεξιότητες και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Επιπλέον, ο τυπικός εμπρηστής εμφανίζει υψηλό επίπεδο παρορμητικότητας, συχνά σε συνδυασμό με διαταραχή διαγωγής / αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, σχιζοφρένεια, κατάχρηση ουσιών και συναισθηματικές ή/και αγχώδεις διαταραχές.

Οι Horley & Bowlby (2011) επιβεβαίωσαν αυτά τα χαρακτηριστικά στην ανασκόπησή τους, αλλά επεσήμαναν ότι δεν διακρίνουν απαραίτητα τους εμπρηστές από άλλους τύπους παραβατών. Το ίδιο φαίνεται να ισχύει και για τους παράγοντες κινδύνου. Προηγούμενες καταδίκες, αλκοολισμός, νοημοσύνη κάτω από το μέσο όρο και παρουσία ψυχικής διαταραχής, ιδιαίτερα διαταραχής προσωπικότητας, δεν είναι αποκλειστικά χαρακτηριστικά για εμπρηστές (Burton et al 2012, Dickens et al 2009, Harris & Rice 1996, Lindberg et al 2005, Repo & Virkkunen 1997). Ενώ μπορεί να φαίνεται προφανές ότι η γοητεία από τη φωτιά θα διαφοροποιούσε τους εμπρηστές από άλλους παραβάτες, πραγματική πυρομανία (επαναλαμβανόμενος δηλαδή εμπρησμός για ευχαρίστηση, ικανοποίηση ή ανακούφιση) σπάνια παρατηρείται στην ομάδα αυτή των παραβατών (Gannon & Pina 2010). Τα αποτελέσματα των Ritchie & Huff (1999), για παράδειγμα, όπου μόνο 3 από τους 283 εμπρηστές που διερευνήθηκαν διαγνώστηκαν με πυρομανία, υποστηρίζουν αυτή τη θέση.

Θεωρώντας τον εμπρησμό ως έκφραση επιθετικότητας και αντικοινωνικότητας, οι Gannon & Pina (2010) αναζήτησαν τη σχέση των ενηλίκων εμπρηστών και της βίαιης παραβατικότητας. Βρήκαν ότι οι εμπρηστές συχνά διαπράττουν ένα βίαιο αδίκημα και ότι η επιθετικότητα φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην πράξη του εμπρησμού. Αυτή είναι μία θέση που έχει υποστηριχθεί και στο παρελθόν, καθώς το 1987 οι Jackson, Glass & Hope πρότειναν ένα μοντέλο υποτροπής του εμπρησμού, το οποίο ενσωμάτωσε διάφορους παράγοντες που σχετίζονται με τον παθολογικό εμπρησμό, συμπεριλαμβανομένων της μετατοπισμένης επιθετικότητας που στοχεύει στην προσπάθεια αλλαγής του περιβάλλοντος.

Μια άλλη ένδειξη σύνδεσης μεταξύ εμπρησμού και επιθετικότητας θα μπορούσε να είναι η διάπραξη νέου αδικήματος, εκτός από τον αρχικό εμπρησμό. Για παράδειγμα, οι Rice & Harris (1996) εξέτασαν την υποτροπή σε ένα δείγμα 208 ενήλικων ανδρών που είχαν προηγουμένως εισαχθεί σε τμήμα υψηλής ασφάλειας ενός μεγάλου ψυχιατρικού ιδρύματος μετά την πυρκαγιά. 16% των συμμετεχόντων διέπραξαν εκ νέου εμπρησμό, 57% άλλα μη βία αδικήματα και 31% βίαιο αδίκημα εντός περιόδου παρακολούθησης 20 ετών.

Αντίστοιχα, βρέθηκαν μελέτες που συγκρίνουν εμπρηστές με άλλους τύπους παραβατών και διερευνούν τις ομοιότητες μεταξύ αυτών των ομάδων. Οι Jackson et al (1987) συνέκριναν 36 άνδρες

ασθενείς από ένα νοσοκομείο υψηλής ασφάλειας, οι μισοί από τους οποίους παραδέχτηκαν ότι διέπραξαν εμπρησμό και οι υπόλοιποι διαπροσωπική βία. Τα αποτελέσματα δεν διαφοροποίησαν τις δύο ομάδες σε όρους διαφόρων δημογραφικών μεταβλητών (πχ ηλικία) και άλλων χαρακτηριστικών, όπως το IQ και η ψυχική υγεία.

Πιο πρόσφατα, οι Enayati, Grann, Lubbe & Fazel (2008) έδειξαν ότι 214 εμπρηστές δεν διέφεραν σημαντικά από 2.395 άλλους τύπους παραβατών σχετικά με τις διαγνώσεις, εκτός από μαθησιακές δυσκολίες και το σύνδρομο Asperger (που ήταν πιο συχνές στο δείγμα των εμπρηστών). Οι Labree, Nijman, van Marle & Rossin (2010) βρήκαν επίσης λίγες διαφορές ως προς την ψυχοπαθολογία μεταξύ 25 εμπρηστών και μια ομάδα ελέγχου 50 σεξουαλικών παραβατών και ανθρωποκτόνων.

Άλλες μελέτες, ωστόσο, αναφέρουν διαφορές μεταξύ εμπρηστών και βίαιων παραβατών. Για παράδειγμα, οι Räsänen, Hakko & Väisänen (1995) συνέκριναν τους εμπρηστές με παραβάτες ανθρωποκτονιών και διαπίστωσαν ότι οι πρώτοι είναι πιο συχνά ανύπαντροι, με χαμηλότερο επίπεδο μόρφωσης, λιγότερο συχνά εργαζόμενοι και με προηγούμενες ψυχιατρικές εισαγωγές. Επιπλέον, οι εμπρηστές εμφάνισαν σημαντικά περισσότερα προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ, 84% σε αντίθεση με το 62% στο δείγμα που διέπραξε ανθρωποκτονία.

Τέλος, οι Wilpert et al (2017) συνέκριναν 55 εμπρηστές με 41 βίαιους παραβατικούς ασθενείς. Οι βίαιοι παραβάτες εμφάνιζαν συχνότερα κατάχρηση/εξάρτηση από ουσίες και ήταν νεότεροι κατά την εκδήλωση αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Όσον αφορά τις διαφορές στην εγκληματικότητα, οι βίαιοι παραβάτες είχαν πολύ περισσότερες πιθανότητες να έχουν διαπράξει προηγούμενα αδικήματα και εμφάνιζαν υψηλότερο ποσοστό υποτροπής.

Δ. 1.21 Σχολιασμός ευρημάτων σχετικά με τα συναισθήματα των ασθενών του δείγματος κατά τη δοκιμασία με τους μύθους του Αισώπου

Όπως σημειώθηκε και ανωτέρω, μόνον 38 ασθενείς ανταποκρίθηκαν στη δοκιμασία αυτή, καθώς είναι χρονοβόρα (περισσότερο από μία ώρα χρειαζόταν για να ολοκληρωθεί) και οι ασθενείς δυσκολεύονταν αρκετά είτε να κατανοήσουν τον μύθο, είτε τη θέση που έπρεπε να πάρουν κάθε φορά (ως ένας από τους ήρωες ή ως παρατηρητής), είτε τα συναισθήματα που τους προκαλούσαν. Ωστόσο, από τους ασθενείς που συμμετείχαν προκύπτει σαν επικρατέστερο συναίσθημα η θλίψη και ακολούθως ο θυμός.

Θα έλεγε κανείς σε ένα πρώτο επίπεδο πως η επικράτηση της θλίψης και του θυμού σε ένα δείγμα ακαταλόγιστων ασθενών με μακροχρόνια νοσηλεία είναι αναμενόμενη. Στην προσπάθεια να ερμηνευτούν περαιτέρω αυτά τα ευρήματα, δεχόμαστε ότι στη δοκιμασία αυτή χρειάζεται να

επιστρατευτεί η ηθική ικανότητα κάθε ασθενή. Οι Τριανταφυλλίδου & Παπαγεωργίου (2015) περιγράφουν την ηθική ικανότητα ως μια «εσωτερική κατάσταση στάσεων, κινήτρων και συναισθημάτων», η οποία προσδίδει ένα σταθερό προσανατολισμό τόσο στην πρόθεση, όσο και στην εκφρασμένη συμπεριφορά του ατόμου προς τις αξίες που αποσκοπούν να διασφαλίσουν τα ανθρώπινα δικαιώματα και την κοινωνική ευημερία. Παράλληλα όμως με την ικανότητα ηθικής κρίσης φαίνεται ότι και η θεωρία του νου και η κοινωνική νόηση αποτελούν πυρηνικά στοιχεία των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων.

Ο όρος «θεωρία του νου» αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να κατανοεί τις δικές του νοητικές καταστάσεις, όπως τις σκέψεις, τις προθέσεις, τις επιθυμίες, τα συναισθήματα, τις πεποιθήσεις και αυτές των άλλων (Premock & Woodruff 1978, Amodio & Frith 2006), προκειμένου να ερμηνεύει και να προβλέπει συμπεριφορές (Hillis 2014). Από την άλλη, ο όρος «κοινωνική νόηση» αφορά τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι επεξεργάζονται, αποθηκεύουν και εφαρμόζουν πληροφορίες για άλλους ανθρώπους και κοινωνικές καταστάσεις με βάση τις κατηγορίες στις οποίες ανήκουν και τα πράγματα τα οποία λένε ή κάνουν (Βοσνιάδου 2012). Τέλος, η επίγνωση και κατανόηση του τι σκέφτονται, τι αισθάνονται και τι κάνουν οι άλλοι είναι σημαντικές για την αποτελεσματικότητα του ατόμου στο κοινωνικό περιβάλλον (Hala & Carpendale 1997).

Ένα εντυπωσιακό χαρακτηριστικό στη σχιζοφρένεια είναι ότι οι ασθενείς αντιμετωπίζουν περιορισμούς στην ικανότητα τους να ανταποκρίνονται σε κοινωνικές καταστάσεις. Αυτή η έκπτωση δεν εμφανίζεται μόνον στα προχωρημένα στάδια, αλλά μπορεί συχνά να παρατηρηθεί πριν ακόμα την εμφάνιση της ψύχωσης (Pinkham, Penn, Perkins, & Lieberman 2003). Τα δεδομένα από τη βιβλιογραφία υποστηρίζουν πως δεν μπορεί να αποδοθεί αυτή η έκπτωση στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων μόνο (Ertugrul & Ulug 2002). Αντιθέτως, η κοινωνική επάρκεια/ικανότητα φαίνεται να εξαρτάται από την περιορισμένη δυνατότητα των ασθενών να αντιληφθούν τις σκέψεις και τις προθέσεις των άλλων και να συναισθάνονται τους άλλους (Bellack et al 1990, Bora et al 2006, Bruene et al 2007, Lysaker et al 2004, Shamay-Tsoory et al 2007, Shamay-Tsoory, Shur, Barcai-Goodman et al 2007), η οποία υποστηρίζεται από τις νευρογνωστικές λειτουργίες (Bell et al 2009, Brekke et al 2005, Nakagami et al 2008).

Συμπερασματικά, φαίνεται πως οι ικανότητες που αναφέρθηκαν ανωτέρω διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στις σκέψεις, πεποιθήσεις, συναισθήματα, προθέσεις και, τελικά, στις πράξεις των ανθρώπων. Οι ικανότητες όμως αυτές διαταράσσονται στους ψυχιατρικούς ασθενείς, καθώς στα άτομα με σχιζοφρένεια εμφανίζονται τόσο ελλείμματα στη θεωρία του νου (Korkmaz 2011), όσο και ελλείμματα στην κοινωνική νόηση (Billeke & Aboitiz 2013). Αν συνυπολογίσει κανείς ότι το δείγμα

μας δεν αποτελείται απλά από άτομα με σοβαρή ψυχική νόσο, κυρίως σχιζοφρένεια, αλλά και με παραβατικότητα, θα περίμενε η ηθική τους κρίση να είναι επηρεασμένη. Περαιτέρω έρευνα απαιτείται για εξήγηση των αποτελεσμάτων μας, όπως η σύγκρισή τους με ασθενείς με παρόμοιες διαγνώσεις χωρίς παραβατικότητα, με άτομα με παραβατικότητα αλλά χωρίς σοβαρή ψυχική νόσο, και με υγιείς.

Δ. 2 Περιορισμοί της μελέτης

Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας περιέχουν σημαντικά ευρήματα για τη διερεύνηση του προφίλ των αδικοπραγούντων ψυχιατρικών ασθενών που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχιατρικής ή διανοητικής διαταραχής. Ωστόσο, όπως κάθε έρευνα παρουσιάζει δυνατά και αδύναμα σημεία.

Στα δυνατά της σημεία πρέπει να αναφερθεί ο ικανός αριθμός των συμμετεχόντων σε πανελλαδικό επίπεδο. Οι ασθενείς που συμμετείχαν αποτελούν το σύνολο των αδικοπραγούντων ασθενών που νοσηλεύθηκαν στη Βόρειο Ελλάδα την πενταετία Ιανουάριος 2015-Ιανουάριος 2020. Τον Ιανουάριο 2018 νοσηλεύονταν στο ΨΝΑ 84 ασθενείς με το άρθρο 69 ΠΚ, αριθμός που είναι πολύ κοντά στο δείγμα της συγκεκριμένης διατριβής και αποτελεί ουσιαστικά περίπου το 50% των νοσηλευόμενων με το άρθρο 69ΠΚ της χώρας. Δεν υπάρχει επίσης λόγος να υποθέσει κανείς πως το δείγμα της Κεντρικής και Νοτίου Ελλάδας θα είχε διαφορετικά χαρακτηριστικά. Θα έλεγε κανείς πως φαίνεται να υπάρχει καλή εκπροσώπηση στο δείγμα μας από το σύνολο των ακαταλόγιστων της χώρας. Εξάλλου, σε πρόσφατη μελέτη που απεικονίζει τα χαρακτηριστικά των ακαταλόγιστων ασθενών στη χώρα (Μαρτινάκη 2018) δεν αναδείχθηκαν σημαντικές διαφορές στους πληθυσμούς των νοσηλευόμενων παραβατικών ασθενών της Βορείου και Νοτίου Ελλάδας.

Στις αδυναμίες χρειάζεται να σημειωθεί πως την ίδια χρονική περίοδο, ιδιαίτερα όμως πριν τον Ιανουάριο 2018, ασθενείς με μείζονα ψυχοπαθολογία και σοβαρή επικινδυνότητα πιθανόν να νοσηλεύονταν στο Ψυχιατρείο Κρατουμένων Κορυδαλλού. Πριν την εφαρμογή του ν.4509/2017 οι ασθενείς που στην πορεία κρίνονταν ακαταλόγιστοι κρίνονταν αρχικά προφυλακιστέοι και ακολούθως μεταφέρονταν στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής με δικαστικές αποφάσεις ή βουλεύματα. Βέβαια, στο δείγμα μας συμπεριελήφθησαν εκείνοι που μετά τον Ιανουάριο 2018 διέπραξαν αδικήματα και διατάχθηκε η νοσηλεία ως περιοριστικός όρος πριν το δικαστήριο που θα έκρινε αν είχαν ή όχι καταλογισμό για τα αδικήματά τους αυτά.

Από την εμπειρία στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης προκύπτει, επίσης, πως συχνά τα περιστατικά βίας, ειδικά εντός του οικογενειακού περιβάλλοντος, δεν διώκονται. Το γεγονός αυτό οδηγεί πρακτικά σε μικρότερο αριθμό παραβατικών ασθενών που νοσηλεύονται με το άρθρο 69ΠΚ, και επιπλέον ακούσιες νοσηλείες στα τμήματα των οξέων περιστατικών του ΨΝΘ.

Δυστυχώς κάποιοι ιατρικοί φάκελοι είχαν πολλές ελλείψεις και ανακρίβειες, ειδικά όσον αφορά τους ασθενείς με μακρόχρονες νοσηλείες. Συχνά ήταν απολύτως λακωνικοί και εστιασμένοι στις φαρμακευτικές αγωγές χωρίς πολλές περαιτέρω πληροφορίες. Επίσης, όλοι οι φάκελοι δεν ήταν πλήρεις όσον αφορά τα δικαστικά έγγραφα. Έτσι, δεν υπήρχε η δυνατότητα σε όλες τις περιπτώσεις να συλλεχθούν πολλές πληροφορίες για τα αδικήματα, όπως αν περιέχονταν όλη η δικογραφία. Ωστόσο, υπήρχε η δυνατότητα επανεξέτασης, που αύξησε σε κάθε περίπτωση την αξιοπιστία, διότι αποσαφηνίστηκαν σε κάποιες περιπτώσεις σημαντικά στοιχεία για τους ασθενείς.

Τέλος, όσον αφορά το πρωτόκολλο, η αξιολόγηση της PANSS αναδρομικά είναι βέβαιο πως δεν μπορούσε να γίνει με μεγάλη ακρίβεια, αλλά κατά εκτίμηση, περιορίζοντας μερικώς την αξιοπιστία κάποιων αποτελεσμάτων. Επιπλέον, η συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή αξιολογήθηκε στους δύο πόλους ΝΑΙ/ΟΧΙ, και όχι ποσοστιαία, διότι αυτό δεν μπορούσε να γίνει με ακρίβεια, ειδικά για τον μεγάλο όγκο των ασθενών που ήταν ήδη σε μακρόχρονη νοσηλεία.

Δ. 3 Προτάσεις για μελλοντικές πολιτικές και διαδικασίες ώστε να αναγνωρίζονται οι ασθενείς που εμπλέκονται σε αντικοινωνικές και εγκληματικές ενέργειες

Η διαπροσωπική βία συγκαταλέγεται μεταξύ των σημαντικότερων αιτίων πρόωρης θνησιμότητας και νοσηρότητας. Εξαιρουμένου του πολέμου, η βία οδηγεί σε περίπου 410.000 θανάτους ετησίως και είναι η 19η κοινή αιτία θανάτου παγκοσμίως (Wang et al 2015). Οι στρατηγικές στη δημόσια υγεία κινούνται προς ένα μοντέλο πρόληψης για τη βία (Krug et al 2002). Ταυτόχρονα σημαντικές εκθέσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας επικεντρώνονται στην περιγραφή των παραγόντων κινδύνου (WHO 2014). Ο προσδιορισμός παραγόντων κινδύνου που μπορούν να τροποποιηθούν θα μπορούσε ενδεχομένως να οδηγήσει σε μείωση αυτών των παραγόντων και ανάπτυξη έγκαιρων παρεμβάσεων.

Το ερώτημα σχετικά με το πώς μπορεί να μειωθεί η βία δεν έχει μία και μοναδική απάντηση. Μια απλή προσέγγιση στοχεύει στη θεραπεία των υποκείμενων ψυχιατρικών διαταραχών και των συμπτωμάτων τους, καθώς και των υπόλοιπων παραγόντων που αυξάνουν τον κίνδυνο. Όσον αφορά την επαναδιάπραξη βίαιου αδικήματος μετά την αποφυλάκιση, τα περισσότερα προγράμματα στοχεύουν σε ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, αλλά η αποτελεσματικότητά τους είναι από χαμηλή έως μέτρια (McGuire 2008). Καθώς οι ψυχιατρικές διαταραχές και οι διαταραχές χρήσης ουσιών, που αυξάνουν την υποτροπή της εγκληματικότητας, είναι συχνές στους κρατούμενους (Fazel, Seewald 2012), η αντιμετώπιση με την κατάλληλη ψυχιατρική αγωγή προσφέρει μια εναλλακτική στρατηγική στη μείωση της. Οι Chang et al (2016) κατέληξαν πως τρεις κατηγορίες ψυχιατρικών φαρμάκων (αντιψυχωτικά, ψυχοδιεγερτικά και φάρμακα που χρησιμοποιούνται στις διαταραχές χρήσης ουσιών) σχετίζονται με σημαντικές μειώσεις στην υποτροπή εγκληματικής βίαιης συμπεριφοράς, και η

συσχέτιση αυτή είναι ισχυρότερη από αυτή με τα ευρέως διαδεδομένα προγράμματα ψυχολογικής παρέμβασης στη φυλακή.

Τα τελευταία χρόνια η ερευνητική δραστηριότητα έχει στραφεί και προς το πιο ειδικό πεδίο της Ψυχιατροδικαστικής προσφέροντας χρήσιμα στοιχεία στην κατανόηση του φαινομένου της παραβατικότητας των ψυχιατρικών ασθενών. Περαιτέρω έρευνα χρειάζεται για τη βαθύτερη αντίληψη και ουσιαστική κατανόηση όλων εκείνων των μηχανισμών που εμπλέκονται στην τελική εκδήλωση μιας βίαιης και επιθετικής συμπεριφοράς. Έρευνα, επίσης, χρειάζεται και όσον αφορά την ανάπτυξη προληπτικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων, με σκοπό την καλύτερη εκτίμηση της επικινδυνότητας και τον εντοπισμό των ομάδων υψηλού κινδύνου για εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς, ώστε να επιτευχθεί η μείωση των υποτροπών και των βίαιων συμπεριφορών στους ασθενείς αυτούς. Ο υπολογισμός του κινδύνου βίας σε ειδικούς πληθυσμούς (Fazel et al 2016) χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για να αποσαφηνίσει τον δυναμικό του ρόλο. Στόχευση ομάδων υψηλού κινδύνου, όπως αποφυλακισμένοι και άτομα με αντικοινωνική προσωπικότητα, θα πρέπει αποτελεί πεδίο έρευνας κατά προτεραιότητα στο μέλλον.

Όσον αφορά τον ρόλο των ειδικών στην πρόληψη της βίας, είναι σημαντικό να αναγνωρίζουν πρώιμα τους δυνητικά παραβατικούς ασθενείς και να εξασφαλίζουν ώστε η θεραπευτική προσπάθεια να συνεχίζεται χωρίς διακοπές ή πλημμελή συμμόρφωση. Από τους ειδικούς στον χώρο της Ψυχιατροδικαστικής τονίζεται πως πρωταρχικό βήμα στην πρόληψη της βίαιης και παραβατικής συμπεριφοράς στη σχιζοφρένεια αποτελεί η αποδοχή της αποδεδειγμένης σχέσης τους (Λύκουρας & Δουζένης 2011). Αν η βίαιη συμπεριφορά, στην πορεία της διαταραχής θεωρείται ανεξάρτητη της νόσου και παραγνωρίζεται, είναι σαφές ότι δεν θα υπάρχει πρόοδος προς αυτή την κατεύθυνση. Για την αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας χρειάζεται η εκπαίδευση όλης της ψυχιατρικής κοινότητας με εργαστήρια, ημερίδες, στρογγυλές τράπεζες και συνέδρια, ώστε να επιτευχθεί η συνεργασία όλων των εμπλεκομένων και όχι μόνον των ειδικών που δραστηριοποιούνται στον χώρο, βελτιστοποιώντας τα αποτελέσματα.

Η αντιμετώπιση της εξάρτησης/κατάχρησης ουσιών και αλκοόλ, αποτελεί βασικό στόχο και είναι κρίσιμης σημασίας. Όσο η κατάχρηση συνεχίζεται, οποιαδήποτε άλλη μορφή πρόληψης και θεραπείας φαίνεται δυσχερής (Λύκουρας & Δουζένης 2011). Κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει τη σχέση των ναρκωτικών με την παραβατικότητα, η οποία μπορεί να προκύπτει άμεσα λόγω της φαρμακολογικής ή νευρολογικής επίδρασης των ναρκωτικών, της τοξίκωσης, βλάβης προκαλούμενης από παρατεταμένη χρήση, και στα πλαίσια στερητικού συνδρόμου, αλλά και έμμεσα με τη χρήση βίας για την απόκτηση των ναρκωτικών ή ως μέσο επίλυσης διενέξεων (Hoaken & Stewart 2003). Επιπλέον,

σε περιπτώσεις διπλής διάγνωσης, η βίαιη συμπεριφορά και η χρήση ουσιών μπορεί να συνυπάρχουν. Στόχος λοιπόν των παρεμβάσεων θα πρέπει να είναι αρχικά η πρόληψη, όσον αφορά τη χρήση στον νεανικό πληθυσμό, και σε δεύτερο χρόνο η αντιμετώπιση της χρήσης στους ψυχιατρικούς ασθενείς με εξειδικευμένες υπηρεσίες, με απώτερο στόχο τη συνολική βελτίωση της υγείας και τη μείωση της επικινδυνότητας.

Οι παραβατικοί ασθενείς, μετά το εξιτήριο από την κλινική ή την έξοδο από το σωφρονιστικό κατάστημα όπου αντιμετωπίζονταν, προτείνεται να βρίσκονται σε τακτική παρακολούθηση από εξειδικευμένα τμήματα, όπως τα Εξωτερικά Ιατρεία Ψυχιατροδικαστικής σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη, με χρήση αντιψυχωτικών μακράς διάρκειας δράσης όπου είναι εφικτό, εξασφαλίζοντας τη συμμόρφωση. Επιπλέον, η δυνατότητα υποχρεωτικής παρακολούθησης στην κοινότητα, όπως σήμερα προβλέπει το άρθρο 69ΠΚ στην αναθεώρηση του με τον ν.4509/2017, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και να αξιοποιείται αναλόγως.

Η ανάπτυξη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η εκπαίδευση των γενικών ιατρών, των παθολόγων και των παιδιάτρων, οι οποίοι λειτουργούν ως οικογενειακοί ιατροί και είναι αυτοί που θα μπορούν να εντοπίσουν τα πρώτα σημεία της νόσου, θα μπορούσε να μειώσει τον χρόνο μη θεραπευόμενης ψύχωσης. Η εκπαίδευση αυτών των ειδικοτήτων σε θέματα ψυχικής υγείας, ώστε να εντοπίζουν τα πρόδρομα σημεία της ψύχωσης θα βοηθούσε την οικογένεια να συνειδητοποιήσει, να αποδεχτεί και να αναζητήσει βοήθεια έγκαιρα για το πάσχον μέλος της. Με αυτόν τον τρόπο θα μειωνόταν σημαντικά ο χρόνος μη θεραπευόμενης ψύχωσης και θα βελτιωνόταν και η πρόγνωση της νόσου.

Το γεγονός ότι στις περισσότερες περιπτώσεις οι ασθενείς που τελικά κατέληξαν στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής μετά τη διάπραξη κάποιου αδικήματος είχαν στο παρελθόν αντιμετωπιστεί από υπηρεσίες ψυχικής υγείας, είτε για νοσηλεία είτε για παρακολούθηση, θέτει πολλούς προβληματισμούς για την ικανότητα του συστήματος παροχής ψυχιατρικής φροντίδας να αποτρέψει τις υποτροπές και να μειώσει την επικινδυνότητα. Οι ασθενείς συχνά μετά από μια νοσηλεία επιστρέφουν στην κοινότητα χωρίς ένα συγκεκριμένο θεραπευτικό πλάνο και συχνά χωρίς πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ειδικά στην ελληνική επαρχία. Έτσι, σε μια νέα υποτροπή είναι πιθανό να προβούν σε αξιόποινες πράξεις και να βρεθούν νοσηλευόμενοι με το άρθρο 69ΠΚ. Η ανάπτυξη της ψυχιατρικής στην κοινότητα θα μπορούσε να εγγυηθεί τη συνέχιση της θεραπείας, τη στήριξη του ασθενούς στην καθημερινότητά του και την έγκαιρη παρέμβαση σε ενδεχόμενη υποτροπή.

Το εύρημα ότι το ένα τρίτο των αδικοπραγούντων ασθενών βρίσκονται στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο πριν να λάβουν ικανοποιητική σε χρόνο και ποιότητα ψυχιατρική αντιμετώπιση, γεννά προβληματισμό σε σχέση με την αντίσταση του πολίτη και της οικογένειάς του να αντιληφθούν την

ύπαρξη νόσου και να απευθυνθούν έγκαιρα σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Καθοριστικός παράγοντας προς αυτή την κατεύθυνση αναδεικνύεται η ανθεκτικότητα του στίγματος απέναντι στην ψυχική νόσο στον χρόνο, παρά την αδιαμφισβήτητη επιστημονική πρόοδο. Ο φόβος και το αίσθημα απειλής ενσαρκώνουν τις αρνητικές κοινωνικές στάσεις απέναντι στα άτομα με ψυχική νόσο, ενώ προς τη διαιώνιση αυτή του στίγματος σημαντικό ρόλο παίζουν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ), όπου τα βίαια ή ακραία περιστατικά, η επικινδυνότητα, αλλά και η θυματοποίηση του ψυχικά πάσχοντα, είναι αυτά που συνδέονται με την ψυχική νόσο (Οικονόμου και συν 2015). Με αυτόν τον τρόπο δυστυχώς αποθαρρύνεται ο πολίτης να απευθυνθεί στους ειδικούς, επιλέγοντας να συγκαλύψει το πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο ίδιος ή ένα από τα μέλη της οικογένειάς του. Έτσι, προκύπτουν περιστατικά στην κοινότητα που παραμελούνται μέχρι να οδηγηθούν με τρόπο δραματικό στη διάπραξη ενός αδικήματος, για να γίνει αντιληπτή η ψυχική διαταραχή και να λάβουν τη φροντίδα που χρειάζονται από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Χαράσσοντας στρατηγικές για τον περιορισμό των διακρίσεων απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, προτείνεται η προσέγγιση σε τρία επίπεδα, στα πρότυπα που προτείνουν οι κοινωνικοί ψυχολόγοι, οι οποίοι μελετούν τον σχεδιασμό για την αλλαγή των φυλετικών στερεοτύπων (Penn et al 1994): α) εκπαίδευση β) επαφή γ) διαμαρτυρία. Όσον αφορά τις ψυχικές διαταραχές, η εκπαίδευση θα πρέπει να συμβάλλει στην αντικατάσταση των αρνητικών στάσεων με τις πρόσφατες αντιλήψεις που αφορούν την ψυχική ασθένεια, η επαφή με τους ασθενείς, και όχι η περιθωριοποίηση, είναι αυτή που θα προκαλέσει τις αλλαγές των στάσεων μέσω της άμεσης αλληλεπίδρασης μαζί τους, και τέλος η διαμαρτυρία μέσω οργανισμών, συλλόγων, σωματείων κλπ. θα απομονώσει και θα καταγγείλει τις συμπεριφορές διάκρισης (Αρβανίτη 2008).

Επιπλέον η ανάπτυξη δομών στην κοινότητα θα μπορούσε να στηρίξει τις οικογένειες των ψυχικά πασχόντων και να επεξεργαστεί τα συναισθήματα που νοιώθει η οικογένεια όταν μαθαίνει ότι ένα μέλος της πάσχει από μια σοβαρή ψυχική ασθένεια. Η οικογένεια έχει να διαχειριστεί την αλήθεια και να συμφιλιωθεί με τη νέα πραγματικότητα. Συχνά νιώθει ότι γκρεμίζονται τα όνειρα και ματαιώνονται προσδοκίες, με αποτέλεσμα να αναπτύσσονται συναισθήματα ματαίωσης και απογοήτευσης, ενοχής και ντροπής, άγχους και φόβου, δυσαρέσκειας και οργής, πικρίας, θλίψης και απελπισίας. Έτσι, το συναισθηματικό βάρος για τις οικογένειες είναι συχνά δυσβάστακτο. Τις περισσότερες φορές οι συγγενείς νιώθουν μόνοι και δεν έχουν πού να εκφράσουν αυτά τα συναισθήματα, γιατί συνήθως οι συγγενείς και οι φίλοι έχουν αρνητική εικόνα για την ψυχική αρρώστια και είναι επηρεασμένοι από τα αρνητικά κοινωνικά στερεότυπα για τον ψυχικά άρρωστο. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας πρέπει να αναπτύξουν τρόπους προσέγγισης της οικογένειας στην κοινότητα, με στόχο αφενός την υπεύθυνη ενημέρωση, για να κατανοήσει την ψυχική διαταραχή και τις σύγχρονες θεραπείες, και αφετέρου την

εκπαίδευση, για να αποκτήσει δεξιότητες, ώστε να επιλύει αποτελεσματικά τα προβλήματα και τις δυσκολίες που προκύπτουν λόγω της ασθένειας, και τέλος την υποστήριξη, σε όλα τα επίπεδα, δηλαδή πρακτική και συναισθηματική, για να μπορέσει να διαχειριστεί το στίγμα και την απομόνωση. Δεδομένου ότι συχνά τα θύματα των αδικοπραγούντων ασθενών είναι μέλη της οικογένειας, οι παρεμβάσεις από ειδικούς ψυχικής υγείας στην οικογένεια των ασθενών θα μπορούσαν να σώσουν ζωές.

Αλλά και οι ασθενείς έχουν συχνά υπάρξει θύματα κακοποίησης στο παρελθόν εντός ή εκτός της οικογένειας. Οι θεραπείες στην παιδική ηλικία και στην εφηβεία απαιτούν περαιτέρω βελτίωση (Farrington 2016). Επιπλέον, θα πρέπει να αναπτυχθούν προληπτικές προσεγγίσεις στην αντιμετώπιση των δύο παραγόντων κινδύνου παιδικής ηλικίας που εντοπίστηκαν: να είναι το παιδί θύμα εκφοβισμού και να βιώνει βία (Fazel et al 2018). Πιθανόν ένας από τους τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισης της παραβατικότητάς τους να είναι αρχικά η φροντίδα και η προφύλαξη τους από αυτούς από τους κακοποιούν, και στο μέλλον η αποτροπή επανάληψης της κακοποίησης. Προς αυτή την κατεύθυνση θα βοηθούσαν δομές στην κοινότητα με εξειδικευμένο προσωπικό που έχουν την εμπειρία και την επιστημονική κατάρτιση στην αντιμετώπιση ανθρώπων που έχουν υποστεί βία ή κακοποίηση.

Πρόσφατα επισημάνθηκε από την Ομάδα εργασίας Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση (Στεφανής, Μαυρέας, Νηματούδης, Γουρζής, Σαμακουρή, Βγόντζας, Δουζένης 2018) ότι «η ανάγκη υιοθέτησης μιας εθνικής στρατηγικής στην αντιμετώπιση των ψυχωτικών διαταραχών βασισμένης στις αρχές της ψύχωσης προτείνουν την παροχή κοινοτικών υπηρεσιών έγκαιρης παρέμβασης στην ψύχωση (ΕΠΨ)», με απώτερο στόχο την έγκαιρη αναγνώριση περιστατικών και τη μείωση του χρόνου μη θεραπευόμενης ψύχωσης, μέσω της εμπεριστατωμένης και ολιστικής αντιμετώπισης των αναγκών των νέων ασθενών και των οικογενειών τους. Η διεθνής εμπειρία ήδη έχει αναδείξει την υπεροχή των υπηρεσιών ΕΠΨ σε δείκτες ποιότητας ζωής των ασθενών, μείωση ψυχοπαθολογίας, περιορισμό στην αλόγιστη χρήση αντιψυχωτικών φαρμάκων, επάνοδο στην εργασία/σχολείο, μείωση της οικογενειακής επιβάρυνσης, καθώς και την καλύτερη αποκατάσταση της λειτουργικότητας των ασθενών. Οι συγγραφείς καταλήγουν πως οι οικονομικές επιβαρύνσεις από τη λειτουργία των μονάδων ΕΠΨ τελικά εξισορροπούνται από τα μακροπρόθεσμα ποιοτικά οφέλη των προγραμμάτων αυτών, ενώ είναι βέβαιο ότι η θεσμοθέτηση υπηρεσιών ΕΠΨ θα επιφέρει μακροπρόθεσμα οφέλη, τόσο για το Εθνικό Σύστημα Υγείας, όσο και για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Δεδομένου ότι συχνά η επιθετικότητα εκδηλώνεται στα πλαίσια του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι ίσως σκόπιμη η ίδρυση και λειτουργία Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης για ασθενείς με ιστορικό σοβαρής βίας, προκειμένου να μην επαναλάβουν ανάλογες πράξεις επιστρέφοντας στην

οικογένεια. Συχνά μετά από μια πρώτη νοσηλεία η θεραπευτική ομάδα αντιλαμβάνεται ότι η κατάσταση μέσα στην οικογένεια είναι εκρηκτική και θεωρούν αναγκαία μια πιο εξειδικευμένη παρέμβαση σε δεύτερο χρόνο προκειμένου να αποτραπούν βίαια επεισόδια. Η βραχύχρονη ή μακρόχρονη παραμονή ασθενών υψηλού κινδύνου για βία σε τέτοιες μονάδες μπορεί να ανακουφίσει τον ασθενή και την οικογένεια του, να εκπαιδεύσει την οικογένεια σχετικά με τη διαχείριση των συμπεριφορών του ασθενή, να εκπαιδεύσει τον ασθενή στη διαχείριση του θυμού του και τελικά να μειώσει τη βία μέσα στην οικογένεια. Φυσικά τέτοιες μονάδες θα πρέπει να είναι στελεχωμένες με κατάλληλο προσωπικό ποσοτικά και ποιοτικά για τη διαχείριση βίαιων συμπεριφορών, προκειμένου να εξασφαλιστεί η ασφάλεια όλων. Σήμερα, οι υπάρχουσες ΜΨΚΑ απορρίπτουν συνήθως ασθενείς με βία στο ιστορικό τους, επικαλούμενοι την έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού και εγκαταστάσεων ή απλώς την έλλειψη προσωπικού.

Ταυτόχρονα, πρέπει να σημειωθεί ότι το ποινικό ιστορικό ως μεταβλητή είναι μεταξύ των ισχυρότερων για τα άτομα με ψυχιατρική διαταραχή, υπογραμμίζοντας την ανάγκη ενίσχυσης της σχέσης και διασύνδεσης μεταξύ της ποινικής δικαιοσύνης και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας για τη διαχείριση μελλοντικών κινδύνων.

Τέλος, στο επίπεδο του πληθυσμού η αντικοινωνική προσωπικότητα είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για βία και χρειάζεται περισσότερη έρευνα σχετικά. Αν και υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία που υποδηλώνουν ότι η υποκείμενη διαταραχή προσωπικότητας θεραπεύεται, μερικά κοινά συμπτώματα που προκύπτουν είναι αντιμετωπίσιμα και άρα τροποποιήσιμα (NICE 2016).

Ε. Συμπεράσματα

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναδείχθηκε η σχέση ανάμεσα στην ψύχωση και την παραβατικότητα, όχι όμως σαν σχέση επαγωγική, αλλά σχέση που επηρεάζεται και καταλύεται από διάφορους παράγοντες που είναι δύσκολο να διαχωριστούν πλήρως μεταξύ τους. Έτσι, αναδείχθηκε η σημασία της χρήσης ουσιών, η επίδραση της θετικής συμπτωματολογίας και ιδιαίτερα των παραληρητικών ιδεών, η σημασία της μείωσης του χρόνου μη θεραπευόμενης ψύχωσης στην πρόληψη της παραβατικότητας, η ανάγκη της εξασφάλισης συμμόρφωσης στη συνεχιζόμενη ψυχιατρική παρακολούθηση, αλλά και η σημασία των τραυματικών γεγονότων και της θυματοποίησης στην ευόδωση εκδήλωσης βίαιων και παραβατικών συμπεριφορών.

Από την καθημερινή κλινική πρακτική στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής ΨΝΘ παρατηρήθηκε πως οι ασθενείς που κρίνονται ακαταλόγιστοι σύμφωνα με το άρθρο 34 και νοσηλεύονται σύμφωνα με το άρθρο 69ΠΚ μπορούν να διακριθούν σε αυτούς που διαπράττουν το αδίκημα στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο πριν τη λήψη ικανής σε χρόνο και σε δοσολογία θεραπείας και σε αυτούς που το διαπράττουν στην πορεία της νόσου, οι οποίοι έχουν έρθει σε επαφή με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και συνήθως έχουν στο ιστορικό τους πολλαπλές νοσηλείες. Η παρατήρηση αυτή επιβεβαιώθηκε και από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, όπου επιχειρείται να εντοπιστούν οι διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς και η κατηγοριοποίηση των ψυχιατρικών ασθενών που διαπράττουν αδικήματα και απασχολούν τη δικαιοσύνη. Ανάλογα ελληνικά δεδομένα δεν υπάρχουν μέχρι σήμερα.

Στην προσπάθεια μας να εντοπίσουμε τα χαρακτηριστικά αυτών των δύο ομάδων ασθενών εφαρμόστηκαν στατιστικοί έλεγχοι και μέθοδοι και προέκυψαν ορισμένα σημαντικά συμπεράσματα που αφορούν τόσο δημογραφικά, ψυχιατρικά και νομικά χαρακτηριστικά, όσο και στοιχεία της ψυχοπαθολογίας τους. Όπως προέκυψε, οι ασθενείς που διέπραξαν το αδίκημα στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο ήταν νεότεροι, εργάζονταν συνήθως κατά τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος, βίωσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό στρεσογόνα γεγονότα τα τελευταία δύο χρόνια πριν τη διάπραξη του αδικήματος, σχεδόν στο σύνολό τους διέπραξαν αδίκημα κατά της ζωής, με θύμα συνήθως άτομο του οικογενειακού τους περιβάλλοντος, υπό το κράτος σοβαρής θετικής συμπτωματολογίας κι εμφάνισαν σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό αυτοκαταστροφική συμπεριφορά μετά την τέλεση του εγκλήματος. Αντίθετα, η δεύτερη ομάδα έχει σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών που είχαν νοσηλευτεί εκούσια ή ακούσια πριν την τέλεση του εγκλήματος, βρίσκονταν σε ψυχιατρική/φαρμακευτική αγωγή χωρίς να είναι συμμορφούμενοι, και παρουσίαζαν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό εχθρότητας και παραληρητικής εχθρικότητας. Τέλος, οι ασθενείς που διέπραξαν το έγκλημα κατά την πορεία της νόσου φαίνεται να εμφάνιζαν μεγαλύτερη επικινδυνότητα για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς σε σχέση με αυτούς που διέπραξαν το έγκλημα κατά το πρώτο

ψυχωτικό επεισόδιο, όπως φαίνεται στην κλίμακα HCR-20, τόσο κατά τον χρόνο διάπραξης του αδικήματος όσο και κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας.

Επιπλέον, από τη μελέτη αντρών και γυναικών προέκυψε πως οι γυναίκες ήταν συχνότερα έγγαμες σε σχέση με τους άνδρες, ενώ φαίνεται να εκδήλωναν σε μεγαλύτερο ποσοστό αυτοκαταστροφική συμπεριφορά μετά τη διάπραξη του αδικήματος. Οι άντρες, αντιθέτως, εκδήλωναν σε μεγαλύτερο ποσοστό ετεροκαταστροφική συμπεριφορά έως την τέλεση του εγκλήματος, χωρίς να διαφοροποιούνται σε άλλα από τα χαρακτηριστικά που μελέτησε η διατριβή αυτή. Είναι πάντως χαρακτηριστικός ο μικρός αριθμός των γυναικών παραβατών τόσο στο δείγμα μας όσο και στη βιβλιογραφία.

Από τη μελέτη των ασθενών με και χωρίς ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες προέκυψε πως όσοι είχαν ιστορικό χρήσης είχαν στο ιστορικό τους συχνότερα ακούσιες νοσηλείες και εκδήλωναν συχνότερα ετεροκαταστροφική συμπεριφορά, τόσο πριν όσο και μετά το αδίκημα, εύρημα σύμφωνο με τα δεδομένα από τη βιβλιογραφία. Επίσης, είχαν συχνότερα ιστορικό προηγούμενων καταδικών και διέπραξαν το αδίκημα σε μικρότερη ηλικία, αναδεικνύοντας τη σημασία της αντιμετώπισης της χρήσης ουσιών στους ψυχιατρικούς ασθενείς. Τέλος, εκτιμώνται ως περισσότερο επικίνδυνοι σύμφωνα με τη βαθμολογία τους στο HCR20, τόσο κατά τη διάπραξη του αδικήματος, όσο και κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας.

Από τη μελέτη των ασθενών με και χωρίς ιστορικό αυτοκτονικότητας πριν τη διάπραξη του αδικήματος προέκυψε πως οι ασθενείς με αυτοκτονικότητα έκαναν συχνότερα χρήση ηρωίνης, είχαν λιγότερο συχνά ιστορικό σωματικής/σεξουαλικής κακοποίησης και καλύτερη λειτουργικότητα κατά την έρευνα σε σχέση με τους υπόλοιπους. Τέλος, συγκέντρωσαν χαμηλότερη βαθμολογία στη θετική υποκλίμακα, την αρνητική υποκλίμακα και το σύνολο της PANSS κατά τη διάπραξη του αδικήματος, αναδεικνύοντας ένα προφίλ ηπιότερης ψυχοπαθολογίας κατά το αδίκημα.

Από τη μελέτη των ασθενών με και χωρίς ιστορικό ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς έως την τέλεση του εγκλήματος προέκυψε πως όσοι είχαν ιστορικό ήταν συχνότερα άνδρες, είχαν ιστορικό χρήσης και είχαν συχνότερα ιστορικό διαταραχής διαγωγής/συμπεριφοράς. Στους ασθενείς αυτούς δεν φαίνεται η παραβατικότητα να πυροδοτήθηκε από στρεσογόνα γεγονότα. Παρόλο που είχαν συχνά ιστορικό νοσηλειών και λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή, δεν ήταν συμμορφούμενοι και δεν αποτράπηκε η διάπραξη ενός ποινικού αδικήματος, ενώ συνεχίζουν να παρουσιάζουν μεγαλύτερη επικινδυνότητα για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς και κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας. Πρόκειται για ασθενείς στην ουσία με ιστορικό βίαιων συμπεριφορών, που η επαφή τους με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας δεν μείωσε την επικινδυνότητά τους, εύρημα που αναδεικνύεται και στη

βιβλιογραφία, ότι δηλαδή το ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς είναι ισχυρός προγνωστικός παράγων για εκ νέου εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς.

Από τη μελέτη των ασθενών με και χωρίς ιστορικό διαταραχών στη διαγωγή/συμπεριφορά κατά την παιδική ηλικία προέκυψε πως οι ασθενείς με ιστορικό ΔΔ ήταν όλοι άνδρες, συνήθως άγαμοι, με σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό ακούσιων νοσηλειών έως την τέλεση του εγκλήματος και σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό στη χρήση οπιούχων/οπιοειδών. Ενώ εκδήλωναν συχνότερα ετεροκαταστροφικότητα ως το αδίκημα, διέπραξαν λιγότερα εγκλήματα κατά της ζωής και σε νεαρότερη ηλικία. Εμφάνιζαν σοβαρότερη θετική συμπτωματολογία και σταθερά αυξημένη επικινδυνότητα, υπογραμμίζοντας την ανάγκη της έγκαιρης παρέμβασης ήδη από την παιδική ηλικία ή την εφηβεία.

Από τη μελέτη των γονεοκτόνων και των λοιπών ανθρωποκτόνων προέκυψε πως οι γονεοκτόνοι είχαν συχνότερα ιστορικό εκούσιων νοσηλειών, ενώ συνεχίζουν να κρίνονται σημαντικά πιο επικίνδυνοι από τους άλλους ανθρωποκτόνους κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας. Το εύρημα αυτό χρειάζεται επιπλέον διερεύνηση προκειμένου να αναζητηθούν οι πιθανές αιτίες.

Από τη μελέτη των βίαιων ασθενών συγκριτικά με τους εμπρηστές δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, επιβεβαιώνοντας δεδομένα από τη βιβλιογραφία που δεν διακρίνουν απαραίτητα τους εμπρηστές από άλλους τύπους παραβατών.

Από την κατάταξη των ασθενών του δείγματος στους τρεις φαινότυπους όπως προτείνονται από τους Hodgins et al (2014), προκύπτει πως στο δείγμα μας ο φαινότυπος Ι (ψύχωση και ΔΔ) εμφανίζει την ηπιότερη ψυχοπαθολογία και τη μεγαλύτερη επικινδυνότητα, ενώ οι ασθενείς που εκδηλώνουν επιθετική και παραβατική συμπεριφορά στο πρώτο επεισόδιο φαίνεται να έχουν τη βαρύτερη ψυχοπαθολογία και να είναι οι λιγότερο επικίνδυνοι σε κάθε περίπτωση σημαντικής διαφοράς, τόσο κατά τη διάπραξη του αδικήματος, όσο και κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας.

Από τον έλεγχο σημαντικών διαφορών στις συνολικές βαθμολογίες στην PANSS, την GAF και την HCR20 που σημείωσαν οι ασθενείς κατά τις δύο φάσεις της μελέτης προέκυψε πως η εικόνα των ασθενών όσο αφορά τη λειτουργικότητα, τη θετική κλίμακα, την κλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας, και τις κλίμακες του ερωτηματολογίου HCR-20 είναι σημαντικά καλύτερη κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας σε σχέση με τον χρόνο κατά ο αδίκημα. Αντίθετα, η εικόνα των ασθενών δεν παρουσιάζει σημαντική αλλαγή στην περίπτωση της αρνητικής υποκλίμακας.

Τέλος, εφαρμόστηκε ανάλυση συστάδων προκειμένου να εντοπιστούν συγκεκριμένα προφίλ ασθενών-δραστών. Στην πρώτη ομάδα φαίνεται να ανήκουν ασθενείς με διαταραχές στη διαγωγή / συμπεριφορά κατά την παιδική ηλικία και ιστορικό ετεροκαταστροφικότητας που επιτίθενται συνήθως

σε μέλη της οικογένειας. Σε αυτή την ομάδα διακρίνονται οι πλέον επιθετικοί, παρορμητικοί και εχθρικοί ασθενείς. Σε αυτή την ομάδα διαπιστώνεται η πιο επιβαρυμένη εικόνα ως προς τη συναισθηματική απόσυρση, την έλλειψη συνεργασίας, την έλλειψη κρίσης και εναισθησίας, τη διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων και την ενεργητική κοινωνική αποφυγή.

Στη δεύτερη ομάδα, οι ασθενείς εμφανίζουν μέτρια επίπεδα εχθρικότητας, παρορμητικότητας, ενδοστρεφούς και εξωστρεφούς εχθρικότητας και κοινωνικής λειτουργικότητας. δεν είχαν ιστορικό αυτοκαταστροφικότητας ή ετεροκαταστροφικότητας μετά το αδίκημα, ούτε ιστορικό διαταραχής διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία. Διέπραξαν συχνότερα έγκλημα κατά της ιδιοκτησίας σε σχέση με τις άλλες ομάδες, χωρίς κάποιο συγκεκριμένο μοτίβο στην επιλογή θύματος. Επίσης, εμφανίζουν τη χειρότερη εικόνα ως προς την στερεότυπη σκέψη, τόσο πριν την τέλεση του εγκλήματος όσο και κατά την πορεία της νόσου, τις πρώιμες δυσκολίες προσαρμογής, την έλλειψη εναισθησίας κατά την πορεία της νόσου, την μη ανταπόκριση στη θεραπεία, τη συνολική κλινική κλίμακα της HCR-20 και την κλίμακα διαχείρισης κινδύνου πριν την τέλεση του εγκλήματος.

Τέλος, στην τρίτη ομάδα η πλειονότητα έχει διαπράξει εγκλήματα κατά της ζωής με θύμα κάποιο μέλος της οικογένειάς τους. Επιπλέον, οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν τη μικρότερη εχθρικότητα, ενδοστρεφή και εξωστρεφή επιθετικότητα, σε μικρότερο βαθμό την παρορμητικότητα και την μεγαλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα. Ωστόσο, σε αυτή την ομάδα διαπιστώνεται η πιο επιβαρυμένη εικόνα όσο αφορά τις παραληρητικές ιδέες, την καχυποψία και τις ιδέες δίωξης, το άγχος, τα αισθήματα ενοχής και την προηγούμενη βίαιη συμπεριφορά κατά τη διάπραξη του αδικήματος. Στις περισσότερες περιπτώσεις πάντως αυτή η ομάδα εκδηλώνει την μικρότερη επικινδυνότητα για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς.

Τέλος, από τη λογιστική παλινδρόμηση με την μέθοδο “Forward LR” που τελέστηκε στο τελευταίο μέρος των αποτελεσμάτων, φαίνεται ότι η διάπραξη του εγκλήματος στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο ή στην πορεία της νόσου μπορεί να προβλεφθεί σε μεγάλο βαθμό από το ιστορικό νοσηλειών πριν το αδίκημα και την Εχθρότητα των ασθενών, όπως αξιολογείται από το Aggression Questionnaire. Επιπλέον με τη μέθοδο “Enter” φάνηκε πως οι μόνες μεταβλητές που επηρεάζουν σημαντικά τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος είναι η ηλικία, η λήψη ψυχιατρικής φαρμακευτικής αγωγής κατά την τέλεση του εγκλήματος, το ιστορικό στρεσογόνων γεγονότων τα τελευταία δύο έτη ηλικία, και η σχέση του θύτη με το θύμα. Συγκεκριμένα, η πιθανότητα να διαπραχθεί το έγκλημα κατά την πορεία της νόσου σε σχέση με τη διάπραξη κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο είναι μεγαλύτερη για όσους είναι μεγαλύτερης ηλικίας και βρίσκονται σε ψυχιατρική/φαρμακευτική παρακολούθηση κατά την τέλεση του εγκλήματος. Επίσης, όσοι έχουν βιώσει στρεσογόνα γεγονότα τα τελευταία δύο χρόνια πριν το έγκλημα έχουν περισσότερο από 7 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα διάπραξης του εγκλήματος κατά το

πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο σε σχέση με όσους δεν βίωσαν τέτοια γεγονότα. Τέλος, όσοι επιλέγουν το θύμα εντός της οικογένειας έχουν περίπου 9 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να δράσουν κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο παρά κατά την πορεία της νόσου, σε σχέση με αυτούς που επέλεξαν το θύμα εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Είναι σαφές πως περαιτέρω έρευνα χρειάζεται τόσο για την κατανόηση των μηχανισμών που εμπλέκονται στην εκδήλωση βίας, όσο και για την καλύτερη εκτίμηση της επικινδυνότητας, με απώτερο σκοπό την πρόληψη της παραβατικότητας από τους ψυχιατρικούς ασθενείς.

Στ. Περίληψη

Εισαγωγή: Ψυχιατρική και δικαιοσύνη, ιατρική και νομική επιστήμη, καλούνται να αντιμετωπίσουν μια ειδική ομάδα ασθενών, αυτών που έχουν διαπράξει αδικήματα και έχουν κριθεί ακαταλόγιστοι λόγω της ψυχικής τους πάθησης. Η αντιμετώπιση των ασθενών αυτών από το ποινικό σύστημα ρυθμίζεται σήμερα από τον ν.4509/2017, ο οποίος εστιάζει στη ρύθμιση των ιατρικών αναγκών τους και την προστασία των δικαιωμάτων τους. Ποια όμως είναι τα χαρακτηριστικά εκείνα (δημογραφικά, ψυχιατρικά, ψυχοπαθολογικά κλπ.) που χαρακτηρίζουν τους ασθενείς που διαπράττουν ένα αδίκημα, και πώς μπορεί να επιτευχθεί η πρόληψη των βίαιων συμπεριφορών; Τα ερωτήματα αυτά είναι στον πυρήνα της προβληματικής όσον αφορά την έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχιατρικών ασθενών πριν τη διάπραξη αξιόποινων πράξεων.

Υλικό και μέθοδοι: Η διατριβή αυτή έχει ως σκοπό να μελετήσει το σύνολο των ασθενών (N=78) που έχουν νοσηλευτεί στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης από τον Ιανουάριο 2015 μέχρι τον Ιανουάριο 2020, το οποίο νοσηλεύει κατά αποκλειστικότητα το σύνολο των ακαταλόγιστων ψυχιατρικών ασθενών ολόκληρης της Βορείου Ελλάδας. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να συγκριθούν οι διάφορες κατηγορίες ασθενών ως προς τα δημογραφικά, κλινικά, νομικά και ψυχομετρικά τους χαρακτηριστικά για να εντοπιστούν τυχόν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Επίσης, η έρευνα στοχεύει στο να αναδείξει ομάδες ασθενών με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά από το ιστορικό τους ή από την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων στις ψυχομετρικές δοκιμασίες, με απώτερο σκοπό την εκτίμηση του κινδύνου, αλλά και την εκτίμηση των αναγκών αυτών των ασθενών για θεραπεία. Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων διερευνήθηκε πρωτίστως αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς που διαπράττουν τα αδίκημα στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο και σε αυτούς που το διαπράττουν στην πορεία της νόσου. Στοιχεία συγκεντρώθηκαν από τέσσερεις διασταυρούμενες πηγές: ιατρικοί φάκελοι και δικαστικά έγγραφα των ασθενών, συνέντευξη, πληροφορίες που δόθηκαν από το προσωπικό του τμήματος και τους συγγενείς των ασθενών και συμπλήρωση ερωτηματολογίων (MINI, PANSS, HDHQ, Aggression Questionnaire, ZKPQ, SF36, HCR20, CAGE, ASI, GAF και ερωτηματολόγιο με μύθους του Αισώπου σε μορφή ppt).

Αποτελέσματα: Το δείγμα αποτελείται από 78 ασθενείς, 70 άνδρες και 8 γυναίκες. Πρόκειται κυρίως για Έλληνες (N=75), χριστιανούς ορθόδοξους (N=75), άγαμους (N=50, 64.1%), χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, που διαπράττουν το αδίκημα στην ηλικία των 38.7 ετών κατά μέσο όρο (±12). Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς είχαν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια κατά την έναρξη της νόσου (52.6%), ενώ κατά την τέλεση του εγκλήματος σχεδόν δύο στους τρεις (73.1%). 55 ασθενείς είχαν ιστορικό νοσηλειών έως την τέλεση του εγκλήματος (70.5%) και το 56.4% των συμμετεχόντων στην έρευνα είχε ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες. 1 στους 3 δήλωσε ότι είχε κάνει χρήση πέριξ της

τέλεσης του εγκλήματος (35.9%). Επιπλέον, στο 25.6% των περιπτώσεων το έγκλημα σχετιζόταν με τη χρήση ουσιών. Η πλειοψηφία λάμβανε ψυχιατρική φαρμακευτική αγωγή κατά την τέλεση του εγκλήματος (79.5%), αλλά μόνον το 11.3% αυτών ήταν συμμορφούμενοι. Το 42.3% (N=33) είχε συγγενείς με ιστορικό ψυχιατρικής νόσου, ενώ 1 στους 3 δήλωσε ότι είχε οικογενειακό ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες. Μόλις 6.4% (N=5) των μελών του δείγματος δήλωσε οικογενειακό ιστορικό εγκληματικής / παραβατικής συμπεριφοράς και το 11.5% του συνόλου είχε οικογενειακό ιστορικό αυτοκαταστροφικής ή ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς. Το 33.3% (N=26) παρουσίασε αυτοκτονικότητα έως την τέλεση του εγκλήματος και το 74,4% μετά από αυτό. 3 στους 4 είχαν ετεροκαταστροφική συμπεριφορά (74.4%) πριν τη διάπραξη του αδικήματος, ενώ αυτό το ποσοστό μειώνεται στο 17.9% μετά το αδίκημα. 31 ασθενείς (39.7%) υπήρξαν θύματα κακοποίησης ή σχολικού εκφοβισμού στο παρελθόν, ενώ 30 (38.5%) είχαν ιστορικό διαταραχής διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία. Περισσότεροι από τους μισούς βίωσαν στρεσογόνα γεγονότα τα τελευταία δύο έτη πριν το αδίκημα (52.6%), συχνότερα θάνατο στενού οικογενειακού μέλους (41.5%) και απόλυση από την εργασία (24.4%). Τα αδικήματα αφορούσαν κατά κύριο λόγο σε ανθρωποκτονίες (42.3%), απόπειρες ανθρωποκτονίας (25.6%), σωματική βλάβη (12.8%) και εμπρησμό (11.5%). Διαπράχθηκαν κυρίως σε κοινό ιδιωτικό χώρο (45.1%) με μαχαίρι (46.2%), ενώ τα θύματα ήταν συνήθως μέλη της οικογένειας (71.8%). 25.6% είχαν προηγούμενο ιστορικό καταδικών (N=20), ενώ οι μισοί κρίθηκαν ακαταλόγιστοι με Βούλευμα, το 41% με απόφαση δικαστηρίου πρώτου βαθμού και μόνον 9% με απόφαση Εφετείου. Η συνολική βαθμολογία στην κλίμακα PANSS ήταν κατά τη διάπραξη του αδικήματος 109.69 (±19.48), ενώ στη θετική υποκλίμακα η μέση βαθμολογία ήταν 31.06 (±6.15). Η μέση βαθμολογία στην κλίμακα GAF ήταν 42.05 (±10.61). Τα συναισθήματα των 38 συμμετεχόντων, όπως αυτά καταγράφηκαν κατά δήλωσή τους στη δοκιμασία με τους μύθους του Αισώπου (εμπιστοσύνη, φόβος, θυμός, αηδία, θλίψη, αιφνιδιασμός, χαρά, προσμονή, τίποτα από τα παραπάνω), ήταν κυρίως η θλίψη (24%) και ακολούθως ο θυμός (17%).

Από τους ελέγχους διαφορών και ανεξαρτησίας με κριτήριο τον χρόνο διάπραξης του αδικήματος (21 ασθενείς στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο και 57 ασθενείς στην πορεία της νόσου) προέκυψε πως οι ασθενείς που διέπραξαν το αδίκημα στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο ήταν νεότεροι (33.2 ±11.9 έτη vs. 40.7±11.5 έτη, p=0.014), συχνότερα απασχολούμενοι (71% vs. 43.9%, p=0.031) και είχαν βιώσει στρεσογόνα γεγονότα τους τελευταίους 24 μήνες πριν το αδίκημα (81% vs. 42.1%, p=0.002). Διέπραξαν συχνότερα βίαια αδικήματα, κυρίως ανθρωποκτονία και απόπειρα ανθρωποκτονίας (90.5% vs. 59.6%, p=0.010) και αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν μετά το αδίκημα (52.4% vs. 10.5%, p<0.001). Τα θύματά τους ήταν συχνότερα μέλη της οικογένειας (90.5% vs. 64%, p=0.024). Μετά τη

διάπραξη του αδικήματος οι ασθενείς αυτοί έλαβαν συχνότερα αντικαταθλιπτική θεραπεία (47.6% vs. 19.3%, p=0.012). Οι δύο ομάδες διέφεραν στατιστικά σημαντικά στην υποκλίμακα Εχθρότητα του Aggression questionnaire (19.95±7.49 vs. 24.00±6.85, p=0.042), και στις υποκλίμακες Κριτική των άλλων (5.29±2.5 vs. 6.88±2.91, p=0.028) και Παραληρητική εχθρικότητα (3.67±2.46 vs. 4.95±2.51, p=0.048) του ερωτηματολογίου HDHQ, όπου οι ασθενείς στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο είχαν χαμηλότερη βαθμολογία. Από την άλλη πλευρά, η μέση βαθμολογία στα λήμματα P1 (Παραληρητικές ιδέες), P4 (Διέγερση), P6 (Καχυποψία/ Ιδέες δίωξης) και P7 (Εχθρότητα) της θετικής υποκλίμακας της PANSS ήταν υψηλότερη στους ασθενείς στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο (τιμές p 0.004, 0.038, 0.015, 0.040 αντίστοιχα). Δεν βρέθηκαν διαφορές όσον αφορά την αρνητική υποκλίμακα. Στην υποκλίμακα Γενικής ψυχοπαθολογίας οι ασθενείς στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο είχαν υψηλότερη βαθμολογία στα λήμματα G2 (Άγχος), G3 (Αισθήματα ενοχής), G4 (Ψυχική τάση), G12 (Έλλειψη κρίσης κι εναισθησίας), G14 (Διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων), G15 (Ενασχόληση) και στο σύνολο, αλλά χαμηλότερη βαθμολογία στα λήμματα G1 (Σωματική ενασχόληση) και G5 (Ιδιοτροπισμοί και λήψη παράξενων στάσεων). Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τη βαθμολογία τους στο ερωτηματολόγιο CAGE ή την κλίμακα GAF. Οι ασθενείς που διέπραξαν το αδίκημα στην πορεία της νόσου είχαν μικρότερη ηλικία 1^{ης} χρήσης αλκοόλ (15.62 vs. 14.04, p=0.023) και περισσότερα χρόνια χρήσης αλκοόλ (13.4 vs. 21.26, p=0.02). Τέλος, οι ασθενείς που διέπραξαν το έγκλημα κατά την πορεία της νόσου φαίνεται να εμφανίζουν μεγαλύτερη επικινδυνότητα για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς σε σχέση με αυτούς που διέπραξαν το έγκλημα κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, όπως φαίνεται στην κλίμακα HCR-20 κατά τη διάπραξη του αδικήματος (22.9 vs. 26.79, p=0.003), αλλά και κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας (20.48 vs. 25.74, p=0.001). Κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας οι ασθενείς που διέπραξαν το αδίκημα στην πορεία της νόσου είχαν υψηλότερη βαθμολογία στο λήμμα P2 (Εννοιολογική αποδιοργάνωση) και στο σύνολο της θετικής υποκλίμακας της PANSS (15.48 vs. 19.4, p=0.035), αλλά και στα λήμματα G1 (Σωματική ενασχόληση), G4 (Ψυχική τάση), G5 (Ιδιοτροπισμοί), G14 (Διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων), καθώς και στο σύνολο της υποκλίμακας Γενικής ψυχοπαθολογίας.

Από τους ελέγχους διαφορών και ανεξαρτησίας με κριτήριο το φύλο, προέκυψε πως οι γυναίκες είναι συχνότερα έγγαμες σε σχέση με τους άνδρες (p=0.004), εκδήλωναν σε μικρότερο ποσοστό ετεροκαταστροφική συμπεριφορά έως το αδίκημα (17.1% vs. 62.5%, p=0.011) και σε μεγαλύτερο ποσοστό αυτοκαταστροφική συμπεριφορά μετά το αδίκημα (78.6% vs. 37.5%, p=0.023).

Από τους ελέγχους διαφορών και ανεξαρτησίας με κριτήριο το ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες προέκυψε πως όσοι είχαν ιστορικό χρήσης διαγνώσθηκαν λιγότερο συχνά με σχιζοφρένεια (68.2% vs. 79.4%, p=0.036), είχαν στο ιστορικό τους συχνότερα ακούσιες νοσηλείες (79.4% vs.

61.8%, p=0.036), ενώ έκαναν χρήση πέριξ της τέλεσης του αδικήματος και η διάπραξη του αδικήματος σχετιζόταν με ουσίες (p<0.001). Εμφάνιζαν επίσης λιγότερο συχνά αυτοκαταστροφική συμπεριφορά μετά το αδίκημα (11.4% vs. 35.3%, p=0.011), και συχνότερα ετεροκαταστροφική συμπεριφορά τόσο πριν (84.1% vs. 61.8%, p=0.025), όσο και μετά το αδίκημα (27.3% vs. 5.9%, p=0.015). Επίσης, είχαν συχνότερα ιστορικό προηγούμενων καταδικών (36.4% vs. 11.8%, p=0.014) και διέπραξαν το αδίκημα σε μικρότερη ηλικία (35.8% vs. 42.41%, p=0.019). Επιπλέον, οι ασθενείς με ιστορικό χρήσης εμφάνιζαν υψηλότερη βαθμολογία σε όλες τις υποκλίμακες του Aggression questionnaire, την Εκδραματιζόμενη εχθρικότητα στο ερωτηματολόγιο HDHQ και την Παρορμητική αναζήτηση αίσθησης στο ερωτηματολόγιο ZKPQ. Τέλος, εκτιμήθηκαν ως οι περισσότερο επικίνδυνοι σύμφωνα με τη βαθμολογία τους στην κλίμακα HCR20, τόσο κατά τη διάπραξη του αδικήματος (27.14 vs. 23.94, p=0.014), όσο και κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας (25.68 vs. 22.56, p=0.04).

Από τους ελέγχους διαφορών και ανεξαρτησίας με κριτήριο το ιστορικό αυτοκτονικότητας πριν τη διάπραξη του αδικήματος προέκυψε πως οι ασθενείς με αυτοκτονικότητα έκαναν συχνότερα χρήση ηρωίνης (30.8% vs. 9.6%, p=0.026), είχαν λιγότερο συχνά ιστορικό σωματικής/σεξουαλικής κακοποίησης (19.2% vs. 46.2%, p=0.02) και καλύτερη λειτουργικότητα κατά την έρευνα (56.16 vs. 44.81, p=0.002) σε σχέση με τους υπόλοιπους. Τέλος, συγκέντρωσαν χαμηλότερη βαθμολογία στη θετική υποκλίμακα (16.04 vs. 19.5%, p=0.051) , την αρνητική υποκλίμακα (21.77 vs. 26.58, p=0.01) και το σύνολο της PANSS (77.38 vs. 89.71, p=0.019) κατά τη διάπραξη του αδικήματος.

Από τους ελέγχους διαφορών και ανεξαρτησίας με κριτήριο το ιστορικό ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς έως τη διάπραξη του αδικήματος προέκυψε πως όσοι είχαν ιστορικό ήταν συχνότερα άνδρες (94.8% vs. 75%, p=0.023), είχαν ιστορικό χρήσης (63.8% vs. 35%, p=0.025), ήταν συχνότερα σε φαρμακευτική αγωγή κατά το αδίκημα (86.2% vs. 60%, p=0.022), εμφάνισαν λιγότερο συχνά αυτοκαταστροφικότητα μετά το αδίκημα (12.1% vs. 50%, p=0.001), είχαν συχνότερα ιστορικό διαταραχής διαγωγής/συμπεριφοράς (46.6% vs. 15%, p=0.012), και είχαν προηγηθεί λιγότερο συχνά στρεσογόνα γεγονότα τους τελευταίους 24 μήνες πριν το αδίκημα (41.4% vs. 85%, p=0.001). Όσοι είχαν ετεροκαταστροφικές τάσεις έως την τέλεση του εγκλήματος έχουν υψηλότερη βαθμολογία στην Παρορμητικότητα (p=0.039), τον Νευρωτισμό-Άγχος (p=0.033) και την Επιθετικότητα-Εχθρικότητα (p=0.012) στο ερωτηματολόγιο ZKPQ και παρουσίαζαν μεγαλύτερη επικινδυνότητα για εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς, τόσο κατά την περίοδο της διάπραξης του εγκλήματος (26.78 vs. 22.75, p=0.005), όσο και κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας (25.47 vs. 21, p=0.024) .

Από τους ελέγχους διαφορών και ανεξαρτησίας με κριτήριο το ιστορικό διαταραχών στη διαγωγή/συμπεριφορά (ΔΔ) κατά την παιδική ηλικία προέκυψε πως οι ασθενείς με ιστορικό ΔΔ ήταν όλοι άνδρες (100% vs. 83.3%, p=0.021) και συνήθως άγαμοι (83.3% vs. 45.8%, p=0.004). Εμφάνιζαν

σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό ακούσιων νοσηλειών έως την τέλεση του εγκλήματος (100% vs. 79.4%, p=0.036), αλλά μικρότερο ποσοστό εκούσιων νοσηλειών (19% vs. 50%, p=0.022). Εμφάνιζαν επίσης σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό στη χρήση οπιούχων/οπιοειδών (40% vs. 4.5%, p=0.011) και ετεροκαταστροφικότητα ως το αδίκημα (90% vs. 64.6%, p=0.012). Είχαν συχνότερα ιστορικό οργανικής νόσου (20% vs. 2.1%, p=0.012), ενώ διέπραξαν λιγότερα εγκλήματα κατά της ζωής (53.3% vs. 77.1%, p=0.029) και σε νεαρότερη ηλικία (33.36 vs. 41.61%, p=0.042). Είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα του Θυμού στο Aggression Questionnaire, την Εκδραματιζόμενη εχθρικότητα, την Κριτική των άλλων και την Εξωστρεφόμενη εχθρικότητα στο ερωτηματολόγιο HDHQ, την Παρορμητική αναζήτηση αίσθησης και την Επιθετικότητα-Εχθρικότητα στο ερωτηματολόγιο ZKPQ, στο σύνολο της θετικής υποκλίμακας της κλίμακας PANSS, αλλά και στο σύνολο της κλίμακας HCR20 κατά το αδίκημα και κατά την έρευνα.

Από τους ελέγχους διαφορών και ανεξαρτησίας μεταξύ των γονεοκτόνων και των λοιπών ανθρωποκτόνων, προέκυψε πως οι γονεοκτόνοι είχαν συχνότερα ιστορικό εκούσιων νοσηλειών (53.3% vs. 21.1%, p=0.051). Οι γονεοκτόνοι κρίνονται σημαντικά πιο επικίνδυνοι από τους άλλους ανθρωποκτόνους κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας (25.29 vs. 21.71, p=0.049).

Από τους ελέγχους διαφορών και ανεξαρτησίας μεταξύ βίαιων ασθενών και εμπρηστών δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Από τους ελέγχους διαφορών και ανεξαρτησίας μεταξύ των ομάδων που προέκυψαν με βάση τα κριτήρια των Hodgins et al (2014) προέκυψε ότι το φύλο, η ηλικία έναρξης της ψυχικής νόσου και το ιστορικό νοσηλειών ως το αδίκημα σχετίζονται σημαντικά με τον φαινότυπο του ασθενή. Συγκεκριμένα, όλοι οι ασθενείς του πρώτου φαινότυπου είναι άντρες, εμφάνισαν συχνά τη νόσο πριν το εικοστό έτος της ηλικίας τους και είχαν συχνά ιστορικό νοσηλειών και σύστασης για φαρμακευτική αγωγή. Επιπλέον, στον δεύτερο φαινότυπο εντοπίζονται σημαντικά μεγαλύτερα ποσοστά αυτοκτονικότητας μετά το αδίκημα και ιστορικό στρεσογόνων γεγονότων δύο χρόνια πριν την τέλεση του εγκλήματος σε σχέση με τους άλλους δύο φαινότυπους. Διαφέρουν επίσης σημαντικά ως προς την τέλεση εγκλημάτων κατά της ζωής, καθώς όλοι οι ασθενείς του δεύτερου φαινότυπου διέπραξαν τέτοια εγκλήματα. Ακόμη, οι τρεις φαινότυπου διαφοροποιούνται σημαντικά σε συγκεκριμένες μεταβλητές που δηλώνουν εχθρικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, επιθετικότητα ή παρορμητικότητα. Σε κάθε περίπτωση η πιο επιβαρυμένη εικόνα εντοπίζεται μεταξύ των ασθενών του πρώτου φαινότυπου, ενώ οι άλλοι δύο φαινότυποι φαίνεται να εναλλάσσονται στις διάφορες περιπτώσεις στατιστικά σημαντικής διαφοράς, αλλά οι συνολικές βαθμολογίες σε κάθε περίπτωση παρουσιάζουν μικρές διαφορές. Στην κλίμακα θετικού και αρνητικού συνδρόμου οι τρεις φαινότυποι παρουσιάζουν σχεδόν την ίδια εικόνα στα διάφορα λήμματα και τις συνολικές βαθμολογίες των

υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου, πλην ορισμένων εξαιρέσεων. Στις περισσότερες περιπτώσεις, ο πρώτος φαινότυπος περιλαμβάνει τους ασθενείς με την πιο σοβαρή ψυχοπαθολογία κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας (Παραληρητικές ιδέες), ενώ στους άλλους δύο φαινότυπους δεν σημειώνονται μεγάλες διαφορές. Τέλος, οι ασθενείς του πρώτου φαινότυπου κρίνονται ως οι πλέον επικίνδυνοι σύμφωνα με την εκτίμηση επικινδυνότητας για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς, ενώ οι ασθενείς του δεύτερου φαινότυπου φαίνεται να είναι οι λιγότερο επικίνδυνοι σε κάθε περίπτωση σημαντικής διαφοράς, τόσο κατά τη διάπραξη του αδικήματος, όσο και κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας.

Από τον έλεγχο σημαντικών διαφορών στις συνολικές βαθμολογίες στις κλίμακες PANSS, GAF και HCR20 που σημείωσαν οι ασθενείς κατά τις δύο φάσεις της μελέτης, προέκυψε πως η εικόνα των ασθενών όσο αφορά τη λειτουργικότητα, τη θετική κλίμακα, την κλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας, και τις κλίμακες του ερωτηματολογίου HCR-20 είναι σημαντικά καλύτερη κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας σε σχέση με τον χρόνο κατά το αδίκημα. Αντίθετα, η εικόνα των ασθενών δεν παρουσιάζει σημαντική αλλαγή στην περίπτωση της αρνητικής υποκλίμακας.

Τέλος, αποκαλύφθηκε ότι οι διάφοροι τύποι ασθενών εμφάνιζαν σημαντική απόκλιση ως προς τα διαφορετικά χαρακτηριστικά της έρευνας, με αποτέλεσμα να μην έχουν εντοπιστεί συγκεκριμένοι τύποι ασθενών με διαφορές στα ίδια χαρακτηριστικά. Γι' αυτό το σκοπό εφαρμόστηκε ανάλυση συστάδων (cluster analysis) από την οποία προέκυψαν τρεις τύποι (ομάδες) παραβατικών ασθενών. Στην πρώτη ομάδα ανήκουν ασθενείς που εμφάνιζαν ετεροκαταστροφικότητα, και όχι αυτοκτονικότητα μετά το αδίκημα, και είχαν ιστορικό διαταραχής διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία. Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών αυτής της ομάδας επιλέγει το θύμα από το οικογενειακό περιβάλλον. Σε αυτή την ομάδα διακρίνονται οι πλέον επιθετικοί, παρορμητικοί, εχθρικοί, κοινωνικά μη λειτουργικοί ασθενείς. Τέλος σε αυτή την ομάδα διαπιστώνεται η πιο επιβαρυμένη εικόνα ως προς τη συναισθηματική απόσυρση, την έλλειψη συνεργασίας, την έλλειψη κρίσης και εναισθησίας, τη διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων και την ενεργητική κοινωνική αποφυγή.

Στη δεύτερη ομάδα, η συντριπτική πλειοψηφία είναι ασθενείς με σχιζοφρένεια που σε μεγάλο ποσοστό δεν είχαν ιστορικό αυτοκαταστροφικότητας ή ετεροκαταστροφικότητας μετά το αδίκημα ή ιστορικό διαταραχής διαγωγής/συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία. Διέπραξαν συχνότερα έγκλημα κατά της ιδιοκτησίας σε σχέση με τις άλλες ομάδες, χωρίς κάποιο συγκεκριμένο μοτίβο στην επιλογή θύματος. Εμφανίζουν μέτρια βαθμολογία όσον αφορά την εχθρικότητα, παρορμητικότητα, ενδοστρεφή και εξωστρεφή επιθετικότητα και κοινωνική λειτουργικότητα. Επίσης, εμφανίζουν την χειρότερη εικόνα ως προς την στερεότυπη σκέψη τόσο πριν την τέλεση του εγκλήματος όσο και κατά την πορεία της νόσου, τις πρώιμες δυσκολίες προσαρμογής, την έλλειψη εναισθησίας κατά την πορεία

της νόσου, την μη ανταπόκριση στη θεραπεία, τη συνολική κλινική κλίμακα της HCR-20 και την κλίμακα διαχείρισης κινδύνου πριν την τέλεση του εγκλήματος.

Τέλος, στην τρίτη ομάδα σχεδόν όλοι οι ασθενείς έπασχαν από σχιζοφρένεια ή ψύχωση, αρκετοί είχαν παρουσιάσει αυτοκαταστροφική συμπεριφορά μετά την τέλεση του εγκλήματος, όμως κανείς δεν παρουσίασε ετεροκαταστροφική συμπεριφορά. Επίσης, το ποσοστό ατόμων που παρουσίασαν διαταραχές διαγωγής / συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία σε αυτή την ομάδα είναι το μικρότερο σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες. Κανείς από αυτούς δε φαίνεται να έχει διαπράξει έγκλημα κατά της ιδιοκτησίας, ενώ η πλειονότητα έχει διαπράξει εγκλήματα κατά της ζωής. Επίσης, οι περισσότεροι έχουν στραφεί εναντίον κάποιου μέλους της οικογένειάς τους. Οι ασθενείς αυτοί έχουν τη μικρότερη βαθμολογία όσον αφορά την εχθρικότητα, την ενδοστρεφή και εξωστρεφή επιθετικότητα και την παρορμητικότητα, αλλά καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα. Ωστόσο, σε αυτή την ομάδα διαπιστώνεται η πιο επιβαρυμένη εικόνα όσον αφορά τις παραληρητικές ιδέες, την καχυποψία και τις ιδέες δίωξης, το άγχος, τα αισθήματα ενοχής και την προηγούμενη βίαιη συμπεριφορά πριν το αδίκημα, αλλά η μικρότερη επικινδυνότητα για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς κατά την έρευνα.

Τέλος, από τη λογιστική παλινδρόμηση με την μέθοδο “Forward LR” που τελέστηκε στο τελευταίο μέρος των αποτελεσμάτων, φαίνεται ότι η διάπραξη του εγκλήματος στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο ή στην πορεία της νόσου μπορεί να προβλεφθεί σε μεγάλο βαθμό από το ιστορικό νοσηλειών πριν το αδίκημα και την Εχθρικότητα των ασθενών, όπως αξιολογείται από το Aggression Questionnaire. Επιπλέον με τη μέθοδο “Enter” φάνηκε πως οι μόνες μεταβλητές που επηρεάζουν σημαντικά τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος είναι η ηλικία, η λήψη ψυχιατρικής φαρμακευτικής αγωγής κατά την τέλεση του εγκλήματος, το ιστορικό στρεσογόνων γεγονότων τα τελευταία δύο έτη ηλικία, και η σχέση του θύτη με το θύμα. Συγκεκριμένα, η πιθανότητα να διαπραχθεί το έγκλημα κατά την πορεία της νόσου σε σχέση με τη διάπραξη κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο είναι μεγαλύτερη για όσους είναι μεγαλύτερης ηλικίας και βρίσκονται σε ψυχιατρική/φαρμακευτική παρακολούθηση κατά την τέλεση του εγκλήματος. Επίσης, όσοι έχουν βιώσει στρεσογόνα γεγονότα τα τελευταία δύο χρόνια πριν το έγκλημα έχουν περισσότερο από 7 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα διάπραξης του εγκλήματος κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο σε σχέση με όσους δεν βίωσαν τέτοια γεγονότα. Τέλος, όσοι επιλέγουν το θύμα εντός της οικογένειας έχουν περίπου 9 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να δράσουν κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο παρά κατά την πορεία της νόσου, σε σχέση με αυτούς που επέλεξαν το θύμα εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματά μας έδειξαν σαφείς διαφορές μεταξύ ψυχωτικών ασθενών που διαπράττουν εγκλήματα κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο και ασθενών που διαπράττουν εγκλήματα κατά την πορεία της ασθένειάς τους και είναι συνεπείς με τη διεθνή βιβλιογραφία. Από τη μελέτη μας

προκύπτει πως:

• 26,9% των ακαταλόγιστων ασθενών στη Βόρεια Ελλάδα βρίσκονται στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο. Συνήθως είναι άνδρες στα 30 τους, οι οποίοι διαπράττουν ανθρωποκτονία ή απόπειρα ανθρωποκτονίας. Οι μισοί από αυτούς αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν μετά το έγκλημα. Φαίνονται να οδηγούνται από παραληρητικές ιδέες και ιδέες δίωξης, ενώ επιτίθενται κυρίως εναντίον μελών της οικογένειάς τους

• Οι ακαταλόγιστοι ασθενείς που διαπράττουν το έγκλημα κατά την πορεία της νόσου είναι συνήθως άνδρες στα 40 τους, που ήταν συχνά βίαιοι πριν από το έγκλημα, είχαν προηγούμενες καταδίκες, είχαν νοσηλευτεί, αλλά δεν συμμορφώθηκαν με τη συνταγογραφούμενη θεραπεία

• Οι ασθενείς που διέπραξαν το αδίκημα στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο ήταν νεότεροι. Η ψυχοπαθολογία τους σχετικά με τις παραληρητικές ιδέες και την καχυποψία/ιδέες δίωξης είναι πιο σοβαρή, αλλά οι βαθμολογίες τους στην Εχθρότητα είναι χαμηλότερες

• Το 56,4% του συνόλου του δείγματος είχε ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από αλκοόλ ή άλλες ψυχοδραστικές ουσίες. Στο 25,6% των περιπτώσεων η διάπραξη του εγκλήματος σχετιζόταν με την κατάχρηση / χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών

Τα ευρήματα από την ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης επισημαίνουν ότι οι ασθενείς που έχουν υψηλή βαθμολογία στην υποκλίμακα Εχθρότητα του Aggression Questionnaire παραμένουν σε κίνδυνο να διαπράξουν έγκλημα κατά τη διάρκεια της ασθένειας. Επιπλέον, η πιθανότητα διάπραξης του εγκλήματος στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο είναι μεγαλύτερη για όσους είναι νεότεροι. Επίσης, όσοι έχουν βιώσει στρεσογόνα γεγονότα τα τελευταία δύο χρόνια πριν από το έγκλημα έχουν 7,69 φορές περισσότερες πιθανότητες να διαπράξουν το έγκλημα στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο από ό, τι αργότερα, σε σύγκριση με εκείνους χωρίς παρόμοιο ιστορικό. Τέλος, όσοι επιλέγουν το θύμα εντός της οικογένειας έχουν περίπου 9 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να δράσουν κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο παρά κατά την πορεία της νόσου, σε σχέση με αυτούς που επέλεξαν το θύμα εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Είναι επιτακτική ανάγκη να σχεδιάσουμε και να αναπτύξουμε υπηρεσίες ψυχικής υγείας προκειμένου να εντοπίσουμε και να θεραπεύσουμε ασθενείς που εμπλέκονται σε αντικοινωνικές και εγκληματικές ενέργειες εγκαίρως και αποτελεσματικά, προκειμένου να αποτραπούν αυτές οι συμπεριφορές και να μειωθεί το στίγμα της ψυχικής ασθένειας. Η έγκαιρη παρέμβαση για τον έλεγχο των συμπτωμάτων και την ευόδωση της αποκατάστασης μαζί με παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αντιμετώπιση ιατρικών παθήσεων που συνυπάρχουν συχνότερα με ψυχιατρικές διαταραχές θα μπορούσαν επίσης να μειώσουν τον κίνδυνο αναπηρίας σε όλη τη ζωή. Οι υπηρεσίες που θα αναλάβουν τη θεραπεία αυτών

των ασθενών μετά τη διάπραξη του αδικήματος θα πρέπει να είναι εξειδικευμένες και να στοχεύουν στην επανένταξη αυτών των διπλά στιγματισμένων ψυχιατρικών ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: ακαταλόγιστοι, σχιζοφρένεια, ανθρωποκτονία, πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, επιθετικότητα

Z. A comparative study of patients found not guilty due to mental illness with and without a previous history of psychosis and a research on their moral feelings and judgments

Abstract

Introduction: Psychiatry and justice, medical and legal science, are called to deal with a special group of patients, those who have committed crimes and have been found not guilty due to mental illness. The treatment of these patients by the penal system is currently regulated by Law 4509/2017, which focuses on the regulation of their medical needs and the protection of their rights. But what are the characteristics (demographic, psychiatric, psychopathological, etc.) of the patients who commit a crime, and how can the prevention of violent behaviors be achieved? These questions are at the core of the problematic issue of early diagnosis and effective treatment of psychiatric patients prior to committing crimes.

Material and methods: This research aims to study the total number of patients (N = 78) who have been hospitalized and treated in the Department of Forensic Psychiatry of the Psychiatric Hospital of Thessaloniki from January 2015 to January 2020, which exclusively treats all psychiatric patients found not guilty throughout Northern Greece. The aim of this study is furthermore to compare the different categories of patients in terms of their demographic, clinical, legal and psychometric characteristics in order to identify any statistically significant differences. The research also aims to highlight groups of patients with specific characteristics from their history or from the evaluation of the results in psychometric tests, with the ultimate goal of assessing the risk, but also the assessment of the needs of these patients for treatment. In order to achieve the above objectives, it was investigated primarily whether there are statistically significant differences between patients who commit the offense in the first psychotic episode and those who commit it later in the course of the disease. Data were collected from four cross-referenced sources: patients' medical records and court records, interviews, information provided by ward staff and patients' relatives, and completion of questionnaires (MINI, PANSS, HDHQ, Aggression Questionnaire, ZKPQ, SF36, CAGE, ASI, GAF and a questionnaire with myths of Aesop in ppt format).

Results: The sample consists of 78 patients, 70 men and 8 women. It consists mainly of Greeks (N = 75), Orthodox Christians (N = 75), unmarried (N = 50, 64.1%), of low educational level, who commit the crime at the age of 38.7 on average (± 12). More than half of the patients were diagnosed with schizophrenia at the onset of the disease (52.6%), while at the time of the crime almost two in three (73.1%) were found to suffer from schizophrenia. 55 patients had a history of hospitalization until the crime was committed (70.5%) and 56.4% of study participants had a history of substance abuse / dependence. 1 in 3 said they had used a psychotropic substance at the time of the crime (35.9%). In addition, in 25.6% of the cases the crime was related to substance use. The majority received psychiatric medication at the time of the crime (79.5%), but only 11.3% were compliant. 42.3% (N = 33) have relatives with a history of psychiatric illness, while 1 in 3 stated that they had a family history of substance abuse / dependence. Only 6.4% (N = 5) of the sample members reported a family history of criminal / delinquent behavior and 11.5% of the total had a family history of self-destructive or hetero-destructive behavior. 33.3% (N = 26) attempted to commit suicide prior to the crime and 74.4% after that. 3 in 4 exhibited aggressive behavior (74.4%) before committing the offense, while this percentage decreases to 17.9% after the offense. 31 patients (39.7%) were victimized physically or sexually or suffered school bullying in the past, while 30 (38.5%) had a history of conduct / behavior disorder in childhood. More than half experienced stressful events in the last two years before the offense (52.6%), more often the death of a close family member (41.5%) and dismissal from work (24.4%). The offenses mainly concerned homicides (42.3%), attempted homicides (25.6%), bodily harm (12.8%) and arson (11.5%). They were committed mainly in a common private space (45.1%) with a knife (46.2%), while the victims were usually family members (71.8%). 25.6% had a previous history of convictions (N = 20), while half were found not guilty by the Council of Judges, 41% by a Court of First degree and only 9% by a Court of Appeal decision. The mean total score on the PANSS scale was 109.69 (± 19.48) at the time of the offense, while on the positive subscale the mean score was 31.06 (± 6.15). The mean score on the GAF scale was 42.05 (± 10.61). The emotions of the 38 participants, as recorded in the test with the myths of Aesop (confidence, fear, anger, disgust, sadness, surprise, joy, anticipation, none of the above), were mainly sadness (24%) followed by anger (17%).

The difference and independence tests based on the time of the offense (21 patients in the first psychotic episode and 57 patients in the course of the disease) showed that the patients who committed the offense in the first psychotic episode were younger (33.2 ± 11.9 years vs. 40.7 ± 11.5 years, $p = 0.014$), most often employed (71% vs. 43.9%, $p = 0.031$) and had experienced stressful events in the last 24 months before the offense (81% vs. 42.1%, $p = 0.002$). They committed more frequent violent crimes against life, mainly homicide and attempted homicide (90.5% vs. 59.6%, $p = 0.010$) and

attempted suicide after the offense (52.4% vs. 10.5%, p <0.001). Their victims were more frequent family members (90.5% vs. 64%, p = 0.024). After the offense, these patients received antidepressant therapy more often (47.6% vs. 19.3%, p = 0.012). The two groups differed statistically in the Hostility subscale of the Aggression questionnaire (19.95 ± 7.49 vs. 24.00 ± 6.85, p = 0.042), and in the subscales Criticism of others (5.29 ± 2.5 vs. 6.88 ± 2.91, p = 0.028) and Paranoid hostility (3.67 ± 2.46 vs. 4.95. 2.51, p = 0.048) of the HDHQ questionnaire, where patients in the first psychotic episode had a lower score. On the other hand, the mean score in items P1 (Delusions), P4 (Excitement), P6 (Suspiciousness / Persecution) and P7 (Hostility) of the PANSS positive subscale was higher in patients in the first psychotic episode (p values 0.004, 0.038, 0.015, 0.040 respectively). No differences were found regarding the negative subscale. In the General Psychopathology subscale, patients in the first psychotic episode had a higher score in the items G2 (Anxiety), G3 (Guilt feelings), G4 (Tension), G12 (Lack of judgment and insight), G14 (Poor impulse control), G15 (Preoccupation) and overall, but lower scores in the items G1 (Somatic concern) and G5 (Mannerisms and posturing). No statistically significant differences were found in their scores in the CAGE questionnaire or the GAF scale. Patients who committed the offense in the course of the disease had a younger age of first alcohol use (15.62 vs. 14.04, p = 0.023) and more years of alcohol use (13.4 vs. 21.26, p = 0.02). Finally, patients who committed the crime during the course of the disease appear to be at a greater risk of developing violent behavior than those who committed the crime during the first psychotic episode, as shown in the HCR-20 scale at the time of the offense (22.9 vs. 26.79, p = 0.003) and at present (20.48 vs. 25.74, p = 0.001). At the time of the study the patients who committed the offense in the course of the disease had a higher score in items P2 (Conceptual Disorganization) and in the whole positive PANSS subscale (15.48 vs. 19.4, p = 0.035), but also in the items G1 (Somatic concern), G4 (Tension), G5 (Mannerism), G14 (Poor impulse control)) and in the whole General Psychopathology subscale.

From the difference and independence tests based on gender, it has been shown that women are more often married than men (p = 0.004), exhibited a lower percentage of aggressive behavior prior to the offense (17.1% vs. 62.5%, p = 0.011) and to a greater extent self-destructive behavior after the offense (78.6% vs. 37.5%, p = 0.023).

The difference and independence tests based on the history of substance abuse / dependence showed that those who have a history of abuse were less often diagnosed with schizophrenia (68.2% vs. 79.4%, p = 0.036), more often had a history of involuntary hospitalizations (79.4% vs. 61.8%, p = 0.036), and their crime was related to the substance use (p <0.001). They also exhibited less frequent self-destructive behavior after the offense (11.4% vs. 35.3%, p = 0.011), and more often aggressive behavior both before (84.1% vs. 61.8%, p = 0.025) and after the offense (27.3% vs. 5.9%, p = 0.015).

They also had a more frequent history of previous convictions (36.4% vs. 11.8%, p = 0.014) and committed the offense at a younger age (35.8 vs. 42.41%, p = 0.019). In addition, patients with a history of substance abuse scored higher in all subscales of the Aggression questionnaire, in Urge to act out Hostility in HDHQ, and Impulsive Sensation Seeking in ZKPQ. Finally, they were rated as more dangerous according to their HCR20 score, both at the time of the offense (27.14 vs. 23.94, p = 0.014) and at the time of the research (25.68 vs. 22.56%, p = 0.04).

The difference and independence tests based on the history of suicide attempts before the crime showed that patients with such a history used heroin more often (30.8% vs. 9.6%, p = 0.026), had less frequent history of physical / sexual abuse (19.2% vs. 46.2%, p = 0.02) and better social function (56.16 vs. 44.81, p = 0.002) compared to the rest. Finally, they scored lower in the positive subscale (16.04 vs. 19.5%, p = 0.051), the negative subscale (21.77 vs. 26.58, p = 0.01) and the overall PANSS (77. 38 vs. 89.71, p = 0.019) at the time of the crime.

From the difference and independence tests based on the history of aggressive behavior prior to the crime, it emerged that those who had such a history were more often men (94.8% vs. 75%, p = 0.023), had a history of substance abuse (63.8% vs. 35%, p = 0.025), were more often on medication prior to the offense (86.2% vs. 60%, p = 0.022), were less self-destructive after the offense (12.1% vs. 50%, p = 0.001), had more frequently a history of conduct / behavior disorder (46.6% vs. 15%, p = 0.012), and did not experience so frequently stressful events in the last 24 months prior to the offense (41.4% vs. 85%, p = 0.001). They had a higher score in Impulsivity (p = 0.039), Neuroticism-Anxiety (p = 0.033) and Aggression-Hostility (p = 0.012) in the ZKPQ questionnaire, and appeared to be at greater risk for manifestation of violent behavior both at the time of the crime (26.78 vs. 22.75, p = 0.005) and at present (25.47 vs. 21, p = 0.024).

From the difference and independence tests based on the history of conduct/ behavioral (CD) during childhood, it emerged that patients with a history of CD were all men (100% vs. 83.3%, p = 0.021) and usually unmarried (83.3% vs. 45.8%, p = 0.004). They had a significantly higher percentage of involuntary hospitalizations prior to the crime (100% vs. 79.4%, p = 0.036), but a lower percentage of voluntary hospitalizations (19% vs. 50%, p = 0.022). They also exhibited a significantly higher rate of opiate / opioid use (40% vs. 4.5%, p = 0.011) and aggressive behavior prior to the offense (90% vs. 64.6%, p = 0.012). They had more frequently a history of organic disease (20% vs. 2.1%, p = 0.012), while they committed fewer crimes against life (53.3% vs. 77.1%, p = 0.029) and at a younger age (33, 36 vs. 41.61%, p = 0.042). They had higher scores in the Aggression Questionnaire sub-scale of Anger,

Urge to act out Hostility, Criticism of others and Extroverted hostility in HDHQ, Impulsive sensation seeking and Aggression-Hostility in ZKPQ, in the positive subscale of PANSS and in the HCR20.

From the difference and independence tests between those who killed their parents and the rest of the patients who committed homicide or attempted homicide, it was found that the first had a more frequent history of voluntary hospitalization (53.3% vs. 21.1%, $p = 0.051$) and were considered significantly more dangerous than the rest at the time of the research (25.29 vs. 21.71, $p = 0.049$).

No statistically significant differences were found between violent patients and arsonists.

The difference and independence tests between the phenotypes based on the criteria of Hodgins et al (2014) showed that gender, age at onset of mental illness and history of hospitalization prior to the crime are significantly related to the patient phenotype. In particular, all patients of the first phenotype are men, often developed the disease before the age of twenty and often have a history of hospitalization and psychiatric medication. The second phenotype exhibits significantly higher suicide rates after the offense, and a history of stressful events two years before the crime compared to the other two phenotypes. All patients of the second phenotype committed crimes against life. Furthermore, the three phenotypes differ significantly in specific variables that indicate hostility, social function, aggression or impulsivity. In each case the patients of the first phenotype have more severe clinical features. Regarding the positive and negative syndrome scale, the three phenotypes present almost the same picture in the various items and the overall scores of the subscales, with some exceptions. In most cases, the first phenotype includes patients with the most serious psychopathology at the time of the research (delusions), while in the other two phenotypes there are no major differences. Finally, patients of the first phenotype are considered more dangerous according to the risk assessment, while patients of the second phenotype seem to be the least dangerous, both at the time of the offense and at present.

From the control of significant differences in the overall scores in PANSS, GAF and HCR20 recorded by the patients during the two phases of the study, it emerged that the patients' clinical features in terms of function, positive and general psychopathology scale, and HCR-20 subscales is significantly improved at the time of the research compared to the time of the offense. In contrast, no significant change is found in the negative subscale.

Then cluster analysis was applied, from which three types (clusters) of patients emerged. The first group includes patients who exhibited aggressive rather than suicidal behavior after the offense, and who had a history of conduct / behavior disorder in childhood. The vast majority of patients in this group assaulted a family member. The patients of this group are the most aggressive, impulsive,

hostile, socially non-functional patients. Finally, in this group, the patients have higher scores regarding emotional withdrawal, lack of cooperation, lack of judgment and insight, impulsive control disorder and active social avoidance.

In the second group, the vast majority of patients suffered from schizophrenia, and they usually did not have a history of self-destructive or aggressive behavior after the offense, nor a history of conduct / behavior disorder in childhood. They committed more frequent property crimes compared to the other groups. They have moderate scores in terms of hostility, impulsivity, introverted and extroverted hostility and social function. They are characterized by stereotyped thinking both prior to the crime and afterwards, by early adjustment difficulties, lack of insight, lack of response to treatment, and higher score in the clinical and risk management scale of HCR-20.

Finally, in the third group, almost all patients suffered from schizophrenia or psychosis, many had exhibited self-destructive behavior after committing the crime, but no one exhibited aggressive behavior. Also, the percentage of people who had conduct/behavioral disorders during childhood in this group is lower compared to the other two groups. None of them committed a crime against property, while the majority committed crimes against life. Also, most of them assaulted a member of their family. These patients have the lowest scores in terms of hostility, introverted and extroverted hostility and impulsivity, and better social function. However, this group has the most severe psychopathology regarding delusions, suspicion and persecution, anxiety, guilt and previous violent behavior before the offense, but the lower risk for violent behavior at present.

A logistic regression analysis was performed using the “Forward LR” method. Besides history of hospitalizations before the perpetration of the crime (x^2 (1) = 21.592, p <0.001), only the total Hostility score (x^2 (1) = 5.820, p <0.016) recorded in the Aggression questionnaire was important as a factor for the separation of our sample in the two groups studied. In particular, for perpetrators with a higher score in Hostility, the probability of committing the crime in the course of the illness is higher, than that of those who show lower levels of hostility (OR=1.15), meaning that patients who score high in the item Hostility of the Aggression Questionnaire remain at risk for committing a crime in the course of the illness.

Using the "Enter" method, the only variables that significantly affected the time of the offense are age (x^2 (1) = 4.903, p = 0.027), the administration of psychiatric medication at the time of the offense (x^2 (1) = 8.176, p = 0.004), the experience of stressful events (x^2 (1) = 4.805, p = 0.028) and the relationship between the perpetrator and the victim (x^2 (1) = 4.811, p = 0.028). In particular, the probability of the crime being committed in FEP in relation to the crime committed during the course of illness is higher

for those who are younger. Also, those who have experienced stressful events in the last two years before the crime are 7.69 (1 / 0.13 = 7.69) times more likely to commit the crime in FEP than later, compared to those who did not experience such events. Finally, when the victim is a member of the family, it is more likely that the offender is in the FEP group (1 / 0.11 = 9.09).

Our findings showed distinct differences between psychotic patients who commit crimes during their first psychotic episode and patients who commit crimes in the course of their illness and are consistent with the international literature. Our study answers the questions posed as following:

- 26.9% of Greek NGMIs in Northern Greece are in their first psychotic episode. They are usually men in their 30s, who commit homicide or attempted homicide. Half of them attempted suicide after the crime. They seem to be driven by delusions and ideas of persecution to assault mostly members of their family
- Greek NGMIs who commit the crime in the course of the illness are usually men in their 40s who were often violent before the crime, had previous convictions, had been hospitalized but were not adherent to the treatment prescribed
- Patients in their FEP are younger. Their psychopathology concerning delusions and ideas of persecution is more severe, but their scores in Hostility are lower
- 56.4% of the whole sample was abusing or was addicted to either alcohol or other substances. In 25,6% of the cases the perpetration of the crime was related to abuse/use of alcohol or other substances.

Findings from logistic regression analysis point out that patients who score high in the item Hostility of the Aggression Questionnaire remain at risk for committing a crime in the course of the illness. Moreover, the probability of the crime being committed in FEP in relation to the crime committed during the course of illness is higher for those who are younger. Also, those who have experienced stressful events in the last two years before the crime are 7.69 times more likely to commit the crime in FEP than later, compared to those who did not experience such events. Finally, those who assault a family member are about 9 times more likely to act during the first psychotic episode than during the course of the disease, compared to those who assault people outside the family environment.

It is imperative to design and develop mental health services in order to identify and treat patients involved in antisocial and criminal actions in a timely and effective manner in order to prevent these behaviors and reduce the stigma of mental illness. Early intervention to control symptoms and initiate rehabilitation along with interventions aimed at medical conditions that coexist more frequently with psychiatric disorders could also reduce the risk of lifetime disability. Facilities that will treat these

patients after the offense should be specialized and aim at reintegrating these double stigmatized psychiatric patients.

Key words: schizophrenia, first episode psychosis, homicide, found not guilty, aggression

Η. Βιβλιογραφία

1. Abram, K. M., Teplin, L., & McClelland, G. M. (2003). Comorbidity of severe psychiatric disorders and substance use disorders in jail. American Journal of Psychiatry, 160, 1007−1010
2. Addington J, Heinssen RK, Robinson DG, et al: Duration of untreated psychosis in community treatment settings in the United States. Psychiatric Services 66:753–756, 2015
3. Alevizopoulos G, Igoumenou A, Psychiatric disorders and criminal history in male prisoners in Greece, International Journal of Law and Psychiatry 47 (2016) 171–175
4. Almeida J, Grac O¸ Vieira F, Almeida N and Santos JC, Characteristics of offenders deemed not guilty by reason of insanity, Med Sci Law 2010; 50: 136–139. DOI: 10.1258/msl.2010.100003
5. Almvik R., Woods P., Rasmussen K. The Brøset Violence Checklist sensitivity, specificity, and interrater reliability. Journal of interpersonal violence. 2000;15(12):1284–1296
6. Altamura, A.C., Bassetti, R., Bignotti, et al.,2003. Clinical variables related to suicide attempts in schizophrenic patients: a retrospective study. Schizophr. Res. 60, 47-55
7. Amminger GP, Henry LP, Harrigan SM, Harris MG, Alvarez-Jimenez M, Herrman H, Jackson HJ, McGorry PD, Outcome in early-onset schizophrenia revisited: Findings from the Early Psychosis Prevention and Intervention Centre long-term follow-up study, Schizophrenia Research **September 2011**Volume 131, Issues 1-3, Pages 112–119
8. Amodio, D. M., & Frith, C. D. (2006). Meeting of minds: the medial frontal cortex and social cognition. Nature reviews neuroscience, 7(4), 268.
9. Amore M, Menchetti M, Tonti C, Scarlatti F, Lundgren E, Esposito W, Berardi D.Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: clinical study.,Psychiatry Clin Neurosci. 2008 Jun;62(3):247-55.
10. Anda, F., Felitti, J., Bremner, D. J.,Walker, J. D.,Whitfield, C., Perry, B. D., . . . Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 256, 174–186. doi:10.1007/s00406-005-0624-4
11. Andersen HS, Mental health in prison populations. A review--with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand, Acta Psychiatr Scand Suppl. 2004;(424):5-59

12. Andrews D., Bonta J. Multi-Health Systems: Inc; Toronto, Ontario, Canada: 1995. LSI-R: The Level of Service Inventory-Revised

13. Androulakis, ZStW 82 (1970) 517 κ.ε

14. Angermeyer MC., Matscinger H. (2004). The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia: results from a representative survey in Germany. Schizophr Bulletin. 30(4), 1049- 1061

15. Appelbaum PS, Clark Robbins P, Monahan J, Violence and Delusions: Data From the MacArthur Violence Risk Assessment Study Am J Psychiatry 2000; 157:566–572

16. Appleby L, Shaw J. Five year report of the national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness. http://www.medicine.manchester.ac.uk/suicideprevention/nci/information_sharing/avoidable_deaths_full_report.pdf Accessed August 22, 2008. [PubMed]

17. Armstrong, T., Costello, E.J., 2002. Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. J. Consult. Clin. Psychol. 70, 1224 – 1239

18. Arseneault L, Bowes L, Shakoor S. Bullying victimization in youths and mental health problems: 'much ado about nothing'?. Psychol Med. 2010;40(5):717-729. doi:10.1017/S0033291709991383

19. 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; 57:979–986

20. Ascher-Svanum H, Faries DE, Zhu B, Ernst FR, Swartz MS, Swanson JW, Medication adherence and long-term functional outcomes in the treatment of schizophrenia in usual care, J Clin Psychiatry. 2006 Mar;67(3):453-60

21. Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Basurte-Villamor I, et al. Diagnostic stability of psychiatric disorders in clinical practice. Br J Psychiatry 2007; 190:210 – 6

22. Baruk, H. (1968). La schizophrenie morale. Annales Medico-Psychologique, 2, 221_227.

23. Bataille V, Ruidavets JB, Arveiler D, Amouyel P, Ducimetier P, Perret B, Ferrieres J. (2003). Joint use of clinical parameters, biological markers and CAGE questionnaire for the identification of heavy drinkers in a large population-based sample. Alcohol Alcohol. Mar-Apr; 2003, 38 (2): 121-127.

24. Baxter, H., Duggan, C., Larkin, E., Cordess, C., & Page, K. (2001). Mentally disordered parricide and stranger killers admitted to high-security care: A descriptive comparison. The Journal of Forensic Psychiatry, 12, 287–299.

25. Beaudoin, M. N., Hodgins, S. & Lavoie, F. 1993 Homicide, schizophrenia, and substance abuse or dependency. Can. J. Psychiatry 38, 541–546.

26. Bebbington P, Jakobowitz S, McKenzie N, Killaspy H, Iveson R, Duffield G, Kerr M, Assessing needs for psychiatric treatment in prisoners: 1. Prevalence of disorder, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2017 Feb;52(2):221-229. doi: 10.1007/s00127-016-1311-7. Epub 2016 Nov 22

27. Becker T, Vazquez-Baquero JL. The European perspective of psychiatric reform. Acta Psychiatr Scand2001;410(suppl 1): 8-14. [PubMed]

28. Bell, M., Tsang, H. W. H., Greig, T. C., & Bryson, G. J. (2009). Neurocognition, social cognition, perceived social discomfort, and vocational outcomes in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 35(4), 738_747.

29. Bellack, A. S., Morrison, R. L., Wixted, J. T., & Mueser, K. T. (1990). An analysis of social competence in schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 156, 809_818.

30. Benson, A. L. (1980). Morality of schizophrenic adolescents. Journal of Abnormal Psychology, 89(5), 674_677.

31. Billeke, P., & Aboitiz, F. (2013). Social cognition in schizophrenia: from social stimuli processing to social engagement. Frontiers in psychiatry, 4, 4.

32. Black DW, Gunter T, Allen J, Blum N, Arndt S, Wenman G, Sieleni B. Borderline personality disorder in male and female offenders newly committed to prison, Compr Psychiatry. 2007 Sep-Oct; 48(5):400-5. Epub 2007 Jul 5

33. Black G, Fossey M. Women with borderline personality disorder in prison, Ment Health Today. 2010 Dec-2011 Jan:21-3

34. Boles, S. M., Joshi, V., Grella, C., & Wellisch, J. (2005). Childhood sexual abuse patterns, psychosocial correlates, and treatment outcomes among adults in drug abuse treatment. Journal of Child Sexual Abuse, 14, 39−55

35. Bourget D, Gagné P. Paternal filicide in Québec. J Am Acad Psychiatry Law. 2005;33(3):354-360.

36. Bourget, D., Gagné, P., & Labelle, M. E. (2007). Parricide: A comparative study of matricide versus patricide. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 35, 306-312

37. Bowie, C. R., Reichenberg, A., Patterson, T. L., Heaton, R. K. & Harvey, P. D. 2006 Determinants of real-world functional performance in schizophrenia subjects: correlations with cognition, functional capacity, and symptoms. Am. J. Psychiatry 163, 418–425. (doi:10.1176/appi.ajp. 163.3.418)

38. Brekke, J., Kay, D. D., Lee, K. S., & Green, M. F. (2005). Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia. Schizophrenia Research, 80(2_3), 213_225.

39. Brennan P., Mednick S.A., Hodgins S., Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort, Arch. Gen. Psychiatry 2000, 57, 494-500, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10807490

40. Bruene, M., Abdel-Hamid, M., Lehmka¨mper, C., & Sonntag, C. (2007). Mental state attribution, neurocognitive functioning, and psychopathology: What predicts poor social competence in schizophrenia best? Schizophrenia Research, 92(1_3), 151_159.

41. Buchan T. (1978) Some clinical and cultural correlates of violent death. SAMJ 54, 536–40.

42. Buckner RL, Carroll DC. Self-projection and the brain. Trends Cogn Sci. 2006; 11(2):49–57. [PubMed: 17188554]

43. Burnette ML, Ilgen M, Frayne SM, Lucas E, Mayo J, Weitlauf JC, Violence perpetration and childhood abuse among men and women in substance abuse treatment, Journal of Substance Abuse Treatment 35 (2008) 217–222

44. Buss, A. H., & Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. Journal of Consulting Psychology, 21, 343-3

45. Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. Journal of Personality and Social Psychology, 63(3), 452–459. doi:10.1037/0022-3514.63.3.452

46. Byrne P. (1997). Psychiatric stigma: past, passing and to come. Journal of the Royal Society of Medicine, Vol.90, 618-621.

47. Caine TM, Foulds GA and Hope K (1967). Manual of the Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ). London: University of London Press

48. Campion, J., Cravens, J. M., Rotholc, A., Weinstein, H. C., Covan, F., & Alpert, M. (1985). A study of 15 matricidal men. American Journal of Psychiatry, 142, 312-317

49. Capaldi DM. Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: I. Familial factors and general adjustment at Grade 6. Development and Psychopathology. 1991;3:277–300

50. Cappai A, Wells J, Tapp J, Perkins D, Manners A, Ferrito M, Gupta N, Das M, (2017) Substance misuse in personality disorder and schizophrenia: findings and clinical implications from a high secure hospital, Journal of Forensic Practice, Vol. 19 Issue: 3, pp.217-226, https://doi.org/10.1108/JFP-07-2016-0035

51. Carballo JJ, Oquendo M A, Giner L, Garcia-Parajua P, Iglesias JJ,Goldberg PH, Zalsman G, Chaudhury S R, Sher L. (2006). Prevalence of alcohol misuse among adolescents and young adults evaluated in primary care setting. Int J Adolesc Med Health, Jan-Mar; 2006, 18(1): 197-202

52. Catanesi R, Rocca G, Candelli C and Carabellese F, Matricide by Mentally Disordered Sons: Gaining a Criminological Understanding Beyond Mental Illness—A Descriptive Study, International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology 2015, Vol. 59(14) 1550–1563

53. Catanesi, R., Carabellese, F., Troccoli, G., Candelli, C., Grattagliano, I., Solarino, B., & Fortunato, F. (2011). Psychopathology and weapon choice: A study of 103 perpetrators of homicide or attempted homicide. Forensic Science International, 209, 149-153

54. Chang Z, Lichtenstein P, Langstrom N, et al. Association between prescription of major psychotropic medications and violent reoffending after prison release. JAMA 2016; 316:1798-1807

55. Chermack, S. T., Stoltenberg, S. F., Fuller, B. E., & Blow, F. C. (2000). Gender differences in the development of substance-related problems: The impact of family history of alcoholism, family history of violence and childhood conduct problems. Journal of Studies on Alcohol, 61, 845−852.

56. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. World Psychiatry 2014;13:153-60.

57. Chow WS and Priebe S, How has the extent of institutional mental healthcare changed in Western Europe? Analysis of data since 1990, BMJ Open. 2016; 6(4): e010188

58. Clark T., Rowe R., Violence, stigma and psychiatric diagnosis: the effects of a history of violence on psychiatric diagnosis, Psychiatry Bull. 2006, 30, 254-256

59. Clark, H. W., Masson, C. L., Delucchi, K. L., Hall, S. M., & Sees, K. L.(2001). Violent traumatic events and drug abuse severity. Journal of Substance Abuse Treatment, 20, 121−127.

60. Clark, S.A. (1993). Matricide: The schizophrenic crime? Medicine, Science and the Law, 33, 325–328

61. Clarke, M., Whitty, P., Browne, S., et al., 2006. Suicidality in first episode psychosis. Schizophr. Res. 86, 221–225

62. Clark-Jones F Depression and conduct disorder in Native and non-Native children.J Child Fam Nurs. 1999 Mar-Apr; 2(2):122-3.

63. Cocozza JJ. Responding to the mental health needs of youth in the juvenile justice system. Seattle, WA: National Coalition for the Mentally Ill in the Criminal Justice System; 1992

64. Coid J, Fazel S, Kahtan N. Elderly patients admitted to secure forensic psychiatry services. J Forensic Psychiatry Psychol 2002;13:416– 27

65. Coid JW, Ullrich S, Kallis C, et al. The relationship between delusions and violence: findings from the East London first episode psychosis study. JAMA Psychiatry. 2013;70:465–471

66. Coid, J., Kahtan, N., Gault, S., & Jarman, B. (2000). Women admitted to secure psychiatry services: I. Comparison of women and men. Journal of Forensic Psychiatry, 11, 275−295.

67. Compton MT, Ramsay CE, Shim RS, et al: Health services determinants of the duration of untreated psychosis among African-American first-episode patients. Psychiatric Services 60:1489–1494, 2009

68. Compton WM, Conway KP, Stinson FS, Colliver JD, Grant BF. Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV antisocial personality syndromes and alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. J Clin Psychiatry. 2005;66(6):677-685. doi:10.4088/jcp.v66n0602

69. Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. Archives of General Psychiatry, 64, 577–584. doi:10.1001/archpsyc.64.5. 577

70. Coverdale J, Nairn R, Claasen D. Depictions of mental illness in print media: a prospective national sample. Austr N Zeal J Psychiatr 2002, 36:697–700

71. Craig TK, Garety P, Power P, et al. (2004) The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. BMJ 329(7474):1067–72

72. Cravens, J.M., Campion, J., Rotholc, A., Covan, F., & Cravens, R.A. (1985). A study of 10 men charged with patricide. American Journal of Psychiatry, 142, 1089–1092.

73. Crocker AG, Mueser KT, Drake RE, Clark RE, Mchugo GJ, Ackerson TH, Alterman AI (2005) Antisocial personality, psychopathy, and violence in persons with dual disorders: a longitudinal analysis. Crim Justice Behav 32:452–476. doi: 10.1177/0093854805276407

74. Cutcliffe J, Hannigan B. Mass media, monsters and mental health clients: the need for increased lobbying. J Psychiatr Ment Health Nurs 2001, 8:315–321

75. D'Onofrio BM, Lahey BB, Turkheimer E, Lichtenstein P. Critical need for familybased, quasi-experimental designs in integrating genetic and social science research. Am J Public Health 2013; 103: 46–55.

76. Dean K, Walsh E, Morgan C, et al: Aggressive behaviour at first contact with services: findings from the AESOP First Episode Psychosis Study. Psychological Medicine 37:547–557, 2007

77. DeHart D, Lynch S, Belknap J, Dass-Brailsford P, Green B. Life-history models of female offending: The role of serious mental illness and trauma in women's pathwats to jail. Psychology of Women Quarterly 2013

78. Dervaux A, Bayle FG,Laqueille X, Bourdel M-C, Leborgne M, Olie J-P, Krebs M-O. (2006). Validity of the CAGE questionnaire in schizophrenic patients with alcohol abuse and dependence. Schizophrenia Research. Vol 81, Issue 2-3, 31 january pp 151 -155.

79. Devaux, C., Petit, G., Perol, Y., & Porot, M. (1974). Enquête sur le parricide en France. Annales Médico-Psychologiques, 1, 161–168

80. Diane S. Kaplan, Who Are the Mothers Who Need Safe Haven Laws? An Empirical Investigation of Mothers Who Kill, Abandon, or Safely Surrender Their Newborns, 29 Wis. J.L. Gender & Soc'y 213 (2014)

81. Ditton PM. (1999). Mental Health and Treatment of Inmates and Probationers. Pub no NCJ 174463. Washington DC, Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Assistance

82. Dogan, K. H., Demirci, S., Deniz, I., & Erkol, Z. (2010). Decapitation and dismemberment of the corpse: A matricide case. Journal of Forensic Sciences, 55, 542-545

83. Dollard J et al, Review of frustration aggression, American Journal of Sociology 45 (1940): 595-598.

84. D'Orbán, P. T., & O'Connor, A. (1989). Women who kill their parents. The British Journal of Psychiatry, 154, 27–33. https://doi.org/10.1192/bjp.154.1.27

85. Dorfman L (2001). Off Balance: Youth, Race and Crime in the News. Building Blocks for Youth (www.buildingblocksforyouth.org).

86. Economou M, Kourea A, Gramandani C, Leontiadou A, Louki E, Stefanis C. Mental disorder and Mental Health representations in Greek newspapers and magazines. World Psychiatr 2005, 4:45–49

87. Eisner M, Long-Term Historical Trends in Violent Crime, © 2003 by The University of Chicago, https://www.vrc.crim.cam.ac.uk/vrcresearch/paperdownload/manuel-eisner-historical-trends-in-violence.pdf

88. Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry. 2009 Feb;66(2):152-61. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2008.537

89. Elbogen EB, Van Dorn RA, Swanson JW, Swartz MS, Monahan J. Treatment engagement and violence risk in mental disorders. Br J Psychiatry. 2006 Oct;189:354-60.

90. Elger BS, Sekera E, Prospective evaluation of insomnia in prison using the Pittsburgh Sleep Quality Index: Which are the factors predicting insomnia? Int J Psychiatry Clin Pract. 2009;13(3):206-17. doi: 10.1080/13651500902812043

91. Erb, M., Hodgins, S., Freese, R., Muller-Isberner, R. & Jockel, D. 2001 Homicide and schizophrenia: maybe treatment does have a preventive effect. Crim. Behav. Ment. Health 11, 6–26. (doi:10.1002/cbm.366)

92. Eronen, M., Hakola, P., & Tiihonen, J. (1996). Mental disorders and homicidal behavior in Finland. Archives of General Psychiatry, 53, 497–501

93. Ertugrul, A., & Ulug, B. (2002). The influence of neurocognitive deficits and symptoms on disability in schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica, 105(3), 196_201

94. Estroff, S. E., Swanson, J. W., Lachicotte, W. S., Swartz, M., & Bolduc, M. (1998). Risk reconsidered: targets of violence in the social networks of people with serious psychiatric disorders. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33, S95–S101

95. Ewing JA., Screening for alcoholism using CAGE. Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener. JAMA. 1998 Dec 9;280(22):1904-5. Erratum in: JAMA 1999 Feb 17;281(7):611.

96. Fakhoury W, Priebe S. The process of de-institutionalisation: an international overview. Curr Opin Psychiatry 2002;15: 187-92.

97. Farrington DP, Gaffney H, Ttofi MM. Systematic reviews of explanatory risk factors for violence offending and delinquency. Aggress Viol Behav 2016; 33: 24–36.

98. Farrington DP, MacKenzie DL, Sherman LW, Welsh BC. Evidence-Based Crime Prevention. Routledge, 2003.

99. Farrington, D.P., Gallagher, B., Morley, L., St. Leger, R.J., West, D., 1988. Are there any successful men from crimogenic backgrounds? Psychiatry 51, 116 – 130.

100. Fazel S, Bains P, Doll H, Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review, Addiction. 2006 Feb;101(2):181-91

101. Fazel S, Buxrud P, Ruchkin V, Grann M., Homicide in discharged patients with schizophrenia and other psychoses: a national case-control study, Schizophr Res. 2010 Nov;123(2-3):263-9,http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20805021

102. Fazel S, Chang Z, Fanshawe T, Långström N, Lichtenstein P. Prediction of violent reoffending on release from prison: derivation and external validation of a scalable tool. Lancet Psychiatry 2016; 3: 535–43

103. Fazel S, Danesh J Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys Lancet. 2002 Feb 16;359(9306):545-50

104. Fazel S, Grann M. The population impact of severe mental illness on violent crime. Am J Psychiatry. 2006 Aug;163(8):1397-403

105. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. (2009a) Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2009b Aug;6(8):e1000120. doi: 10.1371/journal.pmed.1000120. Epub 2009 Aug 11.

106. Fazel S, Långström N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. (2009b) Schizophrenia, substance abuse, and violent crime, JAMA. 2009a May 20; 301(19):2016-23. doi: 10.1001/jama.2009.675.

107. Fazel S, Seewald K, Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. Br J Psychiatry. 2012 May; 200(5):364-73. doi: 10.1192/bjp.bp.111.096370

108. Fazel S, Smith EN, Chang Z, John, Geddes JR, Risk factors for interpersonal violence: an umbrella review of meta-analyses, The British Journal of Psychiatry (2018), 213, 609–614. doi: 10.1192/bjp.2018.145

109. Fazel S, Wolf A, Fimińska Z, Larsson H, Mortality, Rehospitalisation and Violent Crime in Forensic Psychiatric Patients Discharged from Hospital: Rates and Risk Factors, PLoS ONE 11(5): e0155906. doi:10.1371/journal.pone.0155906

110. Fazel S, Zetterqvist J, Larsson H, Långström N, Lichtenstein P. Antipsychotics, mood stabilisers, and risk of violent crime. Lancet 2014; published online May 8. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60379-2.

111. Fazel S, Doll H, Långström N., Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: a systematic review and metaregression analysis of 25 surveys, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2008 Sep; 47(9):1010-9. doi: 10.1097/CHI.ObO13e31817eecf3

112. Fazel S, Yoon IA, Hayes AJ. Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. Addiction. 2017 Oct; 112(10):1725-1739. doi: 10.1111/add.13877. Epub 2017 Jun 28

113. FBI, Crime in the United States (2003). http://www.fbi.gov/ucr/cius_03/pdf7toc03.pdf

114. Felthous AR, Hempel A. Combined homicide-suicides: a review.J Forensic Sci 1995;40(5):846–57

115. Fitton L, Yu R, and Fazel S (2018), Childhood Maltreatment and Violent Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Studies TRAUMA, VIOLENCE, & ABUSE 1-15, DOI: 10.1177/1524838018795269

116. Foley SR, Browne S, Clarke M, Kinsella A, Larkin C, O'Callaghan E Is violence at presentation by patients with first-episode psychosis associated with duration of untreated psychosis? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2007 Aug;42(8):606-10. Epub 2007 Jun 27.

117. Foley SR, Kelly BD, Clarke M, McTigue O, Gervin M, Kamali M, Larkin C, O'Callaghan E, Browne S. Incidence and clinical correlates of aggression and violence at presentation in patients with first episode psychosis. Schizophr Res. 2005 Jan 1;72(2-3):161-8.

118. Ford E., First-Episode Psychosis in the Criminal Justice System: Identifying a Critical Intercept for Early Intervention, www.harvardreviewofpsychiatry.org, Volume 23, Number 3, May/June 2015

119. Fotiadou M et al 2006). Fotiadou M. et al 2016, Livaditis M., Manou I, Kaniotou E., Xenitidis K., Prevalence of mental disorders and deliberate self-harm in Greek male prisoners, International Journal of Law and Psychiatry 29 (2006) 68–73

120. Fotiadou, M., Livaditis, M., Manou, M., Kaniotou, M., Samakouri, M., Tzavaras, N., et al. (2004). Self reported substance misuse in Greek male prisoners. European Journal of Addiction Research, 10(2), 56– 60.

121. Frank RG, Glied S. Better But Not Well: Mental Health Policy in the United States Since 1950. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 2006.

122. Frank, E. (Ed.). (2000). Gender and its effects on psychopathology Washington DC:American Psychiatric Press Incorporated

123. Freeman H. Community psychiatry. In: Freeman H, ed. A century of psychiatry. London: Mosby-Wolf, 1999: 213-8

124. Freeman, D., & Fowler, D. (2009). Routes to psychotic symptoms: Trauma, anxiety and psychosis-like experiences. Psychiatry Research, 169, 107–112

125. Friedman SH, Heneghan A, Rosenthal M. Characteristics of women who deny or conceal pregnancy. Psychosomatics. 2007;48(2):117-122. doi:10.1176/appi.psy.48.2.117

126. Friedman SH, Horwitz SM, Resnick PJ. Child murder by mothers: a critical analysis of the current state of knowledge and a research agenda. Am J Psychiatry. 2005;162(9):1578-1587. doi:10.1176/appi.ajp.162.9.1578

127. Fulwiler C, Grossman H, Forbes C, Ruthazer R (1997) Early-onset substance abuse and community violence by outpatients with chronic mental illness. Psychiatr Serv 48:1181–1185

128. Fulwiler C, Ruthazer R (1999) Premorbid risk factors for violence in adult mental illness. Compr Psychiatry 40:96–100. doi: 10.1016/S0010-440X(99)90112-8

129. Gaite, L.,Vazquez-Barquero, J. L., Borra,C., et al (2002) Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON study. Acta Psychiatrica Scandinavica, 105, 283-292

130. Gannon, T. A., & Pina, A. (2010). Firesetting: Psychopathology, theory and treatment. Aggression and Violent Behavior: A Review Journal, 15, 224-238.

131. Gatherer A, Moller L, Hayton P, The World Health Organization European Health in Prisons Project after 10 years: persistent barriers and achievements, Am J Public Health. 2005 Oct;95(10):1696-700

132. Gibson E, Klein S (1969). Murder 1957-1968. Home Office Research study No.3. London: HMSO

133. Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. The Lancet, 373, 68–81. doi:10.1016/S0140-6736(08)61706-7

134. Gillies, H. (1965). Murder in the west of Scotland. British Journal of Psychiatry, 111, 1087-1094

135. Ginieri-Coccossis M, Triantafillou E, Tomaras V, Liappas IA, Christodoulou GN, Papadimitriou GN (2009). Quality of life in mentally ill, physically ill and healthy individuals: the validation of the Greek version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100) questionnaire. Ann Gen Psychiatry. 2009 Oct 13;8:23.

136. Glenn AL, Raine A, Schug RA. The neural correlates of moral decision-making in psychopathy. Mol Psychiatry. 2009; 14(1):5–6. [PubMed: 19096450]

137. Glied S, Frank RG. Mental illness and violence: lessons from the evidence. Am J Public Health. 2014;104(2):e5-e6. doi:10.2105/AJPH.2013.301710

138. Goedhard LE, Stolker JJ, Heerdink ER, Nijman HL, Olivier B, Egberts TC., Pharmacotherapy for the treatment of aggressive behavior in general adult psychiatry: A systematic review. J Clin Psychiatry. 2006 Jul;67(7):1013-24. Review

139. Goldberg BR, Serper MR, Sheets M, Beech D, Dill C, Duffy KG ,Predictors of aggression on the psychiatric inpatient service: self-esteem, narcissism, and theory of mind deficits..J Nerv Ment Dis. 2007 May;195(5):436-42.

140. Golenkov A, Large M, Nielssen O., A 30-year study of homicide recidivism and schizophrenia, Criminal Behavior and Mental Health. 2013. doi:10.1002/cbm.1876, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23913742

141. Gordon H, Lindqvist P. Forensic psychiatry in Europe. Psychiatric Bull 2007;31:421 –4

142. Gosden NP, Kramp P, Gabrielsen G, et al. Violence of young criminals predicts schizophrenia: a 9-year register-based followup of 15- to 19-year-old criminals. Schizophr Bull. 2005;31(3):759–768

143. Grann M, Fazel S Substance misuse and violent crime: Swedish population study. BMJ. 2004 May 22;328 (7450):1233-4

144. Grann M, Forsman A., et al., Psychiatric Risk Assessment Methods, Are Violent Acts Predictable? Systematic Review, ISBN: 91-85413-03-8, ISSN: 1400-1403, Report no: 175, 2005

145. Green K, Browne K & Chou , The Relationship Between Childhood Maltreatment and Violence to Others in Individuals With Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis, TRAUMA, VIOLENCE, & ABUSE 1-16, 2017, DOI: 10.1177/1524838017708786

146. Green, C. (1981). Matricide by sons. Medicine, Science and the Law, 21, 207-214.

147. Greene JD, Haidt J. How (and where) does moral judgment work? Trends Cogn Sci. 2002; 6(12):517– 523. [PubMed: 12475712]

148. Greene JD, Sommerville RB, Nystrom LE, Darley JM, Cohen JD. An fMRI investigation of emotional engagement in moral judgment. Science. 2001; 293(5537):2105–2108. [PubMed: 11557895]

149. Griffiths EV, Willis J, Spark MJ. A systematic review of psychotropic drug prescribing for prisoners, Aust N Z J Psychiatry. 2012 May;46(5):407-21. doi: 10.1177/0004867411433893. Epub 2012 Jan 5

150. Gu Y, Hu Z, More attention should be paid to schizophrenic patients with risk of violent offences, Psychiatry Clin Neurosci. 2009 Aug;63(4):592-3. doi: 10.1111/j.1440-1819.2009.01999.x

151. Gunn J, Maden A, Swinton M (1991). Mentally Disordered Prisoners. London Home Office

152. Gunter TD, MD, Arndt S, PhD, Wenman G, BA, Allen J, PhD, Loveless P, PhD, Sieleni B, MD, and Black DB, MD (2008). Frequency of Mental and Addictive Disorders Among 320 Men and Women Entering the Iowa Prison System: Use of the MINI-Plus. J Am Acad Psychiatry Law 36:27–34, 2008

153. Hakola, P. (1979). The profile of Finnish offender patients. Lakimies, 4, 303–305 (Author's translation)

154. Hala, S., & Carpendale, J. (1997). All in the mind: Children's understanding of mental life. The development of social cognition, 2, 189-239.

155. Hare R.D. Multi-Health Systems, Incorporated; 1991. The Hare psychopathy checklist-revised: Manual

156. Hare RD (2003) Manual for the revised psychopathy checklist, 2nd edn. Multi-Health Systems, Toronto

157. Harenski CL, Edwards BG, Harenski KA, Kiehl KA. Neural correlates of moral and non-moral emotion in female psychopathy. Front Hum Neurosci. 2014; 8:741. [PubMed: 25309400]

158. Haris 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 Jan;44(1):85-93. doi: 10.3109/00048670903270423.

159. Hart S.D., Cox D.N., Hare R.D. MHS-Multi-Health Systems, Incorporated; 1995. The Hare psychopathy checklist: Screening version (PCL: SV)

160. Hart SD, Cox D, Hare RD. Manual for the Screening Version of the Hare Psychopathy Checklist-Revised (PSL:SV), Toronto :Multi-Health Systems. 1995

161. Hartvig P., Østberg B., Alfarnes S. Centre for Research and Education in Forensic Psychiatry; Oslo, Norway: 2007. Violence Risk Screening-10 (V-RISK-10)

162. Heide, K.M., & Frei, A. (2010). Matricide: A critique of the literature. Trauma, Violence, and Abuse, 11, 3–17.

163. Heide, K.M., & Petee, T.A. (2007). Parricide: An empirical analysis of 24 years of U.S. data. Journal of Interpersonal Violence, 22, 1382–1399

164. Heilbrun et al. / FMHA PRINCIPLES 332, Principles of Forensic Mental Health Assessment Implications for Neuropsychological Assessment in Forensic Contexts, Assessment, Volume 10, No. 4, December 2003 329-343, Sage Publications

165. Herrera VM, McCloskey LA. (2003). Sexual abuse, family violence, and female delinquency; Findings from a longitudinal study. Violence Vict. 18, 319–334.

166. Hillbrand, M., & Cipriano, T. (2007). Commentary: Parricides—unanswered questions, methodological obstacles, and legal considerations. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 35, 313–316.

167. Hillbrand, M., Alexandre, J. W., Young, J. L., & Spitz, R. T. (1999). Parricide: Characteristics of offenders and victims, legal factors, and treatment issues. Aggression and Violent Behavior, 4, 179-190

168. Hillis, A. E. (2014). Inability to empathize: brain lesions that disrupt sharing and understanding another's emotions. Brain, 137(4), 981-997.

169. Hoaken PN, Stewart SH. Drugs of abuse and the elicitation ofhuman aggressive behavior. AddictBehav 2003, 28:1533–1554.3

170. Hodgins S (2004) Criminal and antisocial behaviours and schizophrenia: a neglected topic. In: Gattaz WF, Häfner H (eds) Search for the causes of schizophrenia, vol V. Steinkopff Verlag, Darmstadt, pp 315–341

171. Hodgins S, Aggressive Behavior Among Persons With Schizophrenia and Those Who Are Developing Schizophrenia: Attempting to Understand the Limited Evidence on Causality, Schizophrenia Bulletin vol. 43 no. 5 pp. 1021–1026, 2017

172. Hodgins S, Calem M, Shimel R, Williams A, Harleston D, Morgan C, Dazzan P, Fearon P, Morgan K, Lappin J, Zanelli J, Reichenberg A, Jones P., Criminal offending and distinguishing features of offenders among persons experiencing a first episode of psychosis, Early Interv Psychiatry. 2011 Feb;5(1):15-23. doi: 10.1111/j.1751-7893.2010.00256.x.http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21272271

173. Hodgins S, Côté G (1993) Major mental disorder and antisocial personality disorder: a criminal combination. Bull Am Acad Psychiatry Law 21:155–160

174. Hodgins S, Cree A, Alderton J, Mak T (2008) From conduct disorder to severe mental illness: associations with aggressive behaviour, crime and victimization. Psychol Med 38:975–987. doi:10.1017/S0033291707002164

175. Hodgins S, Hiscoke UL, Freese R. The antecedents of aggressive behavior among men with schizophrenia: a prospective investigation of patients in community treatment. Behav Sci Law. 2003;21:523–546.

176. Hodgins S, Lincoln T, Mak T. Experiences of victimization and depression are associated with community functioning among men with schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2009;44:448–457.

177. Hodgins S, Mental disorder, intellectual deficiency and crime: evidence from a birth cohort., Arch. Gen. Psychiatry 1992,49, 476-483,http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1599373

178. Hodgins S, Müller-Isberner R, Allaire J. Attempting to understand the increase in the numbers of forensic beds in Europe. A multi-site study of patients in forensic and general psychiatric services. Int J Forensic Ment Health Serv 2006;5(2):173–84.

179. Hodgins S, Müller-Isberner R, Tiihonen J, Repo-Tiihonen E, Eronen M, Eaves D, et al. A comparison of general and forensic patients with schizophrenia living in the community. Int J Forensic Ment Health 2007; 6(1):63–75.

180. Hodgins S, Piatosa MJ and Schiffer B., Violence Among People with Schizophrenia: Phenotypes and Neurobiology, Curr Topics Behav Neurosci (2014) 17: 329–368 DOI: 10.1007/7854_2013_259, _ Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013, Published Online: 7 December 2013

181. Hodgins S, Riaz M., Violence and phases of illness: Differential risk and predictors, European Psychiatry 26 (2011) 518–524

182. Hodgins S, Tiihonen J, Ross D. The consequences of Conduct Disorder for males who develop schizophrenia: associations with criminality, aggressive behavior, substance use, and psychiatric services. Schizophr Res. 2005;78(2-3):323-335. doi:10.1016/j.schres.2005.05.021

183. Hodgins S, Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention., Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2008 Aug 12;363(1503):2505-18. Review

184. Hodgins S, Westerman J, Larm P. Individuals developing schizophrenia are hidden among adolescent substance misusers. Psychol Med. 2016 Oct;46(14):3041-3050

185. Hodgins S. (2014) Antipsychotics, mood stabilisers, and reductions in violence. Published Online May 8, 2014 http://dx.doi.org/10.1016/ S0140-6736(14)60694-2 www.thelancet.com, vol 384, September 27, 2014

186. Hodgins S., Editorial / European Psychiatry 24 (2009) 354–355, The interface between general and forensic psychiatric services

187. Hodgins S., The major mental disorders and crime: Stop debating and start treating and preventing, International Journal of Law and Psychiatry 24 (2001) 427–446

188. Hodgins, S. & Janson, C. G. 2002 Criminality and violence among the mentally disordered: the Stockholm metropolitan project. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

189. Hodgins, S. & Muller-Isberner, R. 2004 Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of psychiatric services. Br. J. Psychiatry 185, 245–250. (doi:10.1192/bjp. 185.3.245)

190. Hodgins, S., Cyr, M., Gaston, L., & Viens, L. (1988). Analyse qualitative et quantitative des appartements surveille´s existant dans la region sud-est de Montreal entre les annees 1983 et 1986. Les Cahiers de Recherche de l'Institut Philippe Pinel de Montreal, 26.

191. Hodgins, S., Hébert, J., & Baraldi, R. (1986). Women declared insane: A follow-up study. International Journal of Law and Psychiatry, 8, 203−216.

192. Hodgins, S., Hiscoke, U.L. and Freese, R. (2003), The antecedents of aggressive behavior among men with schizophrenia: a prospective investigation of patients in community treatment. Behav. Sci. Law, 21: 523-546. doi:10.1002/bsl.540

193. Honkatukia, P., (2005).Women as perpetrators and victims of violence. In: Crime trendsin Finland (pp. 187–203). Helsinki: Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 215. (In Finnish, English Summary)

194. Hornsveld RH, Muris P, Kraaimaat FW, Meesters , Psychometric properties of the aggression questionnaire in Dutch violent forensic psychiatric patients and secondary vocational students.C.Assessment. 2009 Jun;16(2):181-92. Epub 2008 Oct 13.

195. Hyler SE, Skodol AE, Kellman HD, Oldham JM, Rosnick L., Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire--revised: comparison with two structured interviews. Am J Psychiatry. 1990 Aug;147(8):1043-8

196. Iancu I, Bodner E, Roitman S, Piccone Sapir A, Poreh A, Kotler M Impulsivity, aggression and suicide risk among male schizophrenia patients..Psychopathology. 2010;43(4):223-9. Epub 2010 Apr 28.

197. James, D. J., & Glaze, E. (2006). Mental health problems of prison and jail inmates. http://bjs.ojp/usdoj.gov/content/pub/pdf/mhppji.pdf

198. Johnson, D. L. (1960). The moral judgment of schizophrenics. Journal of Nervous and Mental Disease, 130(4), 278_285

199. Jones K. Asylums and after. London: Athlone Press, 1993

200. Jones SH, Thornicroft G, Coffey M, Dunn G., A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). Br J Psychiatry. 1995 May;166(5):654-9.

201. Jung W.H., Prehn K., Fang Z, Korczykowski M, Joseph W. Kable J.W., Rao H, and Robertson D.C., Moral competence and brain connectivity: a resting-state fMRI study Neuroimaging, 2016 November 1; 141: 408–415. doi:10.1016/j.neuroimage.2016.07.045

202. Kahlbaum, K. (1885). ber eine klinische Form des moralischen Irreseins. Allgemeine Zeitschrift fur Psychiatrie, 41, 711.

203. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia., Schizophr Bull. 1987;13(2):261-76.

204. Keers R, Ullrich S, DeStavola BL, Coid JW , Association of Violence With Emergence of Persecutory Delusions in Untreated Schizophrenia, Am J Psychiatry 2014; 171:332–339

205. Khemiri L, Guterstam J, Franck J, Jayaram-Lindstro¨m N (2012) Alcohol Dependence Associated with Increased Utilitarian Moral Judgment: A Case Control Study. PLoS ONE 7(6): e39882. doi:10.1371/journal.pone.0039882

206. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R (2003) Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder developmental follow-back of a prospective longitudinal cohort. Arch Gen Psychiatry 60:709–717. doi:10.1001/archpsyc.60.7.709

207. Koenigs M, Young L, Adolphs R, Tranel D, Cushman F, Hauser M, et al. Damage to the prefrontal cortex increases utilitarian moral judgements. Nature. 2007; 446(7138):908–911. [PubMed: 17377536]

208. Korkmaz, B. (2011). Theory of mind and neurodevelopmental disorders of childhood. Pediatr Res, 69(5 Pt 2), 101R-8R

209. Krakowski M, Czobor P. Gender differences in violent behaviors: relationship to clinical symptoms and psychosocial factors. Am J Psychiatry. 2004;161:459–465.

210. Kramp, P., & Gabrielsen, G. (2009). The Organization of the Psychiatric Service and Criminality Committed by the Mentally Ill. European Psychiatry, 24(6), 401-411. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2009.07.007

211. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. Lancet 2002; 360: 1083–8.

212. Kumar S, Simpson AI. (2005). Application of risk assessment for violence methods to general adult psychiatry: a selective literature review. Aust N Z J Psychiatry. 2005;39: 328–335.

213. Lamb HR, Weinberger LE, Gross BH. Court-mandated community outpatient treatment for persons found not guilty by reason of insanity: a five-year follow-up. Am J Psychiatry. 1988; 145(4):450–456

214. Langeveld J, Bjørkly S, Auestad B, Barder H, Evensen J, Ten Velden Hegelstad W, Joa I, Johannessen JO, Larsen TK, Melle I, Opjordsmoen S, Røssberg JI, Rund BR, Simonsen E, Vaglum P, McGlashan T, Friis S . Treatment and violent behavior in persons with first episode psychosis during a 10-year prospective follow-up study. Schizophr Res. 2014 Jul;156(2-3):272-6. doi: 10.1016/j.schres.2014.04.010. Epub 2014 May 15.

215. Lansford JE, Miller-Johnson S, Berlin LJ, et al. (2007). Early physical abuse and later violent delinquency: A prospective longitudinal study. Child Maltreat. 12, 233–245.

216. Large M, Nielssen O, Slade T, Harris A., Measurement and reporting of the duration of untreated psychosis, Early Interv Psychiatry. 2008 Nov;2(4):201-11, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21352155

217. Large M, Nielssen O., Evidence for a relationship between the duration of untreated psychosis and the proportion of psychotic homicides prior to treatment, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2008 Jan;43(1):37-44,http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17960314

218. Large M, Nielssen O: Treating the first episode of schizophrenia earlier will save lives. Schizophrenia Research 92:276–277, 2007

219. Large M, Smith G, Swinson N, Shaw J, Nielssen O., Homicide due to mental disorder in England and Wales over 50 years, Br J Psychiatry. 2008 Aug;193(2):130-3, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18669997

220. Large M., Smith G., Nielssen O., The relationship between the rate of homicide by those with schizophrenia and the overall homicide rate: a systematic review and meta-analysis, Schizophr. Res., 2009, 112(1-3):123-9,http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19457644

221. Large MM, Nielssen O, Ryan CJ, et al: Mental health laws that require dangerousness for involuntary admission may delay the initial treatment of schizophrenia. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 43:251–256, 2008

222. Large MM, Nielssen O., Violence in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis, Schizophr Res. 2011 Feb;125(2-3):209-220

223. Larson TK, McGlashan TH, Moe LC. First-Episode Schizophrenia: I. Early Course Parameters, Schizophrenia Bulletin, VOL. 22, NO. 2, 1996

224. Latalova K, Violence and duration of untreated psychosis in first-episode patients SYSTEMATIC REVIEW Int J Clin Pract, March 2014, 68, 3, 330–335. doi: 10.1111/ijcp.12327

225. Liettu, A., Saavala, H., Hakko, H., Räsänen, P., & Joukamaa, M. (2009). Mental disorders of male parricidal offenders: A study of offenders in forensic psychiatric examination in Finland during 1973-2004. Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 44, 96-103

226. Lind, G. The meaning and measurement of moral judgment competence: A dual-aspect model. In: Fasko, D.; Willis, W., editors. Contemporary Philosophical and Psychological Perspectives on Moral Development and Education. Creskill, NJ: Hampton Press; 2008. p. 185-220.

227. Lindenmayer JP, Kanellopoulou I.Schizophrenia with impulsive and aggressive behaviors. Psychiatr Clin North Am. 2009 Dec;32(4):885-902.

228. Lindquist CH1, Lindquist CA., Gender differences in distress: mental health consequences of environmental stress among jail inmates, Behav Sci Law. 1997 Autumn;15(4):503-23

229. Link BG, Monahan J, Stueve A, Cullen FT: Real in their con- sequences: a sociological approach to understanding the as- sociation between psychotic symptoms and violence. Am Sociol Rev 1999; 64:316–322

230. Link BG, Stueve A, Phelan J: Psychotic symptoms and violent behaviors: probing the components of "threat/control-over- ride" symptoms. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998; 33:S55–S60 12.

231. Link BG, Stueve A: Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls, in Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment. Edited by Monahan J, Steadman HJ. Chicago, Uni- versity of Chicago Press, 1994, pp 137–159 11.

232. Link, B. G. & Pelham, J. C. 2006 Stigma and its public health implications. Lancet 11, 528–529. (doi:10.1016/S0140-6736(06)68184-1)

233. Lisak, D., & Miller, P. M. (2002). Childhood trauma, posttraumatic stress disorder, substance abuse, and violence. In P. Ouimette, & P. J. Brown (Eds.), Trauma and substance abuse: Causes, consequences, and treatment of comorbid disorders (pp. 73−87). Washington, DC: American Psychological Association.

234. Lodge G.,Schizophrenia, homicide and long-term follow-up, Br J. Psychiatry 2009, 195, 553-554,http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19949210

235. Loebel, A. D., Lieberman, J. A., Alvir, J. M., Mayerhoff, D. I., Geisler, S. H., & Szymanski, S. R. (1992). Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. The American Journal of Psychiatry, 149(9), 1183–1188. https://doi.org/10.1176/ajp.149.9.1183

236. Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000;39(12):1468-1484. doi:10.1097/00004583-200012000-00007

237. Logan C, Ronald Blackburn (2009) Mental disorder in violent women in secure settings: Potential relevance to risk for future violence. International Journal of Law and Psychiatry 32 (2009) 31–38

238. Lorettu, L. (1998). Le passage à l'acte homicide du schizophrène. In F.Millaud (Ed.), Le passage à l'acte, aspects cliniques et psychodynamiques (Editions Masson) (Paris, 194 pp.).

239. Lu L, Dong M, Zhang L, et al. Prevalence of suicide attempts in individuals with schizophrenia: a meta-analysis of observational studies. Epidemiol Psychiatr Sci. 2019;29:e39. Published 2019 Jun 7. doi:10.1017/S2045796019000313

240. Lynch SM, DeHart DD., Belknap J, et al. (2012). Women's Pathways to Jail: The Roles and Intersections of Serious Mental Illness & Trauma. (Bureau of Justice Statistics, Washington, DC).

241. Lysaker, P. H., Lancaster, R. S., Nees, M. A., & Davis, L. W. (2004). Attributional style and symptoms as predictors of social function in schizophrenia. Journal of Rehabilitation Research and Development, 41(2), 225_232.

242. Maas, C., Herrenkohl, T. I., & Sousa, C. (2008). Review of research on child maltreatment and violence in youth. Trauma, Violence, & Abuse, 9, 56–67. doi:10.1177/1524838007311105

243. Mackay R, Howe L, Mitchell BJ. More facts about the insanity defence. Criminal Law Rev 2006;May:399 –411

244. Maden T (1996) Women, prisons, and psychiatry: mental disorder behind bars Butterworth-Heinemann, 15/01/1996 - 165 σελίδες. ISBN-10: 075062003X ISBN-13: 978-0750620031

245. Malet L., Schwan R., Boussiron D, Aubler-Cuvelier B, Llorca P-M, (2005). Validity of the CAGE questionnaire in hospital. European Psychiatry, 2005, Volume 20,Issue 7, Nov pp 484-489.

246. Malvaso, C. G., Delfabbro, P. H., & Day, A. (2016). Risk factors that influence the maltreatment-offending association: A systematic review of prospective and longitudinal studies. Aggression and Violent Behavior, 31, 1–15. doi:10.1016/j.avb.2016.06.006

247. Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. Clinical Psychology Review, 29, 647–657. doi:10.1016/j.cpr.2009.08.003

248. Marion-Veyron R, Lambert M, Cotton SM, Schimmelmann BG, Gravier B, McGorry PD, Conus P, History of offending behavior in first episode psychosis patients: A marker of specific clinical needs and a call for early detection strategies among young offenders, Schizophrenia Research 161 (2015) 163–168

249. Markopoulou M, Iliou K, Karakasi V, Douzenis A. Psychiatriki. 2020;31(1):13-22. doi:10.22365/jpsych.2020.311.13

250. Marleau, J.D., Millaud, F., & Auclair, N. (2003). A comparison of parricide and attempted parricide: A study of 39 psychotic adults. International Journal of Law and Psychiatry, 26, 269–279.

251. Marwaha, S., Johnson, S., Bebbington, P., Stafford, M., Angermeyer, M., Brugha, T., . . . Toumi, M. (2007). Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. British Journal of Psychiatry, 191(1), 30-37. doi:10.1192/bjp.bp.105.020982

252. Marzuk PM, Tardiff K, Hirsch CS. The epidemiology of murder-suicide. JAMA 1992;267(23):3179–83

253. Matheson, S., Shepherd, A., Pinchbeck, R., Laurens, K., & Carr, V. (2013). Childhood adversity in schizophrenia: A systematic metaanalysis. Psychological Medicine, 43, 225–238.

254. Maughan B, Rowe R, Messer J, Goodman R, Meltzer H. Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. J Child Psychol Psychiatry. 2004;45(3):609-621. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00250.x

255. Maxfield MG, Widom CS. (1996). The cycle of violence: Revisited 6 years later. Arch Pediatr Adolesc Med. 150, 390–395

256. Mc Guire MT, Troisi A , Aggression in Kaplan HJ, Sadock B, Comprehensive Textbook of Psychiatry, Williams and Wilkins , Baltimore, 1989,271-282

257. McGuire J. A review of effective interventions for reducing aggression and violence. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2008; 363(1503):2577–2597. [PubMed: 18467276]

258. McKnight, C.K., Mohr, J.W., Quinsey, R.E., & Erochko, J. (1966). Matricide and mental illness. Canadian Psychiatric Association Journal, 11, 99–106.

259. McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G, Pettinati H, Argeriou M. The Fifth Edition of the Addiction Severity Index., J Subst Abuse Treat. 1992;9(3):199-213.

260. McMahon C, Butwell M, Taylor PJ. Changes in patterns of excessive alcohol consumption in 25 years of high security hospital admissions from England and Wales. Crim Behav Ment Health. 2003;13(1):17-30. doi:10.1002/cbm.528

261. Meehan J, Flynn S, Hunt IM, et al. Perpetrators of homicide with schizophrenia: a national clinical survey in England and Wales. Psychiatr Serv. 2006;57:1648–1651. [PubMed]

262. Menezes SB, Oyebode F, Haque MS. Mentally disordered offenders in Zimbabwe and in England and Wales: a socio-demographic study. Med Sci Law 2007;47:253 –61

263. Menezes, S.B. (2010). Parricides bymentally disordered offenders in Zimbabwe. Medicine, Science and the Law, 50, 126–130.

264. Metzner J. (1997). An introduction to correctional psychiatry: part I. J Am Acad Psychiatry Law 25:375– 81, 1997

265. Miklowitz, D. J. (1994). Family risk indicators in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 20, 137–149

266. Miles CP. Conditions predisposing to suicide: a review. J Nerv Ment Dis. 1977; 164:231-246.

267. Millaud, F., Auclair, N., & Meunier, D. (1996). Parricide and mental illness. A study of 12 cases. International Journal of Law and Psychiatry, 19, 173–182.

268. Milton J, Amin S, Singh SP, Harrison G, Jones P, Croudace T, Medley I, Brewin J, Aggressive incidents in first-episode psychosis. Br J Psychiatry. 2001 May;178:433-40.

269. Ministry of Justice (2007). Population in custody monthly tables October 2007, England and Wales. Retrieved January 7th, 2008 from www.justice.gov.uk/docs/populationin-custody-oct07.pdf

270. Ministry of Justice (2012). Prisoners' childhood and family backgrounds: Results from the surveying prisoner crime reduction (SPCR) longitudinal cohort study of prisoners. Retrieved from https://www.gov.uk/government/publications/prisoners-child hood-and-family-backgrounds

271. Minton T & Zeng Z, Jail Inmates in 2015, U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics, December 2016, NCJ 250394

272. Mohr P, Volavka J. Adherence and long- acting injectable antipsychotics in schizophrenia: an update. Düşünen Adam. 2012;25:285-296

273. Mohr P, Knytl P., Voráčková V, Bravermanová A, Melicher T, Long-acting injectable antipsychotics for prevention and management of violent behaviour in psychotic patients, Int J Clin Pract. 2017; 71:e12997

274. Moll J, De Oliveira-Souza R, Zahn R. The neural basis of moral cognition: sentiments, concepts, and values. Ann N Y Acad Sci. 2008; 1124:161–180. [PubMed: 18400930]

275. Moll J, de Oliveira-Souza R. Moral judgments, emotions and the utilitarian brain. Trends Cogn Sci. 2007; 11(8):319–321. [PubMed: 17602852]

276. Moll J, Zahn R, de Oliveira-Souza R, Krueger F, Grafman J. Opinion: the neural basis of human moral cognition. Nat Rev Neurosci. 2005; 6(10):799–809. [PubMed: 16276356]

277. Monahan J., Steadman H.J., Robbins P.C. An actuarial model of violence risk assessment for persons with mental disorders. Psychiatric services. 2005;56(7):810–815

278. Moran P, Hodgins S (2004) The correlates of comorbid antisocial personality disorder in schizophrenia. Schizophr Bull 30:791–802

279. Morgan RD, Fisher WH, Duan N, Mandracchia JT, Murray D, Prevalence of criminal thinking among state prison inmates with serious mental illness. Law Hum Behav. 2010 Aug;34(4):324-36. doi: 10.1007/s10979-009-9182-z. Epub 2009 Jun 24.

280. Mueser KT, Crocker AG, Frisman LB, Drake RE, Covell NH, Essock SM (2006) Conduct disorder and antisocial personality disorder in persons with severe psychiatric and substance use disorders. Schizophr Bull 32:626–636. doi: 10.1093/schbul/sbj068

281. Mueser, K.T., Rosenberg, S.D., Drake, R.E., Miles, K.M., Wolford, G., Vidaver, R., Carrieri, K., 1999. Conduct disorder, antisocial personality disorder and substance use disorders in schizophrenia and major affective disorders. J. Stud. Alcohol 60, 278 – 284

282. Mullen & Taylor, Pathologies of passion and related antisocial behaviours, in Forensic Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical Issues, 2nd Edition, Edited by Gunn J, Taylor PJ. Boca Raton, FL, CRC Press, 2014

283. Muller-Isberner R, Freese R, Jockel D, Gonzalez Cabeza S. Forensic psychiatric assessment and treatment in Germany. Legal framework, recent developments, and current practice. Int J Law Psychiatry 2000;23:467 –80

284. Munkner R, Haastrup S, Joergensen T, Kramp P. The temporal relationship between schizophrenia and crime. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2003 Jul;38(7):347-53.

285. Nakagami, E., Xie, B., Hoe, M., & Brekke, J. S. (2008). Intrinsic motivation, neurocognition and psychosocial functioning in schizophrenia: Testing mediator and moderator effects. Schizophrenia Research, 105(1_3), 95_104.

286. National Institute of Clinical Excellence (NICE). Guidelines - Personality Disorders: Borderline and Antisocial 2016. NICE, 2016 (www.nice.org.uk/guidance/qs88).

287. Naudts K, Hodgins S., Schizophrenia and violence: a search for neurobiological correlates, Curr Opin Psychiatry. 2006 Sep;19(5):533-8

288. Newhill, C.E. (1991). Parricide. Journal of Family Violence, 6, 375–394.

289. Nicholls TL, Brink J, Greaves C, Lussier P, Verdun-Jones S, .Forensic psychiatric inpatients and aggression: an exploration of incidence, prevalence, severity, and interventions by gender.Int J Law Psychiatry. 2009 Jan-Feb;32(1):23-30. Epub 2008 Dec 11.

290. Nicholson RA, Norwood S, Enyart C: Characteristics and outcomes of insanity acquittees in Oklahoma. Behavioral Sciences and the Law 9:487–500, 1991

291. Nielssen O, Glozier N, Babidge N, et al. Suicide attempts by jumping and psychotic illness. Aust N Z J Psychiatry. 2010;44(6):568-573. doi:10.3109/00048671003606086

292. Nielssen O., Large M., Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: a systematic review and meta-analysis, Schizophrenia Bull.2010, Vol.36, No 4, 702-710,http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18990713

293. Nielssen O.B.,Large M.M. Mental Health Laws Influence the Duration of Untreated PsychosisPsychiatric Services 2015; 66:1254; doi: 10.1176/appi.ps.661103

294. Nielssen OB, Large MM, Westmore BD, et al. Child homicide in New South Wales from 1991 to 2005. Med J Aust. 2009;190(1):7–11. PubMed

295. Nielssen OB, Large MM. Potentially lethal suicide attempts using sharp objects during psychotic illness. Crisis. 2011;32(1):37–42.

296. Nielssen OB, Large MM. Untreated psychotic illness in the survivors of violent suicide attempts. Early Interv Psychiatry. 2009;3(2):116-122. doi:10.1111/j.1751-7893.2009.00117.x

297. Nielssen OB, Malhi GS, McGorry PD, Large MM. Overview of violence to self and others during the first episode of psychosis. J Clin Psychiatry. 2012;73(5):e580-e587. doi:10.4088/JCP.11r07036

298. Nielssen OB, Westmore BD, Large MM, et al: Homicide during psychotic illness in New South Wales between 1993 and 2002. Medical Journal of Australia 186:301–304, 2007

299. Nielssen OB., Bourget D., Laajasalo T., Liem M., Labelle A., Hakkanen- Nyholm H., Koenraadt F., Large MM. (2011a) Homicide of strangers by people with a psychotic illness, Schiz Bulletin 37: 572-579

300. Nielssen OB., Yee NL., Millard MM, Large MM. (2011 b) Comparison of first-episode and previously treated persons with psychosis found NGMI for a violent offense, Psychiatric Services 62:759-764

301. Nielssen, O., Large, M., 2010. Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: a systematic review and meta-analysis. Schizophr. Bull. 36 (4), 702–712

302. Nolan KA, Czobor P, Roy BB, Platt MM, Shope CB, Citrome LL, Volavka J (2003) Characteristics of assaultive behavior among psychiatric inpatients. Psychiatr Serv 54:1012–1016. doi:10.1176/appi.ps.54.7.1012

303. Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. PLoS Medicine, 9, e1001349. doi:10.1371/journal. pmed.1001349

304. Nurse J1, Woodcock P, Ormsby J. Influence of environmental factors on mental health within prisons: focus group study, BMJ. 2003 Aug 30;327(7413):480

305. O'Connell, B. (1963). Matricide. The Lancet, 1, 1083-1084

306. O'Brien, M., Mortimer, L., Singleton, N., & Meltzer, H. (2003). Psychiatric morbidity among women prisoners in England and Wales. International Review of Psychiatry, 15, 153−157

307. Ogloff J., Daffern M. Monash University and Forensicare; Melbourne, Victoria, Australia: 2002. Dynamic appraisal of situational aggression: Inpatient version

308. Pappa, E., Kontodimopoulos, N., & Niakas, D. (2005). «Validating and norming of the greek SF-36 health survey». Quality of Life Research 14 (5): 1433-1438.

309. Pasewark RA, Pantle ML, Steadman HJ. Characteristics and disposition of persons found not guilty by reason of insanity in New York State, 1971–1976. Am J Psychiatry. 1979; 136(5):655–660. PubMed

310. Penn D.L., Guynan K., Daily T. (1994). Dispelling the stigma of schizophrenia: what sort of information is best? Schizophr Bulletin 20(3),567-78.

311. Penrose LS. Mental disease and crime: outline of a comparative study of European statistics. Br J Med Psychol 1939;18:1–15

312. Penttilä M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, et al: Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. British Journal of Psychiatry 205:88–94, 2014

313. Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. Am J Psychiatry 2005; 162(10): 1785–804

314. Pers J, Buss AH, Perry M,,The aggression questionnaire., SocPsychol. 1992 Sep;63(3):452-9.

315. Peterson JK, Skeem J, Kennealy P, Bray B, Zvonkovic A, How often and how consistently do symptoms directly precede criminal behavior among offenders with mental illness? Law Hum Behav. 2014 Oct;38(5):439-49. doi: 10.1037/lhb0000075. Epub 2014 Apr 14

316. Pinikahana J, Happell B, Keks NA. Suicide and schizophrenia: a review of literature for the decade (1990-1999) and implications for mental health nursing. Issues Ment Health Nurs. 2003;24(1):27-43. doi:10.1080/01612840305305

317. Pliszka SR, Sherman JO, Barrow MV, Irick S. Affective disorder in juvenile offenders: A preliminary study. Am J Psychiatry 2000, 157:130–132

318. Prehn, K.; Heekeren, HR. Moral judgment and the brain: A functional approach to the question of emotion and cognition in moral judgment integrating psychology, neuroscience and evolutionary biology. In: Verplaetse, J.; Schrijver, J.; Vanneste, S.; Braeckman, J., editors. The moral brain. Essays on the evolutionary and neuroscientific aspects of morality. Netherlands: Springer; 2009. p. 129-154.

319. Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind?. Behavioral and brain sciences, 1(4), 515-526.

320. Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, Hansson L, Kilian R, Torres-Gonzales F, Turner T, Wiersma D, Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries, BMJ. 2005 Jan 15;330(7483):123-6. Epub 2004 Nov 26

321. Prins H, Dangerous behavior, the law and the mental disorder, London , N.Y. Tavistock Publications 1986

322. Pruessner M, Cullen AE, Aas M, Walker EF. The neural diathesis-stress model of schizophrenia revisited: an update on recent findings considering illness stage and neurobiological and methodological complexities. Neurosci Biobehav Rev. 2017;73:191–218.

323. Pujol J, Batalla I, Contreras-Rodrıguez O, Harrison BJ, Pera V, Hernandez-Ribas R, Real E, Bosa L, Soriano-Mas C, Deus J, Lopez-Sola` M, Pifarre´ J, M. Menchon J, Cardoner N, Breakdown in the brain network subserving moral judgment in criminal psychopathy, SCAN (2012) 7,917-923

324. Putkonen H, Weizmann-Henelius G, Collander J, Santtila P, Eronen M. Neonaticides may be more preventable and heterogeneous than previously thought - neonaticides in Finland 1980-2000. Arch Womens Ment Health. 2007;10(1):15-23. doi:10.1007/s00737-006-0161-9

325. Puzzanzera C, Juvenile Arrests 2011, U.S. Department of Justice Office of Justice Programs Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, National Report Series, Cataloged on: Apr 15, 2014

326. Quinsey V., Harris G., Rice M. American Psychological Association; Washington, DC: 2006. Violent offenders: appraising and managing risk

327. Radford L, Corral S, Bradley C, Fisher HL. The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimization in the UK: findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. Child Abuse Negl. 2013;37(10):801-813. doi:10.1016/j.chiabu.2013.02.004

328. Ramesh T, Igoumenou A, Vazquez Montes M, Fazel S. Use of risk assessment instruments to predict violence in forensic psychiatric hospitals: a systematic review and meta-analysis. Eur Psychiatry. 2018;52:47-53. doi:10.1016/j.eurpsy.2018.02.007

329. Randall JR, Chateau D, Smith M, Taylor C, Boltona,J Katz L, Burland E, Katz A, Nickel NC, Enns J, Brownell M, The PATHS Equity Team, An early intervention for psychosis and its effect on criminal accusations and suicidal behaviour using a matched-cohort design, Schizophrenia Research 176 (2016) 307–311

330. Raphael S, Stoll MA. Assessing the contribution of the deinstitutionalization of the mentally ill to growth in the US incarceration rate. J Legal Stud. 2013;42 (1):187---222. doi: 10.1086/667773.

331. Rapp LA, Wodarski JS. The comorbidity of conduct disorder and depression in adolescents: A comprehensive interpersonal treatment technology. Family Therapy. 1997;24:81–100

332. Raymond S, Léger AS, Lachaux B, A descriptive and follow-up study of 40 parricidal patients hospitalized in a French secure unit over a 15-year period, International Journal of Law and Psychiatry 41 (2015) 43–49

333. Read, J., Perry, B. D., Moskowitz, A., & Connolly, J. (2001). The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: A traumagenic neurodevelopmental model. Psychiatry, 64, 319–345.

334. Resnick PJ. Child murder by parents, in Family murder: Pathologies of love and Hate, Edited by Friedman S, APA Publishing, 2019

335. Richmond RL, Butler TG, Indig D, Wilhelm KA, Archer VA, Wodak AD, The challenges of reducing tobacco use among prisoners. Drug Alcohol Rev. 2012 Jul;31(5):625-30. doi: 10.1111/j.1465-3362.2012.00435.x. Epub 2012 Mar 26

336. Robertson, G. (1988). Arrest patterns among mentally disordered offenders. British Journal of Psychiatry, 153, 313–316

337. Robins, L., 1966. Deviant Children Grown Up. Williams and Wilkins, Baltimore, USA.

338. Robins, L.N., 1993. Childhood conduct problems, adult psychopathology, and crime. In: Hodgins, S. (Ed.), Mental Disorder and Crime. Sage Publications, Inc., Newbury Park, Canada, pp. 173 – 193.

339. Robins, L.N., McEvoy, L., 1990. Conduct problems as predictors of substance abuse. In: Robins, L.N., Rutter, M. (Eds.), Straight and Deviant Pathways from Childhood to Adulthood. Cambridge University Press, Cambridge, England, pp. 182 – 204.

340. Robins, L.N., Price, R.K., 1991. Adult disorders predicted by childhood conduct problems: results from the NIMH epidemiologic catchment area project. Psychiatry 54, 116 – 132.

341. Robinson K, Jenson J, Yaffe J. Depression and conduct disorder among hospitalized adolescents. Child and Adolescent Social Work Journal. 1992;9:329–339

342. Rosenfield, S. (2000). Gender and dimensions of the self: Implications for internalizingand externalizing behavior. In E. Frank (Ed.), Gender and its effects on psychopathology (pp. 23−36). Washington DC: American Psychiatric Press Incorporated.

343. Rutherford, M., & Duggan, S. (2007). Forensic mental health services. Facts and figures on current provision. London: The Sainsbury Centre for Mental Health

344. Sariaslan A, Lichtenstein P, Larsson H, Fazel S., Triggers for Violent Criminality in Patients With Psychotic Disorders, JAMA Psychiatry. 2016 Aug 1;73(8):796-803. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.1349.

345. Schanda H, Knecht G., Schreinzer D., Stompe Th., Ortwein-Swoboda G., Waldhoer Th., Homicide and major mental disorders: a 25-year study, Acta Psychiatr Scand. 2004 Aug;110(2):98-107

346. Schug RA, Raine A, Wilcox RR (2007) Psychophysiological and behavioural characteristics of individuals' comorbid for antisocial personality disorder and schizophrenia-spectrum personality disorder. Br J Psychiatry 191:408–414. doi: 10.1192/bjp.bp.106.034801

347. Schug, R. A. (2011). Schizophrenia and matricide: An integrative review. Journal of Contemporary Criminal Justice, 27, 204-229

348. Schwartz JE, Fennig S, Tanenberg-Karant M, et al. Congruence of diagnoses 2 years after a first-admission diagnosis of psychosis. Arch Gen Psychiatry 2000; 57:593 –600

349. Sethi, D., Bellis, M., Hughs, K., Gilbert, R., Mitis, F., & Galea, G. (2013). European report on preventing child altreatment. Copenhagen, Denmark: World Health Organisation.

350. Shamay-Tsoory, S. G., Shur, S., Barcai-Goodman, L., Medlovich, S., Harari, H., & Levkovitz, Y. (2007). Dissociation of cognitive from affective components of theory of mind in schizophrenia. Psychiatry Research, 149(1_3), 11_23.

351. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10., J Clin Psychiatry. 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57. Review

352. Shelton, J.L., Corey, T., Donaldson, W.H. et al. Neonaticide: A Comprehensive Review of Investigative and Pathologic Aspects of 55 Cases. J Fam Viol 26, 263–276 (2011). https://doi.org/10.1007/s10896-011-9362-8

353. Siegel JA, Williams LM. (2003). The relationship between child sexual abuse and female delinquency and crime: A prospective study. J Res Crime Delinq. 40, 71–94.

354. Simpson AI1, McKenna B, Moskowitz A, Skipworth J, Barry-Walsh J. Homicide and mental illness in New Zealand, 1970-2000. Br J Psychiatry. 2004 Nov;185:394-8.

355. Singhal, S., & Dutta, A. (1992). Who commits matricide? Medicine, Science and the Law, 32, 213-217

356. Singleton, N., Meltzer, H., Gatward, R., Coid, J., & Deasy, D. (1998). Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales. London: The Stationary Office

357. Sipos A, Harrison G, Gunnell D, Amin S, Singh SP (2001)Patterns and predictors of hospitalisation in first-episode psychosis. Prospect Cohort Study. Br J Psychiatry 178:518–523

358. Skapinakis, P., Bellos, S., Koupidis, S., Grammatikopoulos, I., Theodorakis, P. N., & Mavreas, V. (2013). Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. BMC Psychiatry, 13. http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-13-163

359. Skipworth J, Brinded P, Chaplow D, et al: Insanity acquittee outcomes in New Zealand. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 40:1003–1009, 2006

360. Song H, Min SK. Aggressive behavior model in schizophrenic patients. Psychiatry Res. 2009 May 15;167(1-2):58-65. Epub 2009 Apr 8.

361. Srihari VH, Tek C, Kucukgoncu S, et al: First-episode services for psychotic disorders in the US public sector: a pragmatic randomized controlled trial. Psychiatric Services 66:705–712, 2015

362. Steadman HJ, Monahan J, Pinals AD, Vesselinov R, Robbins PC, Gun Violence and Victimization of Strangers by Persons With a Mental Illness: Data From the MacArthur Violence Risk Assessment Study, Psychiatric Services, Volume 66, Issue 11, November 01, 2015, pp. 1238-1241

363. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, Roth LH, Silver E. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. Arch Gen Psychiatry. 1998 May;55(5):393-401

364. Steffensmeier, D., & Allan, E. (1996). Gender and crime: toward a theory of female offending. Annual Review of Sociology, 22, 459−487

365. Steinert T, Wiebe C, Gebhardt RP. Aggressive behavior against self and others among first-admission patients with schizophrenia. Psychiatr Serv. 1999 Jan;50(1):85-90.

366. Sturup J., Lindqvist P. (2014) Homicide offenders 32 years later- A Swedish population based study on recidivism. Criminal Behavior and Mental Health 24

367. Subotnik KL, Nuechterlein KH, Ventura J, Gitlin MJ, Marder S, Mintz J, Hellemann GS, Thornton LA, Singh IR: Risperidone nonadherence and return of positive symptoms in the early course of schizophrenia. Am J Psychiatry 2011; 168:286–292

368. Sunak, S. 2006 Deficient effective experience and violence in schizophrenia. MSc thesis, Department of Forensic Mental Health Science, Institute of Psychiatry, King's College London.

369. Swanson J, Estroff S, Swartz M, Borum R, Lachicotte W, Zim- mer C, Wagner R: Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: the effects of psychotic symptoms, comorbidity, and lack of treatment. Psychiatry 1997; 60:1–22

370. Swanson JW, Swartz MS, Borum R, et al. Involuntary out- patient com-mitment and reduction of violent behaviour in persons with severe mental illness. Br J Psychiatry. 2000; 176:324-331

371. Swanson JW, Borum R, Swartz MS, Monahan J: Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behavior in the community. Crim Behav Ment Health 1996; 6:309–329 15.

372. Swanson JW, Holzer CE 3rd, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. , Hosp Community Psychiatry. 1990 Jul;41(7):761-70. Erratum in: Hosp Community Psychiatry 1991 Sep;42(9):954-5

373. Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB: Effectiveness of atypical antipsychotic medications in reducing violent behavior among persons with schizophrenia in community-based treatment Schizophr Bull 2004; 30:3–20

374. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA, Stroup TS, McEvoy JP, Lieberman JA. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. Arch Gen Psychiatry. 2006 May;63(5):490-9

375. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Volavka J, Monahan J, Stroup TS, McEvoy JP, Wagner HR, Elbogen EB, Lieberman JA; CATIE investigators: Comparison of antipsychotic medication effects on reducing violence in people with schizophrenia. Br J Psychiatry 2008; 193:37–43

376. Swanson JW, van Dorn RA, Swartz MS, et al. Alternative pathways to violence in persons with schizophrenia: the role of childhood antisocial behavior problems. Law Hum Behav. 2008;32(3):228–240

377. Swartz, M. S., Swanson, J.W.,Hiday, V.A., et al (1998a) Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication . American Journal of Psychiatry ,155,226^2311.

378. Swartz,M. S. ,Swanson, J.W., Hiday, V.A., et al (1998b) Taking the wrong drugs: the role of substance abuse and medication on compliance in violence among severely mentally ill individuals. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology ,33,,S75^S80.

379. Swinson N., Flynn S.M., While D., Roscoe A., Kapur N., Appleby L., Shaw J.(2011) Trends in rates of mental illness in homicide perpetrators, The British Journal of Psychiatry (2011) 198, 485–489. doi: 10.1192/bjp.bp.110.085357

380. Szasz Th., Psychiatric Diversion in the Criminal Justice System, Beran- Toomey, Mentally ill offenders and the Criminal Justice System (1979), σελ.69

381. Talmi D, Frith C. Neurobiology: feeling right about doing right. Nature. 2007; 446(7138):865–866. [PubMed: 17443173]

382. Taylor PJ, Bragado-Jimenez MD. Women, psychosis and violence. Int J Law Psychiatry. 2009;32(1):56-64. doi:10.1016/j.ijlp.2008.11.001

383. Tengstrom, A., Hodgins, S., Grann, M., La˚ngstro¨m, N., Kullgren, G., 2004. Schizophrenia and criminal offending: the role of psychopathy and substance misuse. Crim. Justice Behav. 31 (4), 1 – 25.

384. Tengström A, Hodgins S, Kullgren G (2001) Men with schizophrenia who behave violently: the usefulness of an early- versus late-start offender typology. Schizophr Bull 27:205–218

385. Teplin LA, The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees: Comparison with the epidemiologic catchment area program. Am J Public Health 1990, 80:663–669

386. THE MACARTHUR VIOLENCE RISK ASSESSMENT STUDY http://www.macarthur.virginia.edu/read_me_file.html

387. Tiihonen J, Isohanni M., Rasanen P., Koiranen M., Moring J.,Specific major mentaldisorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 Northern Finland birth cohort, Am. J. Psychiatry 1997, 154, 840-845, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9167513

388. Trauffer T, Widom MA and CS , Child Abuse and Neglect, and Psychiatric Disorders in Nonviolent and Violent Female Offenders VIOLENCE AND GENDER Volume 4, Number 4, 2017, DOI: 10.1089/vio.2017.0019

389. Tuovinen, M. (1973). Offender patients. Duodecim, 89, 950–954 (Author's translation).

390. Ullrich S, Keers R, Coid JW. Delusions, anger, and serious violence: new findings from the MacArthur Violence Risk, Assessment Study. Schizophr Bull. 2014;40:1174–1181

391. Van Dorn R, Volavka J, Johnson N: Mental disorder and violence: is there a relationship beyond substance use? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2012; 47:487–503

392. Varese F, Smeets F, Drukker M, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient control, prospective- and cross-sectional cohort studies. Schizophr Bull. 2012;38:661–671.

393. Vartiainen, H., & Hakola, H. P. A. (1992). How changes is mental health law adversely affect offenders discharged from a security hospital. Journal of Forensic Psychiatry, 3, 564–570.

394. Verdejo-García A, Lawrence AJ, Clark L. Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. Neurosci Biobehav Rev. 2008;32(4):777-810. doi:10.1016/j.neubiorev.2007.11.003

395. Verma S., Poon L.Y., Subramaniam M., Chong S-A (2005) Aggression in Asian patients with psychosis International Journal of Social Psychiatry. Copyright & 2005 Sage Publications (London, Thousand Oaks and New Delhi) www.sagepublications.com Vol 51(4): 365–371. DOI: 10.1177/0020764005060852

396. Vevera J, Hubbard A, Vesely A , Papezova H., Violent behaviour in schizophrenia Violent behaviour in schizophrenia Retrospective study of four independent Retrospective study of four independent samples from Prague, 1949 to 2000, BJPsych (2 0 0 5), 1 8 7, 4 2 6 -4 3 0

397. Volavka J, Citrome L Heterogeneity of violence in schizophrenia and implications for long-term treatment..Int J Clin Pract. 2008 Aug;62(8):1237-45. Epub 2008 Jun 28. Review.

398. Volavka J, Van Dorn RA, Citrome L, et al. Hostility in schizophrenia: an integrated analysis of the combined Clinical Antipsychotic trials of Intervention Effectiveness (CATIE) and the European First Episode Schizophrenia Trial (EUFEST) studies. Eur Psychiatry. 2016; 31:13-19

399. Wade D, Harrigan S, Harris MG, Edwards J, McGorry PD (2006) Pattern and correlates of inpatient admission during the initial acute phase of first-episode psychosis. Aust N Z J Psych 40:429–436

400. Walker EF, Savoie T, Davis D. Neuromotor precursors of schizophrenia. Schizophr Bull. 1994; 20:441–451

401. Wallace A, Homicide: The social Reality. Sydney, Australia, NSW Bureau of Crime Statistics and Research, Attorney General's Department, August 1986

402. Wallace C, Mullen PE, 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(4):716–27.

403. Walsh, E. & Fahy, T. 2002 Voilence in society. Br. Med. J. 325, 507–508. (doi:10.1136/bmj.325.7363.507)

404. Wang H, Naghavi M, Allen C, Barber RM, Bhutta Z, Carter A, et al. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. Lancet 2015; 388: 1459–544.

405. Ward, A., Ishak, K., Proskorovsky, I., et al., 2006. Compliance with refilling prescriptions for atypical antipsychotic agents and its association with the risks for hospitalization, suicide, and death in patients with schizophrenia in Quebec and Saskatchewan: a retrospective database study. Clin. Ther. 28, 1912–1921

406. Ware JE Jr, Sherbourne CD, The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. .Med Care. 1992 Jun;30(6):473-83.

407. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. The Health Institute; Boston, MA.: 1993.

408. Webster C., Douglas K., Eaves D. Simon Fraser University. Mental Health, Law, and Policy Institute; Burnaby, British Columbia, Canada: 1997. HCR-20: Assessing Risk for Violence (Version 2)

409. Webster C.D., Martin M., Brink J. St Joseph's Healthcare; Hamilton: 2004. START: The Short-term assessment of risk and treatability.

410. Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD., HCR-20 Assessing risk for Violence Mental Health, Law, Policy Institute, Simon Fraser University 1997, 1:24.

411. Weisman, A.M., & Sharma, K.K. (1997). Forensic analysis and psycholegal implications of parricide and attempted parricide. Journal of Forensic Sciences, 42, 1107–1113.

412. Welham J, Isohanni M, Jones P, McGrath J. The antecedents of schizophrenia: a review of birth cohort studies. Schizophr Bull. 2009;35:603–623

413. Whitbeck LB, Hoyt DR, Bao WN Depressive symptoms and co-occurring depressive symptoms, substance abuse, and conduct problems among runaway and homeless adolescents. Child Dev. 2000 May-Jun; 71(3):721-32

414. White P, Whiteford H. Prisons: mental health institutions of the 21st century? Med J Aust. 2006 Sep 18;185(6):302-3

415. Whiteman PJ, Hoffman RS, Goldfrank LR. (2000). Alcoholism in the emergency department: An epidemiologic study. Acad. Emerg Med. 2000, Jan; 7(1): 14-20.

416. Wick, R., Mitchell, E., Gilbert, J. D., & Byard, R. W. (2008). Matricides in South Australia. Journal of Forensic and Legal Medicine, 15, 168-171

417. Widom CS. (1989a). Child abuse, neglect, and adult behavior: Research design and findings on criminality, violence, and child abuse. Am J Orthopsychiatry. 59, 355.

418. Widom, C. P., & Ames, M. A. (1994). Criminal consequences of childhood sexual victimization. Child Abuse & Neglect, 18, 303−318.

419. William EC, Kinlaham DR, Saitz R, Merrill JO, Achtmeyer CE, MeCormick KA, Bradley KA. (2006). Readiness to change in primary care patients who screened positive for alcohol misuse. Ann Fam Med. May-Jun; 2006, 4(3): 213-220.

420. Wilpert J, van Horn J and Eisenberg M., Arsonists and Violent Offenders Compared: Two Peas in a Pod?, International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology 2017, Vol. 61(12) 1354–1368

421. Winsper C, Singh SP, Marwaha S, et al. Pathways to violent behavior during first-episode psychosis: a report from the UK National EDEN Study. JAMA Psychiatry. 2013;70(12):1287–1293

422. Winsper, C., Ganapathy, R., Marwaha, S., Large, M., Birchwood, M., Singh, S.P., 2013. A systematic review andmeta-regression analysis of aggression during the first episode of psychosis. Acta Psychiatr. Scand. 128 (6), 413–421

423. Wischniewski J & Bruene M, Moral reasoning in schizophrenia: An explorative study into economic decision making, Cognitive Neuropsychiatry 2011

424. Witt K, van Dorn R, Fazel S. Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta- regression analysis of 110 studies. PLoS ONE. 2013; 8:e55942

425. Wolf, A., Fanshawe, T., Sariaslan, A., Cornish, R., Larsson, H., & Fazel, S. (2018). Prediction of violent crime on discharge from secure psychiatric hospitals: A clinical prediction rule (FoVOx). European Psychiatry, 47, 88-93. doi:10.1016/j.eurpsy.2017.07.011

426. Wong S., Gordon A. 2000. Violence Risk Scale (VRS). Saskatoon, Saskatchewan.

427. Wood, W., & Eagly, A. H. (2003). A cross-cultural analysis of behavior of women and men: Implications for the origins of sex differences. Psychological Bulletin, 28,699−727.

428. World Health Organization (WHO). Global Status Report on Violence Prevention 2014. WHO,2014,(http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/)

429. World Health Organization, 2014, Preventing suicide: a global imperative. Geneva

430. Yee NY, Large MM, Kemp RI, Nielssen OB, Severe non-lethal violence during psychotic illness, Aust N Z J Psychiatry. 2011 Jun;45(6):466-72 , http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21563864

431. Zonana HV, Bartel RL, Wells JA, et al: Part II: sex differences in persons found not guilty by reason of insanity: analysis of data from the Connecticut NGRI Registry. Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law 18:129–142, 1990

432. Zonana HV, Wells JA, Getz MA, et al: Part I: the NGRI Registry: initial analyses of data collected on Connecticut insanity acquittees. Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law 18:115–128, 1990

433. ΑθανασάκηΤσουρούλαΑ., ΜουσσάςΓ., ΣταυρακάκηΕ., ΛύκουραςΕ. (1989). Παρουσίαση δύο ερωτηματολογίων για επισήμανση προβλημάτων αλκοολισμού Κατάχρηση- Εξάρτηση. Εγκέφαλος, 26 (2), 071-74

434. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ στο σχέδιο νόμου «Μέτρα θεραπείας ατόμων που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής και άλλες διατάξεις», https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/2f026f42-950c-4efc-b950-340c4fb76a24/m-adiat-eis-olo.pdf

435. Αλεξιάδης Σ., «Η επικινδυνότητα του εγκληματία ένα στοιχείο πλαστό», σε Μνήμη Ν. Χωραφά, Η. Γάφου, Κ. Γαρδίκα, τόμος Β΄, Αθήνα 1986, Α.Ν. Σάκκουλας,

436. Απάνθισμα των Εγκληματικών της Β' Εθνικής Συνελεύσεως των Ελλήνων, § ν του Γ' Κεφαλαίου «Περί φόνου και πληγών ακουσίων», του Δεύτερου Τμήματος «Περί αμαρτημάτων εναντίον της προσωπικής ασφαλείας» κατά τον υπ. αριθμ. ΛΓ' του κώδικος των Νόμων, Εν Αιγίνη, 1829, σελ. 16

437. Αποστολόπουλος Α, Μιχόπουλος Ι, Ρίζος Ε., Μάνθου Β, Τζεφεράκος Γ, Καλέμη Γ, Παπαγεωργίου Χ, Δουζένης Α, Κρατούμενοι Ελληνικών φυλακών: Συσχέτιση δημογραφικών και ψυχοκοινωνικών δεδομένων με τα διαπραχθέντα εγκλήματα, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ 29 (2), 2018

438. Αρβανίτη Α., Στάσεις έναντι ψυχικά ασθενών σε ομάδες γενικού πληθυσμού, Διδακτορική διατριβή, ΔΠΘ Τμήμα Ιατρικής, 2007-2008

439. Βοσνιάδου, Σ. (2012). Ψυχολογία. Αθήνα: Gutenberg

440. Γρίβας Κ., Δίκαιο και Ψυχιατρική, Τετράδια Ψυχιατρικής τεύχος 10, 1985, σελ. 395-414

441. Διαούρτα-Τσιτουρίδου Μ, Εγκλήματα κατά της ζωής, στο Ψυχιατροδικαστική, Δουζένης Α.-Λύκουρας Λ., Εκδόσεις Πασχαλίδης, 2008

442. Δουζένης Α, Διδακτορική διατριβή, Ψυχικές διαταραχές και εγκληματικότητα, Περιγραφή ενός ελληνικού ψυχιατροδικαστικού πληθυσμού, Αθήνα 1995

443. Δουζένης Α., Επικινδυνότητα στο Ψυχιατροδικαστική, Δουζένης Α.-Λύκουρας Λ., Εκδ. Πασχαλίδης Αθήνα 2008

444. Δουζένης Α., Η σημασία των «ακαταλόγιστων» για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, Περιοδικό Ψυχιατρική, Τόμος 27 Τεύχος 3, Ιούλιος - Σεπτέμβριος 2016, 165

445. Δουζένης Α., Λύκουρας Α., Η επικινδυνότητα της σχιζοφρένειας. Ψυχιατρική 2011, 22:105–106

446. Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου

447. Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Ο κίνδυνος στο ποινικό δίκαιο, σε τιμητικό τόμο για τον Δ. Σπινέλλη, Οι ποινικές επιστήμες τον 21ο αιώνα, εκδ. Σάκκουλα 2001

448. Κοσμάτος Κ., Ψυχική ασθένεια και ποινικό δίκαιο: μέτρα ασφαλείας ή μέτρα θεραπείας; https://mahitotekmirio.wordpress.com/2008/10/25/02-18/

449. Λειβαδίτης Μ., Ψυχιατρική και Καταλογισμός στο Ψυχιατροδικαστική, Δουζένης Α.-Λύκουρας Λ., Εκδ. Πασχαλίδης Αθήνα 2008

450. Μάνεσης Α., Συνταγματικά δικαιώματα Α' - 4η έκδοση, Ατομικές ελευθερίες, Εκδ. Σάκκουλα, 1982, σελ.112

451. Μαρτινάκη Σ, Ασημόπουλος, Χ, Παπαϊωάννου Α, Αντωνακάκη Π, Μαγειροπούλου Ε, Αποτύπωση της σύγχρονης ελληνικής πραγματικότητας ακαταλόγιστων ψυχικά ασθενών, άρθρο 69 του Ποινικού Κώδικα, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2018, 35(5):671-679

452. Μιχαλοπούλου Π, Λύκουρας Λ., Νευροβιολογία της επιθετικής συμπεριφοράς στο Ψυχιατροδικαστική, Δουζένης Α.-Λύκουρας Λ., Εκδ. Πασχαλίδης Αθήνα 2008, σελ. 42-51

453. Μουρίκης Η, Δουζένης Α, Σχιζοφρένεια και έγκλημα/ παραβατικότητα, στο Ψυχιατροδικαστική, Α. Δουζένης- Λ. Λύκουρας, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης 2008: 120-129

454. Μυλωνόπουλος Χρ., Διαθετικές έννοιες και Ποινικό δίκαιο, στο Υπεράσπιση 1993

455. Νικολόπουλος Γ., «Επικρίσεις και αντιστάσεις γύρω από την έννοια της επικινδυνότητας: Από το θετικιστικό παράδειγμα στις θεωρίες διακινδύνευσης», στο Μαγγανά Α. (επιμ.), Δικαιώματα του Ανθρώπου-Έγκλημα-Αντεγκληματική Πολιτική. Τιμητικός τόμος για την Αλίκη Γιωτοπούλου-Μαραγκοπούλου, τ. Α΄, Νομική Βιβλιοθήκη-Bruylant, Αθήνα-Βρυξέλλες, 2003

456. Οδηγός για τους επαγγελματίες των ΜΜΕ, Ψυχική ασθένεια και ΜΜΕ, ΓΓ Επικοινωνίας, ΓΓ Ενημέρωσης, Αθήνα 2007

457. Οικονόμου,Ε. Λουκή, Μ. Χαρίτση, Τ. Αλεξίου, Α. Πατελάκης, Α. Χριστακάκη, Γ.Ν. Παπαδημητρίου, Αναπαραστάσεις της ψυχικής ασθένειας στον Ελληνικό Τύπο: 2001 vs 2011 Μ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ 26 (2), 2015

458. Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία. «Ας ανοίξουμε τις πόρτες-πληροφορίες για επαγγελματίες υγείας»-Μειώνοντας το στίγμα. http//www.open the doors.com/greek/02_05.html

459. Παπαγεωργίου Χ, Προλεγόμενα στο Ηθική και Δεοντολογία στην Ψυχική Υγεία, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις 2014 : xi-xiv

460. Παρασκευόπουλος Ν, Τα μέτρα ασφαλείας. Η διαμόρφωση του δυαδικού συστήματος, Οι διαφορές από την ποινή στο Ποινολογία, Μαργαρίτη Λ., Παρασκευόπουλου Ν., γ έκδοση, Εκδ. Σάκκουλα Θεσσαλονίκη 1991

461. Παρασκευόπουλος Ν., Ο εγκλεισμός σε ψυχιατρείο ως προληπτικό μέτρο και ως μέτρο ασφαλείας του ελληνικού Ποινικού Κώδικα, Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 60, 1997, σελ. 28

462. ΠΚ Άρθρο 69 Φύλαξη ακαταλόγιστων εγκληματιών «Αν κάποιος, λόγω νοσηρής διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών του (άρθρο 34) ή κωφαλαλίας (άρθρο 33 παρ. 1), απαλλάχθηκε από την ποινή ή τη δίωξη για κακούργημα ή πλημμέλημα, για το οποίο ο νόμος απειλεί ποινή ανώτερη από έξι μήνες, το δικαστήριο διατάσσει τη φύλαξή του σε δημόσιο θεραπευτικό κατάστημα εφόσον κρίνει ότι είναι επικίνδυνος για τη δημόσια ασφάλεια.»

463. ΠΚ Άρθρο 70 Διάρκεια της φύλαξης «1. Για να εκτελεσθεί η διάταξη της απόφασης που αφορά τη φύλαξη φροντίζει η εισαγγελική αρχή. 2. Η φύλαξη συνεχίζεται όσο χρόνο το επιβάλλει η δημόσια ασφάλεια. 3. Κάθε τρία έτη το δικαστήριο των πλημμελειοδικών στην περιφέρεια του οποίου εκτελείται η φύλαξη αποφασίζει αν αυτή πρέπει να εξακολουθήσει. Το ίδιο δικαστήριο μπορεί όμως οποτεδήποτε με αίτηση του εισαγγελέα ή της διεύθυνσης του καταστήματος να διατάξει την απόλυση εκείνου που φυλάσσεται.»

464. ΠΚ Άρθρο 34 ΠΚ Διατάραξη των πνευματικών λειτουργιών ή της συνείδησης: «Η πράξη δεν καταλογίζεται στο δράστη αν, όταν τη διέπραξε, λόγω νοσηρής διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών ή διατάραξης της συνείδησης, δεν είχε την ικανότητα να αντιληφθεί το άδικο της πράξης του ή να ενεργήσει σύμφωνα με την αντίληψή του για το άδικο αυτό.»

465. Σκαραγκάς Δ., Εγκληματίας Ψυχασθενής, Ένας επικίνδυνος μύθος, Ιανός θέσεις, Θεσσαλονίκη 2002, σελ. 135-136

466. ΣτεφανήςΝ.Κ., Μαυρέας Β., Νηματούδης Ι., Γουρζής Φ., Σαμακουρή Μ., ΒγόντζαςΔουζένης Α., Πρόταση για τη θεσμοθέτηση υπηρεσιών Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση (ΕΠΨ) στην Ελλάδα: Αν όχι τώρα, πότε; Ψυχιατρική 2018, 29:107–117

467. Στεφανίδου Χρυσούλα, ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ, Εικόνα της Εγκληματικότητας στα ΜΜΕ: Πειραματική έρευνα για την απεικόνιση του εγκλήματος στα ελληνικά δελτία ειδήσεων και τις επιδράσεις στο κοινό

468. Στριγγάρης Μ.Γ., Σχιζοφρένεια και εγκληματικότητα, Εγκέφαλος, τ.17, σελ. 1-127

469. Στριγγάρης, Υφηγητής ψυχιατρικής, «Η επικινδυνότητα των ψυχικών διαταραχών (στον ΠΚ και στην εφαρμογή του)», ΠοινΧρ ΛΓ' σελ 1

470. Στυλιανίδης Σ. , Κλινικές παρατηρήσεις σχετικά με την εφαρμογή της ψυχιατρικής νομοθεσίας και το ψυχωτικό υποκείμενο, Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 60, 1997

471. Σχέδιο για τις Αρχές ,Οδηγίες και εγγυήσεις για την προστασία προσώπων που κρατούνται εξαιτίας της ψυχικής τους διαταραχής (1986) ΟΗΕ, σελ. 24, παρ. 175-176

472. Τριανταφυλλίδου Σ.Σ., Παπαγεωργίου Ε.Γ., Δεοντολογία και διαχείριση ηθικών διλημμάτων στα επαγγέλματα υγείας. Το Βήμα του Ασκληπιού. 10(4): 465-479, 2011

473. Τσαλίκογλου, Φ., (2007), « Σχιζοφρένεια και φόνος. Αναζητώντας τον χαμένο παράδεισο», Εκδόσεις Α.Α. Λιβάνη, Αθήνα

474. Τσόπελας Χ., Διδακτορική διατριβή, Διερεύνηση της ψυχοπαθολογίας Ελληνίδων Κρατουμένων, Αθήνα 2013

Βιβλιογραφία στατιστικών ελέγχων

475. Πραμαγγιούλης Π. (2008). Οδηγός Ανάλυσης Δεδομένων με τη χρήση SPSS. Ανακτήθηκε από http://mde-lab.aegean.gr/files/docs/Odigos-SPSS-Pramaggioulis.pdf

476. Τσαγρής Μ. (2014). Στατιστική με τη χρήση του πακέτου IBM SPSS 22. Αθήνα και Nottingham. Ανακτήθηκε από https://mathbooksgr.files.wordpress.com/2014/03/spss-22.pdf

477. Χαλικιάς Μ., Μανωλέσσου Α. & Λάλου Π. (2015). Μεθοδολογία Έρευνας και Εισαγωγή στη Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων με το IBM SPSS STATISTICS. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Ανακτήθηκε από https://repository.kallipos.gr/handle/11419/5075

478. Field A., (2009). DISCOVERING STATISTICS USING SPSS. London: Sage Publications. Available at http://www.soc.univ.kiev.ua/sites/default/files/library/elopen/andy-field-discovering-statistics-using-spss-third-edition-20091.pdf

Ιστότοποι

479. https://mylinablog.blogspot.gr/2013/08/blog-post_5796.html

480. ΕΠΙΨΥ: https://www.epipsi.gr/images/Documents/imera-kata-bulling/HBSC2018_06_Bullying.pdf

Θ. Παράρτημα

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Σας έχει ζητηθεί να συμμετέχετε σε έρευνα που διεξάγεται στο πλαίσιο της διδακτορικής μου διατριβής της Ιατρικής Σχολής Του ΕΚΠΑ. Η έρευνα γίνεται υπό την επίβλεψη του Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής κου Δουζένη. Η ερευνητική πρόταση έχει εγκριθεί με απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Ειδικού Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης και του Επιστημονικού Συμβουλίου του Π.Γ.Ν. Αττικόν.

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να διερευνηθεί αν η έλλειψη θεραπείας στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο και η καθυστέρηση στη θεραπεία ψύχωσης σχετίζεται με βαριά αδικήματα. Επιπλέον, θα συμβάλλει στη διερεύνηση των ηθικών συναισθημάτων και κρίσεων των παραβατικών ασθενών με σχιζοφρένεια, όπως αυτά αποτυπώνονται μέσα από συγκεκριμένη δοκιμασία.

Επί του παρόντος οι ψυχιατρικές υπηρεσίες αποτυγχάνουν να εκτιμήσουν και να αντιμετωπίσουν την επικινδυνότητα ή να προσφέρουν ικανοποιητικές θεραπείες, ώστε να μειώσουν τα ποσοστά εγκληματικότητας στον ψυχιατρικό πληθυσμό, με αποτέλεσμα όλο και περισσότεροι ασθενείς να μεταφέρονται σε ψυχιατροδικαστικά θεραπευτικά καταστήματα για εγκλεισμό. Ωστόσο, ευρήματα από τη διεθνή βιβλιογραφία υποδεικνύουν πόσο σημαντική είναι η παρέμβαση στο πρώτο επεισόδιο με σημαντικά αποτελέσματα στη μείωση των διαπραχθέντων εγκλημάτων. Ανάλογες μελέτες δεν έχουν εκπονηθεί στην Ελλάδα και δεν υπάρχουν καταγεγραμμένα δεδομένα πριν ή μετά την όποια εφαρμογή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Ομοίως δεν έχει διερευνηθεί η ηθική συλλογιστική, κρίση και πράξη (moral reasoning, moral judgment, moral action) των ασθενών με σχιζοφρένεια και δη των παραβατικών ασθενών.

Η διατριβή αυτή θα μελετήσει το σύνολο των ασθενών που έχουν νοσηλευτεί στο Τμήμα Ακαταλόγιστων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης από την έναρξη της διατριβής (2015) μέχρι σήμερα. Η έρευνα θα περιλαμβάνει κλινική εκτίμηση και διάγνωση σύμφωνα με το DSM-V και χρήση ερωτηματολογίων.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα συνεπάγεται ότι συμφωνείτε με την μελλοντική δημοσίευση των αποτελεσμάτων της, με την προϋπόθεση ότι οι πληροφορίες θα είναι ανώνυμες και δε θα αποκαλυφθούν τα ονόματα των συμμετεχόντων. Τα δεδομένα που θα συγκεντρωθούν θα κωδικοποιηθούν με αριθμό, ώστε το όνομα σας δεν θα φαίνεται πουθενά.

Μην διστάσετε να κάνετε ερωτήσεις γύρω από το σκοπό ή τη διαδικασία της εργασίας. Αν έχετε οποιαδήποτε αμφιβολία ή ερώτηση ζητήστε μας να σας δώσουμε διευκρινίσεις.
Η συμμετοχή σας στην εργασία είναι εθελοντική. Είστε ελεύθερος-η να μην συναινέσετε ή να διακόψετε τη συμμετοχή σας όποτε το επιθυμείτε.

Διάβασα το έντυπο αυτό και κατανοώ τις διαδικασίες που θα ακολουθήσω.
Συναινώ να συμμετάσχω στην ερευνητική εργασία.

Ημερομηνία: __ / __ / __

Ονοματεπώνυμο και
υπογραφή συμμετέχοντος Υπογραφή ερευνητή

ΜΕΣΟ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Α.ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. ΓΕΝΟΣ α) ΑΡΡΕΝ β) ΘΗΛΥ

2. ΗΛΙΚΙΑ α) Ηλικία τέλεσης εγκλήματος: β)Ηλικία σήμερα:

3.ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ α) Έλληνας β) Αλλοδαπός
Χώρα Προέλευσης:
Παραμονή νόμιμη/παράνομη:
Χρόνος παραμονής:

4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ α) έγγαμος β) άγαμος μόνος γ)άγαμος σε σχέση
δ)διαζευγμένος/χωρισμένος ε)χήρος

5. ΓΟΝΕΪΚΟΤΗΤΑ ΟΧΙ ΝΑΙ
α) αγόρια (ηλικίες / /)
β) κορίτσια (ηλικίες / /)

6. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ α) δεν ολοκλήρωσε την πρωτοβάθμια
β)πρωτοβάθμια
γ)δεν ολοκλήρωσε την υποχρεωτική
δ) υποχρεωτική
ε) απολυτήριο Λυκείου
στ) ανώτερη (ΤΕΙ)
ζ) ανώτατη (ΑΕΙ)
η) MSc, PhD

7. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΣΗ ΤΟΥ ΑΔΙΚΗΜΑΤΟΣ

ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΠΟΙΟ:	α) άνεργος
άλλα επαγ/ματα ως το αδίκημα:	β) συνταξιούχος
……..	γ) μαθητής/φοιτητής/σπουδαστής

8. ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ α) αστικός β) ημιαστικός γ)αγροτικός

9. ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ (πριν την τέλεση του αδικήματος) α) μόνος
β) οικογένεια
γ) πατρική οικογένεια
δ) άλλο:

10. ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗ ΘΗΤΕΙΑ: εκπλήρωση / απαλλαγή α) παθολογικοί λόγοι β)ψυχιατρικοί λόγοι

11. ΘΡΗΣΚΕΥΜΑ χριστιανός ορθόδοξος άλλο:……..

Β. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

12. ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ α)…… β) πριν τα 20
21-30
31-40
41 και πάνω

13. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ : ……..

14. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΣΗ : ……..

15. ΑΛΛΑΓΗ ΚΥΡΙΑΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΣΗ ΤΟΥ ΕΓΚΛΗΜΑΤΟΣ ΝΑΙ ΟΧΙ

16. ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ ΜΕΧΡΙ ΤΕΛΕΣΕΩΣ ΤΟΥ ΑΔΙΚΗΜΑΤΟΣ α) ακούσιες…….. β) εκούσιες……..

17. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ / ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΟΥΣΙΕΣ ΝΑΙ ΟΧΙ

17.1 ΧΡΗΣΗ ΠΕΡΙΞ ΤΗΣ ΤΕΛΕΣΗΣ ΝΑΙ ΟΧΙ

17.2 ΤΕΛΕΣΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΟΥΣΙΕΣ ΝΑΙ ΟΧΙ

17.3 ΕΙΔΟΣ ΟΥΣΙΑΣ/ΟΥΣΙΩΝ
αλκοόλ
κοκαΐνη
οπιούχα/οπιοειδή
διεγερτικά / παραισθησιογόνα
βενζοδιαζεπίνες
ινδική κάνναβη

18. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

18.1 ΣΕ ΑΓΩΓΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΣΗ ΝΑΙ ΟΧΙ

18.2 ΕΙΔΟΣ ΑΓΩΓΗΣ ΕΩΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΤΕΛΕΣΗ
αντιψυχωτικά
αντικαταθλιπτικά
σταθεροποιητές του συναισθήματος
αγχολυτικά
άλλα ……

18.3 ΕΙΔΟΣ ΑΓΩΓΗΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΣΗ
αντιψυχωτικά
αντικαταθλιπτικά
σταθεροποιητές του συναισθήματος
αγχολυτικά
άλλα ……

18.4 ΑΛΛΑΓΗ ΑΓΩΓΗΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΣΗ ΝΑΙ ΟΧΙ

18.5 ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΣΗ ΝΑΙ ΟΧΙ

18.6 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΑΓΩΓΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΛΕΣΗ ΝΑΙ ΟΧΙ

19. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ (Α ΒΑΘΜΟΥ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ)

19.1 ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΝΑΙ ΟΧΙ

19.2 ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ/ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΝΑΙ ΟΧΙ

19.3 ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΓΚΛΗΜ/ΠΑΡΑΒ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΝΑΙ ΟΧΙ

19.4 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΨΥΧ.ΝΟΣΟΥ Κ ΕΓΚΛΗΜ/ΠΑΡΑΒ ΣΥΜΠΕΡ ΝΑΙ ΟΧΙ

19.5 ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΥΤΟ/ΕΤΕΡΟ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΝΑΙ ΟΧΙ

20. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΥΤΟ Ή ΕΤΕΡΟ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

20.1 ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ/ ΠΑΡΑ-ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΩΣ ΤΗΝ ΤΕΛΕΣΗ
ΝΑΙ ΟΧΙ

20.2 ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ/ ΠΑΡΑ-ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΣΗ
ΝΑΙ ΟΧΙ

20.3 ΕΤΕΡΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΩΣ ΤΗΝ ΤΕΛΕΣΗ ΤΟΥ ΕΓΚΛΗΜΑΤΟΣ
ΝΑΙ ΟΧΙ

20.4 ΕΤΕΡΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΣΗ ΤΟΥ ΕΓΚΛΗΜΑΤΟΣ
ΝΑΙ ΟΧΙ

21. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

21.1 ΘΥΜΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ/ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΝΑΙ ΟΧΙ

21.2 ΘΥΜΑ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΥ ΝΑΙ ΟΧΙ

21.3 ΔΙΑΤ/ΧΕΣ ΔΙΑΓΩΓΗΣ/ΣΥΜΠΕΡΙΦ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΝΑΙ ΟΧΙ

21.4 ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΖΩΗΣ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ 24 ΜΗΝΕΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΓΚΛΗΜΑΤΙΚΗ ΠΡΑΞΗ (RICHARD H. RAHE & THOMAS HOLMES)

1. ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΥΖΥΓΟΥ □
2. ΔΙΑΖΥΓΙΟ □
3. ΣΥΖΥΓΙΚΟΣ ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΟΣ □
4. ΦΥΛΑΚΙΣΗ □
5. ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΤΕΝΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΜΕΛΟΥΣ □
6. ΒΑΡΙΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ Ή ΝΟΣΟΣ □
7. ΓΑΜΟΣ □
8. ΑΠΟΛΥΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ □
9. ΣΥΖΥΓΙΚΟΣ ΣΥΜΒΙΒΑΣΜΟΣ □
10. ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗ □

22. ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΕΩΣ/ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΣΗ ΝΑΙ ΟΧΙ

22.1 ΕΑΝ ΝΑΙ, ΕΙΔΟΣ ΝΟΣΟΥ
ΧΡΟΝΙΑ:……
ΟΞΕΙΑ: …….
22.2 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΟΡΓ. ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΝΑΙ ΟΧΙ

22.3 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΟΡΓ. ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΕΓΚΛΗΜΑΤΟΣ ΝΑΙ ΟΧΙ

Γ. ΝΟΜΙΚΑ-ΕΓΚΛΗΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

23. ΕΓΚΛΗΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ α) αυτοτελής β)συμμετοχική

αριθμός συν-αυτουργών:_____

είδος σχέσης α) συζυγική/ συγγενική
β) συντροφική
γ) φιλική
δ) επαγγελματική
ε) απλή γνωριμία
στ) άγνωστος

24. ΕΓΚΛΗΜΑ (ΤΑ) ……..
……..
……..

□ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ
□ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΚΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ
□ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑΣ
□ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΓΕΝΕΤΗΣΙΑΣ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ
□ ΚΟΙΝΩΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΑ ΕΓΚΛΗΜΑΤΑ
□ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΤΙΜΗΣ
□ ΑΛΛΟ _____

25. ΜΕΣΟ ΔΙΑΠΡΑΞΗΣ ΤΟΥ ΕΓΚΛΗΜΑΤΟΣ ……..
……

26. ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΥΜΑΤΩΝ (ΠΑΘΟΝΤΩΝ) ……

27. ΣΧΕΣΗ ΘΥΤΗ-ΘΥΜΑΤΟΣ ……
……
……

α) συζυγική/συγγενική □ Α/Β βαθμού □ σύζυγοι □ άλλο
β) συντροφική
γ) φιλική
δ) επαγγελματική
ε) απλή γνωριμία
στ) άγνωστος

28. ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΠΡΑΞΗΣ α) ιδιωτικός χώρος θύματος
β) ιδιωτικός χώρος θύτη
γ) κοινός ιδιωτικός χώρος
δ) δημόσιος χώρος

29. ΧΡΟΝΟΣ ΕΓΚΛΗΜΑΤΟΣ _____ΕΤΟΣ_____ΜΗΝΑΣ_____ΜΕΡΑ_____ΩΡΑ

30. ΠΟΙΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΘΥΤΗ

31.1 ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΚΑΤΑΔΙΚΕΣ ΝΑΙ ΟΧΙ

31.2 ΕΙΔΟΣ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟΥ ΑΔΙΚΗΜΑΤΟΣ

……

……

□ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ
□ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΚΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ
□ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑΣ
□ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΓΕΝΕΤΗΣΙΑΣ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ
□ ΚΟΙΝΩΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΑ ΕΓΚΛΗΜΑΤΑ
□ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΤΙΜΗΣ
□ ΑΛΛΟ _____

31. ΑΠΟΦΑΣΗ □ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΠΛΗΜΜΕΛΕΙΟΔΙΚΩΝ (ΒΟΥΛΕΥΜΑ)
□ ΔΙΚΑΣΤΗΡΙΟ ΠΡΩΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ (ΠΛΗΜΜΕΛΕΙΟΔΙΚΕΙΟ, ΜΟΔ)
□ ΕΦΕΤΕΙΟ

Κλίμακα Συνολικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας (GAF)

ΘΕΩΡΗΣΤΕ ΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ, ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΣΕ ΕΝΑ ΥΠΟΘΕΤΙΚΟ ΣΥΝΕΧΕΣ ΦΑΣΜΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΣΟΥ. ΜΗ ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΒΕΤΕ ΤΗΝ ΕΚΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΕ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥΣ (Η ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΥΣ) ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.
Σημείωση : χρησιμοποιήστε ενδιάμεσους κωδικούς όταν χρειάζεται, π.χ. 45, 68, 72.

90 Απουσία συμπτωμάτων ή ύπαρξη ελάχιστων συμπτωμάτων (π.χ. ελαφρό άγχος πριν από εξετάσεις), καλή λειτουργικότητα σε όλους τους τομείς, ενδιαφέρον και εμπλοκή σε πλατύ φάσμα δραστηριοτήτων, αποτελεσματικότητα στο κοινωνικό επίπεδο, γενικά ικανοποίηση από τη ζωή, απουσία άλλων προβλημάτων ή ανησυχιών πέρα από τα καθημερινά (π.χ. ένας περιστασιακός καβγάς με μέλη της οικογένειας).
81

80 Αν υπάρχουν συμπτώματα, αυτά είναι παροδικά κι αποτελούν προσδοκώμενες αντιδράσεις σε ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες (π.χ. δυσκολία συγκέντρωσης έπειτα από ενδοοικογενειακό καβγά), μικρή μόνο έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή σχολικής λειτουργικότητας (π.χ. προσωρινά
71 μένει πίσω στα μαθήματα).

70 Ορισμένα ελαφρά συμπτώματα (π.χ. καταθλιπτική συναισθηματική διάθεση και ελαφρή αϋπνία) ή κάποια δυσκολία στην κοινωνική, επαγγελματική ή σχολική λειτουργικότητα (π.χ. περιστασιακό σκασιαρχείο, ή κλοπές μέσα στο σπίτι), όμως γενικά υπάρχει αρκετά καλή λειτουργικότητα, υπάρχουν κάποιες ουσιαστικές
61 διαπροσωπικές σχέσεις.

60 Μέτρια συμπτώματα (π.χ. επιπεδωμένο συναίσθημα και υπερλεπτομερειακός λόγος, περιστασιακές προσβολές πανικού) ή μέτρια δυσκολία στην κοινωνική, επαγγελματική ή σχολική λειτουργικότητα (π.χ. έχει λίγους φίλους, συγκρούσεις με συνεργάτες).
51

50 Σοβαρά συμπτώματα (π.χ. σκέψεις αυτοκτονίας, σοβαρές ψυχαναγκαστικές τελετουργίες, συχνές κλοπές από καταστήματα), ή οποιαδήποτε σοβαρή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή σχολικής λειτουργικότητας (π.χ. δεν έχει φίλους, δεν μπορεί να κρατήσει μια δουλειά).
41

40 Κάποια έκπτωση του ελέγχου της πραγματικότητας ή της επικοινωνίας (π.χ. λόγος που μερικές φορές γίνεται παράλογος, ασαφής ή άσχετος) ή μείζων έκπτωση σε πολλούς τομείς, όπως στην εργασία ή το σχολείο, στις οικογενειακές σχέσεις, στην κρίση, τη σκέψη ή τη συναισθηματική διάθεση (π.χ. καταθλιπτικός που αποφεύγει τους φίλους του, παραμελεί την οικογένεια και αδυνατεί να εργαστεί. Παιδί που συχνά χτυπά μικρότερα παιδιά, είναι προκλητικό στο σπίτι κι αποτυγχάνει στο σχολείο).
31

30 Συμπεριφορά σημαντικά επηρεασμένη απο παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις ή σοβαρή έκπτωση της επικοινωνίας ή της κρίσης (π.χ. μερικές φορές είναι ασυνάρτητος, ενεργεί φανερά απρόσφορα, έμμονος ιδεασμός γι΄αυτοκτονία) ή αδυναμία λειτουργίας σχεδόν σε όλους τους τομείς (π.χ. μένει όλη τη μέρα στο κρεβάτι, δεν έχει δουλειά, σπίτι ή φίλους.
21

20 Κάποιος κίνδυνος να κάνει κακό στον εαυτό του ή στους άλλους (π.χ. απόπειρες αυτοκτονίας δίχως σαφή προσδοκία θανάτου, συχνά είναι βίαιος, μανιακή διέγερση) ή πότε-πότε αδυνατεί να διατηρήσει μια ελάχιστη ατομική υγιεινή (π.χ. πασαλείφει περιττώματα) ή υπάρχει μια εμφανής έκπτωση της επικοινωνίας (π.χ. κατά
11 κύριο λόγο είναι ασυνάρτητος ή μένει βουβός).

10 Συνεχής κίνδυνος να κάνει σοβαρό κακό στον εαυτό του ή στους άλλους (π.χ. επανειλημμένη βία) ή συνεχής αδυναμία διατήρησης μιας ελάχιστης ατομικής υγιεινής ή σοβορή πράξη αυτοκτονίας με σαφή
1 προσδοκία θανάτου.

Aggression Questionnaire

Βαθμολογήστε με : **1. Δεν με χαρακτηρίζει καθόλου**
2. Μάλλον δεν με χαρακτηρίζει
3. Είναι και δεν είναι χαρακτηριστικό μου
4. Μάλλον με χαρακτηρίζει
5. Με χαρακτηρίζει απόλυτα

1. Καμιά φορά μου τυχαίνει να μην μπορώ να συγκρατήσω τα νεύρα μου, και χτυπάω κάποιον άλλο άνθρωπο……..1 2 3 4 5
2. Όταν διαφωνώ με τους φίλους μου, τους το λέω ανοιχτά…….1 2 3 4 5
3. Φουντώνω γρήγορα , μα μου περνάει και γρήγορα…….1 2 3 4 5
4. Καμιά φορά με τρώει η ζήλια……1 2 3 4 5
5. Αν με προκαλέσουν ανοιχτά , μπορεί να χτυπήσω κάποιον…… 1 2 3 4 5
6. Διαφωνώ συχνά με τους άλλους ……..1 2 3 4 5
7. Όταν εκνευριστώ , εκδηλώνομαι, και το καταλαβαίνουν οι άλλοι…….1 2 3 4 5
8. Καμιά φορά νοιώθω αδικημένος από τη ζωή ……..1 2 3 4 5
9. Αν κάποιος με χτυπήσει , θα τον χτυπήσω και εγώ……..1 2 3 4 5
10. Όταν οι άλλοι με ενοχλούν, θα προτιμήσω να τους πω την γνώμη που έχω για αυτούς……...1 2 3 4 5
11. Καμιά φορά αισθάνομαι να έχω τόσο τεντωμένα νεύρα, που φαίνεται πως θα εκραγώ……..1 2 3 4 5
12. Φαίνεται πως οι ευκαιρίες στη ζωή παρουσιάζονται μόνο στους άλλους……1 2 3 4 5
13. Μπλέκω σε καυγάδες και πιάνομαι στα χέρια με άλλους , λίγο πιο συχνά από ότι ο περισσότερος κόσμος……1 2 3 4 5
14. Δεν μπορώ να αποφύγω τον καυγά ,όταν οι άλλοι διαφωνούν μαζί μου……...1 2 3 4 5
15. Είμαι ήπιος και συγκρατημένος χαρακτήρας……1 2 3 4 5
16. Αναρωτιέμαι καμιά φορά γιατί νοιώθω τόση πικρία για τον κόσμο……....1 2 3 4 5
17. Αν χρειαστεί να καταφύγω στη βία για να υπερασπιστώ τα δικαιώματα μου, θα το κάνω……..1 2 3 4 5
18. Οι φίλοι μου λένε πως μου αρέσει να πηγαίνω κόντρα στους άλλους ……1 2 3 4 5
19. Μερικοί από τους φίλους μου λένε πως είμαι ευέξαπτος τύπος, πως εκνευρίζομαι εύκολα……..1 2 3 4 5
20. Ξέρω πως κάποιοι << φίλοι >> μου, μιλάνε για μένα πίσω από την πλάτη μου…….1 2 3 4 5
21. Υπήρξαν άνθρωποι που επειδή το παρατράβηξαν , φτάσαμε στα χέρια……1 2 3 4 5
22. Καμιά φορά φουντώνω και εκνευρίζομαι χωρίς σοβαρό λόγο……1 2 3 4 5
23. Είμαι καχύποπτος με ξένους που δείχνουν υπερβολικά φιλικοί……...1 2 3 4 5
24 Δεν μπορώ να φανταστώ κανένα σοβαρό λόγο για να φτάσω στο σημείο να χτυπήσω κάποιον……..1 2 3 4 5
25. Έχω πρόβλημα να συγκρατώ τα νεύρα μου……1 2 3 4 5
26. Καμιά φορά αισθάνομαι πως οι άλλοι γελάνε εις βάρος μου, πίσω από την πλάτη μου……..1 2 3 4 5
27. Έχω απειλήσει ανθρώπους που γνωρίζω……1 2 3 4 5
28. Όταν οι άλλοι είναι ιδιαίτερα καλοί μαζί μου, αναρωτιέμαι τι να θέλουν από μένα……...1 2 3 4 5
29. Έχει τύχει να θυμώσω τόσο, όσο να σπάσω πράγματα γύρω μου……..1 2 3 4 5

Παρακαλώ δείτε αν έχετε απαντήσει σε όλα τα ερωτήματα, και συμπληρώστε αυτά που δεν έχετε απαντήσει

Aggression Questionnaire

Buss AH, Perry M. The Aggression Questionnaire. J Personality Social Psychology, 1992;63:452-459.
29 items, score 1-5

Subscales : - Physical Aggression : 1-5-9-13-17-21-24-27-29 (#24:reverse)
- Verbal Aggression : 2-6-10-14-18
- Anger : 3-7-11-15-19-22-25 (#15:reverse)
- Hostility : 4-8-12-16-20-23-26-28

1 -2 -3 -4 -5
5 -4 -3 -2 -1

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

Οδηγίες: Βάλτε σε κύκλο την κατάλληλη βαθμολογία για κάθε λήμμα σύμφωνα με την κλινική συνέντευξη.
1=χωρίς σύμπτωμα, 2=μικρή, 3=ήπια, 4=μέτρια, 5=μετρίως σοβαρή, 6=σοβαρή, 7=εξαιρετική ένταση

Θετική υποκλίμακα

P1. Παραληρητικές ιδέες	1	2	3	4	5	6	7
P2. Εννοιολογική αποδιοργάνωση	1	2	3	4	5	6	7
P3. Ψευδαισθητική συμπεριφορά	1	2	3	4	5	6	7
P4. Διέγερση	1	2	3	4	5	6	7
P5. Ιδέες μεγαλείου	1	2	3	4	5	6	7
P6. Καχυποψία/Ιδέες δίωξης	1	2	3	4	5	6	7
P7. Εχθρότητα	1	2	3	4	5	6	7

Αρνητική υποκλίμακα

N1. Αμβλύ συναίσθημα	1	2	3	4	5	6	7
N2. Συναισθηματική απόσυρση	1	2	3	4	5	6	7
N3. Πτωχή συναισθηματική σχέση	1	2	3	4	5	6	7
N4. Παθητική/Απαθής κοινωνική απόσυρση	1	2	3	4	5	6	7
N5. Δυσκολία στην αφηρημένη σκέψη	1	2	3	4	5	6	7
N6. Έλλειψη αυθορμητισμού και ροής στην ομιλία	1	2	3	4	5	6	7
N7. Στρεότυπη σκέψη	1	2	3	4	5	6	7

Υποκλίμακα Γενικής ψυχοπαθολογίας

G1. Σωματική ενασχόληση	1	2	3	4	5	6	7
G2. Άγχος	1	2	3	4	5	6	7
G3. Αισθήματα ενοχής	1	2	3	4	5	6	7
G4. Ψυχική τάση	1	2	3	4	5	6	7
G5. Ιδιοτροπισμοί και λήψη παράξενων στάσεων	1	2	3	4	5	6	7
G6. Κατάθλιψη	1	2	3	4	5	6	7
G7. Κινητική επιβράδυνση	1	2	3	4	5	6	7
G8. Έλλειψη συνεργασίας	1	2	3	4	5	6	7
G9. Ασύνηθες περιεχόμενο σκέψης	1	2	3	4	5	6	7
G10. Διαταραχή του προσανατολισμού	1	2	3	4	5	6	7
G11. Διαταραχή προσοχής	1	2	3	4	5	6	7
G12. Έλλειψη κρίσης και συνεργασίας	1	2	3	4	5	6	7
G13. Διαταραχή της βούλησης	1	2	3	4	5	6	7
G14. Διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων	1	2	3	4	5	6	7
G15. Ενασχόληση	1	2	3	4	5	6	7
G16. Ενεργητική κοινωνική αποφυγή	1	2	3	4	5	6	7

ZUCKERMAN-KUHLMAN PERSONALITY QUESTIONNAIRE (ZKPQ) (1993, 2002)

(Απόδοση και προσαρμογή για τον Ελληνικό πληθυσμό κατόπιν αδείας: Θ. Υφαντής & συν., 2003)

Διαβάστε όλες τις προτάσεις που ακολουθούν και αποφασίστε εάν ισχύουν για σας ή όχι.
Αν θεωρείτε ότι μια πρόταση ισχύει για εσάς και περιγράφει κάποια πλευρά του χαρακτήρα σας, βάλτε σε κύκλο το **«Σωστό»**.
Αν θεωρείτε ότι η πρόταση δεν ισχύει για σας και δεν περιγράφει κάποια πλευρά του χαρακτήρα σας, βάλτε σε κύκλο το **«Λάθος»**.
Απαντήστε σε όλες τις προτάσεις, έστω κι αν δεν είστε απολύτως σίγουροι για την απάντησή σας.

---

1. Συνήθως ξεκινώ μια νέα δουλειά χωρίς να προγραμματίζω ιδιαίτερα το πώς θα την κάνω..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
2. Δεν ανησυχώ για ασήμαντα πράγματα..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
3. Χαίρομαι να βλέπω κάποιον για τον οποίο δεν νοιάζομαι να ταπεινώνεται μπροστά σε άλλους..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
4. Ποτέ δεν συνάντησα άνθρωπο που να μην τον συμπαθήσω..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
5. Δεν μου αρέσει να χάνω χρόνο με το να κάθομαι και να χαλαρώνω.... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
6. Συνήθως, σκέφτομαι κάτι πριν το κάνω..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
7. Δεν έχω μεγάλη εμπιστοσύνη στον εαυτό μου ή στις ικανότητές μου. ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
8. Όταν θυμώνω, λέω άσχημα πράγματα..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
9. Έχω την τάση να ξεκινώ συζητήσεις στις παρέες..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
10. Έλεγα και λέω πάντα την αλήθεια..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
11. Είναι φυσικό για μένα να βρίζω όταν θυμώνω..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
12. Δεν με πειράζει να βγαίνω μόνος/η μου και, συνήθως, το προτιμώ από το να βγαίνω με μεγάλη παρέα..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
13. Στην ζωή μου είμαι πιο πολυάσχολος/η απ' τον περισσότερο κόσμο.... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
14. Συχνά κάνω πράγματα παρορμητικά..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
15. Συχνά με πιάνει νευρικότητα χωρίς φανερό λόγο..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
16. Σχεδόν ποτέ δεν πετώ σκουπίδια στους δρόμους..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
17. Δεν θα με πείραζε να μείνω μόνος/η σε κάποιο μέρος για μερικές μέρες χωρίς καμία επαφή με άλλους ανθρώπους..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
18. Μου αρέσουν οι πολύπλοκες δουλειές που απαιτούν μεγάλη προσπάθεια και συγκέντρωση..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
19. Σπανίως αφιερώνω πολύ χρόνο στο να προγραμματίζω το μέλλον λεπτομερώς..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
20. Μερικές φορές νοιώθω ένταση και νευρικότητα..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
21. Σχεδόν ποτέ δεν νοιώθω ότι θα ήθελα να χτυπήσω κάποιον..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ

22. Περνώ με τους φίλους μου όσο περισσότερο χρόνο μπορώ..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
23. Δεν έχω μεγάλα αποθέματα ενέργειας, ώστε να αντεπεξέλθω στις πιο απαιτητικές υποχρεώσεις της ζωής..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
24. Μου αρέσει να έχω νέες και συναρπαστικές εμπειρίες και εντυπώσεις ακόμα και αν είναι λίγο τρομακτικές..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
25. Αισθάνομαι συχνά το σώμα μου σφιγμένο χωρίς φανερό λόγο..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
26. Πάντα κερδίζω στα παιχνίδια..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
27. Συχνά βρίσκομαι να είμαι «η ψυχή του πάρτυ»..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
28. Προτιμώ να ασχολούμαι με κάτι απαιτητικό παρά με μια δουλειά ρουτίνας..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
29. Πριν ξεκινήσω μια περίπλοκη δουλειά την σχεδιάζω προσεκτικά..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
30. Συχνά αισθάνομαι συναισθηματικά αναστατωμένος/η..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
31. Αν κάποιος με προσβάλλει, προσπαθώ απλώς να μην το σκέφτομαι.... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
32. Δεν έχω βαρεθεί ποτέ..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
33. Μου αρέσει να ασχολούμαι διαρκώς με κάτι..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
34. Θα μου άρεσε να φύγω για ένα ταξίδι, χωρίς καθορισμένη διαδρομή ή πρόγραμμα..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
35. Συνήθως είμαι υπερευαίσθητος/η και πληγώνομαι εύκολα από απερίσκεπτα σχόλια και πράξεις των άλλων..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
36. Σε πολλά καταστήματα απλώς δεν μπορείς να εξυπηρετηθείς αν δεν σπρώξεις για να περάσεις μπροστά από τους άλλους..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
37. Δεν χρειάζομαι πολλούς περιστασιακούς φίλους..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
38. Μπορώ να περάσω καλά απλώς με το να είμαι αραχτός, χωρίς να ασχολούμαι δραστήρια με κάτι..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
39. Μου αρέσει να ανακατεύομαι σε νέες καταστάσεις όπου δεν μπορείς να προβλέψεις πως θα εξελιχθούν τα πράγματα..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
40. Δεν χάνομαι ποτέ, ακόμα και σε άγνωστα μέρη..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
41. Τρομάζω εύκολα..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
42. Αν κάποιοι άνθρωποι με ενοχλούν, δεν διστάζω να τους το πω..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
43. Συνήθως δεν νοιώθω άνετα σε μεγάλες παρέες..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
44. Δεν αισθάνομαι την ανάγκη να ασχολούμαι διαρκώς με κάτι..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
45. Μου αρέσει να κάνω πράγματα απλώς για την πλάκα τους..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
46. Καμιά φορά νοιώθω πανικό..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
47. Όταν θυμώνω με κάποιους δεν προσπαθώ να τους το κρύψω..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
48. Στα πάρτυ μου αρέσει να ανακατεύομαι με πολλούς ανθρώπους, είτε τους ξέρω είτε όχι..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
49. Θα μου άρεσε μια δουλειά που θα μου άφηνε όσο το δυνατόν περισσότερο ελεύθερο χρόνο..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ

50. Έχω την τάση να αλλάζω συχνά ενδιαφέροντα..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
51. Συχνά σκέφτομαι ότι οι άνθρωποι που συναντώ είναι καλύτεροι από εμένα..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
52. Ποτέ δεν ενοχλούμαι όταν κάποιοι μπαίνουν μπροστά μου στην ουρά..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
53. Συνήθως ξεκινώ τις κοινωνικές δραστηριότητες του Σαββατο-κύριακου από την Πέμπτη..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
54. Συνήθως φαίνομαι βιαστικός/ή..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
55. Κάποιες φορές μου αρέσει να κάνω πράγματα που είναι λίγο τρομακτικά..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
56. Κάποιες φορές, όταν είμαι συναισθηματικά ταραγμένος, νοιώθω ξαφνικά σαν να τρέμουν τα πόδια μου..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
57. Γενικά δεν βρίζω άσχημα, ακόμα και όταν είμαι θυμωμένος..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
58. Προτιμώ να «τριγυρνάω» με φίλους παρά να ασχολούμαι με κάτι μόνος μου..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
59. Όταν είμαι σε διακοπές προτιμώ να ασχολούμαι ενεργά με τα σπορ, παρά απλώς να κάθομαι..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
60. Θα δοκίμαζα τα πάντα για μια φορά..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
61. Συχνά νοιώθω αβέβαιος για τον εαυτό μου..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
62. Μπορώ εύκολα να συγχωρήσω ανθρώπους που με προσέβαλλαν ή πλήγωσαν τα συναισθήματά μου..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
63. Δεν θα με πείραζε να απομονωθώ κοινωνικά σε κάποιο μέρος για κάποιο χρονικό διάστημα..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
64. Μου αρέσει να εξαντλώ τον εαυτό μου με σκληρή δουλειά ή άσκηση. ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
65. Θα μου άρεσε μια ζωή γεμάτη κίνηση και ταξίδια, με πολλές αλλαγές και συγκινήσεις..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
66. Συχνά ανησυχώ για πράγματα που οι άλλοι θεωρούν ασήμαντα..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
67. Όταν κάποιοι διαφωνούν μαζί μου νοιώθω υποχρεωμένος να μαλώσω μαζί τους..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
68. Γενικά, μου αρέσει να είμαι μόνος μου, ώστε να μπορώ να κάνω αυτά που θέλω χωρίς να με ενοχλούν οι άλλοι..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
69. Δεν έχω ποτέ πρόβλημα να καταλάβω κάτι από την πρώτη φορά που το διαβάζω..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
70. Καμιά φορά κάνω «τρελά» πράγματα απλώς για πλάκα..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
71. Συχνά δυσκολεύομαι όταν προσπαθώ να επιλέξω..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
72. Θυμώνω πολύ εύκολα..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ

73. Δεν έχω χάσει ποτέ μου τίποτα..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
74. Μου αρέσει να είμαι δραστήριος/α από τη στιγμή που ξυπνάω το πρωί..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
75. Μου αρέσει να εξερευνώ μια άγνωστη περιοχή ή πόλη μόνος μου, ακόμα και αν χαθώ..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
76. Οι μύες μου είναι τόσο σφιγμένοι που τον περισσότερο καιρό νοιώθω κουρασμένος..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
77. Δεν μπορώ να αποφύγω να είμαι κάπως αγενής με ανθρώπους που δεν συμπαθώ..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
78. Είμαι πολύ κοινωνικό άτομο..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
79. Προτιμώ φίλους που με συναρπάζουν κάνοντας πράγματα που δεν τα περιμένεις..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
80. Συχνά νοιώθω πως θέλω να κλάψω, καμιά φορά χωρίς λόγο..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
81. Όση ζέστη ή κρύο και αν κάνει, νοιώθω πάντα πολύ άνετα..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
82. Έχω ανάγκη να νοιώθω ότι είμαι ένα σημαντικό μέλος μιας ομάδας.... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
83. Μου αρέσει να είμαι συνεχώς απασχολημένος..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
84. Συχνά ενθουσιάζομαι και παρασύρομαι τόσο πολύ από καινούρια και συναρπαστικά πράγματα ή ιδέες, που δεν σκέπτομαι τις πιθανές συνέπειες..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
85. Δεν αφήνω πολλά ασήμαντα πράγματα να με εκνευρίσουν..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
86. Είμαι πάντα υπομονετικός/ή με τους άλλους, ακόμα και όταν είναι εκνευριστικοί..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
87. Συνήθως προτιμώ να κάνω τα πράγματα μόνος μου..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
88. Καμιά φορά μου αρέσουν οι δραστηριότητες ρουτίνας που δεν απαιτούν πολύ συγκέντρωση ή προσπάθεια..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
89. Είμαι παρορμητικό άτομο..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
90. Συχνά νοιώθω άβολα και στενόχωρα χωρίς πραγματικό λόγο..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
91. Συχνά τσακώνομαι με άλλους..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
92. Μάλλον περνάω περισσότερο χρόνο από ό,τι θα έπρεπε παρέα με φίλους..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
93. Δεν με ενοχλεί αν κάποιος με εκμεταλλευτεί..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
94. Όταν κάνω πράγματα, αφιερώνω πολλή ενέργεια..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
95. Μου αρέσουν τα «άγρια», χωρίς φραγμούς πάρτυ..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
96. Αφού αγοράσω κάτι, συχνά ανησυχώ μήπως έχω κάνει την λάθος επιλογή..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
97. Όταν μου βάζουν τις φωνές, απαντώ κι εγώ με φωνές..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
98. Έχω πιο πολλούς φίλους από τους περισσότερους ανθρώπους..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
99. Συχνά οι άλλοι με παροτρύνουν να «χαλαρώσω»..... ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ

Κλίμακα Εκτίμησης Επικινδυνότητας για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς (Historical Clinical Risk (HCR) – 20: Assessing Risk for Violence). Webster C.D., Douglas K.S., Eaves D., Hart S.D. ***Μετάφραση – Επιμέλεια: Τσόπελας Χ., Μαρτινάκη Σ., Λαμπράκη Α.***

Ονοματεπώνυμο συμμετέχοντα _____

Ημερομηνία: _____ Κωδικός #: _____

Στοιχεία Ιστορικού		*Βαθμολογία (0,1,2)*
H1	*Προηγούμενη εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς*	
H2	*Νεαρή ηλικία κατά την εκδήλωση του πρώτου βίαιου συμβάντος*	
H3	*Ασταθείς διαπροσωπικές σχέσεις*	
H4	*Εργασιακά προβλήματα*	
H5	*Προβλήματα χρήσης ουσιών*	
H6	*Μείζων Ψυχική Διαταραχή*	
H7	*Ψυχοπαθητικότητα*	
H8	*Δυσκολίες προσαρμογής*	
H9	*Διαταραχή προσωπικότητας*	
H10	*Προηγούμενη αποτυχημένη προσπάθεια επίβλεψης*	
	Σύνολο Στοιχείων Ιστορικού:	/ 20

Κλινικά Στοιχεία		*Βαθμολογία (0, 1, 2)*
C1	*Έλλειψη εναισθησίας*	
C2	*Αρνητική Συμπεριφορά*	
C3	*Ενεργή συμπτωματολογία μείζονος ψυχικής διαταραχής*	
C4	*Παρορμητικότητα*	
C5	*Μη ανταπόκριση στη θεραπευτική παρέμβαση*	
	Σύνολο Κλινικών Στοιχείων:	/ 10

Στοιχεία Διαχείρισης επικινδυνότητας ❑ Μέσα ❑ Έξω		*Βαθμολογία (0, 1, 2)*
R1	*Απουσία ρεαλιστικού προγραμματισμού*	
R2	*Έκθεση σε παράγοντες αποσταθεροποίησης*	
R3	*Απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος*	
R4	*Μη συμμόρφωση με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις*	
R5	*Άγχος*	
	Σύνολο Στοιχείων Διαχείρισης επικινδυνότητας:	/ 10

Γενικό Σύνολο κλίμακας HCR-20:	/ 40
Τελική εκτίμηση επικινδυνότητας για τον αξιολογούμενο:	❑ Χαμηλής ❑ Μέτριας ❑ Υψηλής

Στοιχεία Αξιολογητή

Ονοματεπώνυμο: _____ Υπογραφή: _____

Ημερομηνία: _____

ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ / ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

		Ηλικία (1ης χρήσης)	Σε όλη τη ζωή σου χρόνια	Τελευταίες 30 μέρες	Τρόπος χρήσης
01.	Αλκοόλ				
02.	Αλκοόλ – πάνω από το κρίσιμο όριο				
03.	Ηρωίνη				
04.	Μεθαδόνη / LAAM				
05.	Άλλα οπιούχα παυσίπονα				
06.	Φάρμακα χάπια (BZP,Barb, Sed, Hypn)				
07.	Κοκαΐνη				
08.	Αμφεταμίνες				
09.	Κάνναβη				
10.	Παραισθησιογόνα				
11.	Εισπνεόμενα				
12.	Άλλα				
13.	Περισσότερες από μια ουσίες/ημέρα (ουσίες 02-12)				

Σημ.: Βλ. Εγχειρίδιο για αντιπροσωπευτικά παραδείγματα κάθε κατηγορίας ναρκωτικών

- *Τρόπος χρήσης: 1 = στόμα, 2 = μύτη, 3 = κάπνισμα, 4 = μη ενδοφλέβια ένεση, 5 = ενδοφλέβια ένεση.*

14. Έχεις κάνει ποτέ ενέσιμη χρήση; *0. Όχι 1. Ναι*

	Ηλικία 1ης Ενέσιμης Χρήσης	Ενέσιμη χρήση Σε όλη τη ζωή σου	6 μήνες	30 μέρες
14A.				
	Χρονών	χρόνια	μήνες	μέρες

14B. Ενέσιμη χρήση τους τελευταίους 6 μήνες:
1. *Δεν κάνει κοινή χρήση*
2. *Κάνει μερικές φορές κοινή χρήση με άλλους*
3. *Κάνει συχνά κοινή χρήση με άλλους*

15. Πόσες φορές σου έχει συμβεί:

Να πάθεις τρομώδες παραλήρημα

Να πάρεις υπερβολική δόση ναρκωτικών

16. Τύπος υπηρεσιών και φορές που υποβλήθηκες σε θεραπεία:

	Αλκοόλ	Ναρκωτικά
1. Αποτοξίνωση εξωτερικής Παραμονής		
2. Αποτοξίνωση εσωτερικής Παραμονής		
3. Υποκατάσταση εξωτερικής Παραμονής		
4. Στεγνό πρόγραμμα εξωτερικής Παραμονής		
5. Στεγνό πρόγραμμα εσωτερικής Διαμονής		
6. Πρόγραμμα ημερήσιας Παραμονής		
7. Ψυχιατρικό νοσοκομείο/ Κλινική		
8. Άλλη νοσοκομειακή μονάδα/ Θάλαμος		
9. Άλλο		

	Αλκοόλ	Ναρκωτικά
17. Πόσους μήνες διήρκησε η μεγαλύτερη περίοδος αποχής σαν αποτέλεσμα αυτών των θεραπειών;		

18. Ποια ουσία είναι το κύριο πρόβλημα; *(Χρησιμοποιήστε την παραπάνω κωδικοποίηση ή το 00-Καμία, 15. Αλκοόλ και Ναρκωτικά – Διπλός εθισμός, 16. Πολλαπλός εθισμός, όπου υπάρχει αμφιβολία ρωτήστε τον ασθενή).*

19. Πόσο διήρκησε η τελευταία περίοδος εθελοντικής αποχής από αυτή τη κύρια ουσία, όχι σαν αποτέλεσμα της θεραπείας; *(00 – ποτέ σε αποχή)* *μήνες*

20. Πριν πόσους μήνες έληξε αυτή η περίοδος αποχής; *(00 – η αποχή συνεχίζεται*

21. Πόσα χρήματα θα έλεγες ότι ξόδεψες τις τελευταίες 30 μέρες για:

Αλκοόλ _____ (ποσό)

Ναρκωτικά _____ (ποσό)

22. Πόσες μέρες μέσα στις τελευταίες 30 έκανες θεραπεία για αλκοόλ ή ναρκωτικά ως εξωτερικός ασθενής; *(Συμπεριλάβετε τις ομάδες ΝΑ, ΑΑ)*

23. Πόσες μέρες μέσα στις τελευταίες 30 είχες:

Προβλήματα με το αλκοόλ

Προβλήματα με τα ναρκωτικά

ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 24 & 25 ΖΗΤΗΣΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

24. Σε ποιο βαθμό σου δημιούργησαν πρόβλημα ή σε ενόχλησαν τις τελευταίες 30 μέρες τα:

Προβλήματα με το αλκοόλ

Προβλήματα με τα ναρκωτικά

25. Πόσο σημαντική είναι για σένα τώρα η θεραπεία για:

Προβλήματα με το αλκοόλ

Προβλήματα με τα ναρκωτικά

ΒΑΘΜΟΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΚΤΗ

26. Πώς εκτιμάτε την ανάγκη του ασθενούς για θεραπεία για:

Κατάχρηση αλκοόλ

Κατάχρηση ναρκωτικών

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ

Οι παραπάνω πληροφορίες είναι διαστρεβλωμένες από:

27. Αλλοίωση που έκανε στην εικόνα του ο ασθενής; *0 – Όχι 1 – Ναι*

28. Από αδυναμία του ασθενή να καταλάβει την ερώτηση; *0 – Όχι 1 – Ναι*

Mini International Neuropsychiatric Interview

M.I.N.I.

Ελληνική Έκδοση 5.0.0. DSM-IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hopital de la Salpétriere – Paris – FRANCE

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida – Tampa – USA.

Για την Ελληνική Μετάφραση:
Γ. Ν. Παπαδημητρίου[1], Σ. Μπεράτη[2], Θ. Ματσούκας[1], Κ. Ρ. Σολδάτος[1]
[1] Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ψυχιατρική Κλινική
[2] Πανεπιστήμιο Πατρών, Ψυχιατρική Κλινική

Ερωτηματολόγιο SF-36v2 (Ελληνική έκδοση)

Ημερομηνία .....

Η υγεία και η ευημερία σας

Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας. ***Σας ευχαριστούμε για τη συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου!***

Παρακαλούμε, σε κάθε ερώτηση που ακολουθεί σημειώστε με ☒ το πλαίσιο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

Άριστη	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

2. <u>Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν</u>, γενικά πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας <u>τώρα</u>;

Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Κάπως καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν	Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που μπορεί να κάνατε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. <u>Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει</u> σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;

	Ναί, με περιορίζει Πολύ	Ναί, με περιορίζει Λίγο	Οχι, δεν με περιορίζει Καθόλου
a Σε έντονες δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, ή η συμμετοχή σε επίπονα σπορ	☐ 1	☐ 2	☐ 3
b Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, το κολύμπι ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία	☐ 1	☐ 2	☐ 3
c Οταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά	☐ 1	☐ 2	☐ 3
d Οταν ανεβαίνετε μερικές σειρές από σκαλοπάτια	☐ 1	☐ 2	☐ 3
e Οταν ανεβαίνετε μια σειρά από σκαλοπάτια	☐ 1	☐ 2	☐ 3
f Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο	☐ 1	☐ 2	☐ 3
g Οταν περπατάτε πάνω από ένα χιλιόμετρο	☐ 1	☐ 2	☐ 3
h Οταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα	☐ 1	☐ 2	☐ 3
i Οταν περπατάτε εκατό μέτρα	☐ 1	☐ 2	☐ 3
j Οταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε	☐ 1	☐ 2	☐ 3

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
	▼	▼	▼	▼	▼
a Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b Καταφέρατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c Περιορίσατε το είδος δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d Δυσκολευτήκατε να επιτελέσετε την εργασία ή άλλες δραστηριότητές σας (για παράδειγμα, καταβάλατε μεγαλύτερη προσπάθεια)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (όπως επειδή νοιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
	▼	▼	▼	▼	▼
a Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b Κάνατε λιγότερα από όσα θα θέλατε.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c Κάνατε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

6. **Τις <u>τελευταίες 4 εβδομάδες</u>, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;**

Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	Υπερβολικά
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

7. **Πόσο <u>σωματικό</u> πόνο νιώσατε τις <u>τελευταίες 4 εβδομάδες</u>;**

Καθόλου	Πολύ ήπιο	Ηπιο	Μέτριο	Εντονο	Πολύ έντονο
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

8. **<u>Τις τελευταίες 4 εβδομάδες</u>, πόσο επηρέασε <u>ο πόνος</u> τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);**

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	Υπερβολικά
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανόσαστε και στο πως τα πράγματα πήγαιναν με σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε. Τις <u>τελευταίες 4 εβδομάδες</u>, για πόσο χρονικό διάστημα...

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
	▼	▼	▼	▼	▼
a Αισθανόσασταν γεμάτος/γεμάτη ζωντάνια;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b Είχατε πολύ εκνευρισμό;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c Αισθανόσασταν τόσο πολύ πεσμένος/πεσμένηψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
e Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
f Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
g Αισθανόσασταν εξάντληση;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
h Ήσασταν ευτυχισμένος/ ευτυχισμένη;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
i Αισθανόσασταν κούραση;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

10. Τις <u>τελευταίες 4 εβδομάδες</u>, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς κλπ.) η κατάσταση της <u>σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα</u>;

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

11. Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;

	Εντελώς Αλήθεια	Τις περισσότερες φορές αλήθεια	Δεν ξέρω	Τις περισσότερες φορές ψέμα	Εντελώς ψέμα
a Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d Η υγεία μου είναι εξαιρετική	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Σας ευχαριστούμε για το χρόνο σας!

CAGE questionnaire

1. Έχετε ποτέ αισθανθεί ότι θα έπρεπε να Μειώσετε τη κατανάλωση αλκοόλ ;

N O

2. Άλλοι άνθρωποι σας έχουν Ενοχλήσει με την κριτική τους σχετικά με το πόσο πίνετε ;

N O

3. Έχετε ποτέ αισθανθεί Ένοχοι σχετικά με το πόσο πίνετε ;

N O

4. Ήπιατε ποτέ ένα ποτό την πρώτη στιγμή που Ανοίξατε τα μάτια σας το πρωί, για να σταθεροποιήσετε τα νεύρα σας ή να αντιμετωπίσετε τα επακόλουθα μέθης ;

N O

1. Have you ever felt you needed to **C**ut down on your drinking?
2. Have people **A**nnoyed you by criticizing your drinking?
3. Have you ever felt **G**uilty about drinking?
4. Have you ever felt you needed a drink first thing in the morning (**E**ye-opener) to steady your nerves or to get rid of a hangover?

Two "yes" responses indicate that the respondent should be investigated further.

Validity unknown
Digitally signed by VARVARA ZAGKARAKI
Date: 2017.12.22 21:17:32 EET
Reason: Signed PDF (embedded)
Location: Athens, Ethniko Typografio

ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ
ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

22 Δεκεμβρίου 2017 | ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ | Αρ. Φύλλου **201**

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4509

Μέτρα θεραπείας ατόμων που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής και άλλες διατάξεις.

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ**

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

**ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ
ΜΕΤΡΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΑΠΑΛΛΑΣΣΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΙΝΗ ΛΟΓΩ ΨΥΧΙΚΗΣ Ή ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄
ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΔΙΑΤΑΞΕΩΝ ΤΟΥ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΚΩΔΙΚΑ**

Άρθρο 1

Το άρθρο 69 του Ποινικού Κώδικα αντικαθίσταται ως εξής:

«Άρθρο 69
Μέτρα θεραπείας ατόμων που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής

1. Αν κάποιος που τέλεσε αξιόποινη πράξη, η οποία απειλείται με ποινή στερητική της ελευθερίας τουλάχιστον ενός (1) έτους, απαλλάχθηκε από την ποινή λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής (άρθρο 34), το δικαστήριο διατάσσει κατάλληλο για τη θεραπεία του μέτρο, εφόσον κρίνει ότι, εξαιτίας της κατάστασής του, υπάρχει κατά το χρόνο έκδοσης της απόφασης κίνδυνος, αν αφεθεί ελεύθερος, να τελέσει και άλλα τουλάχιστον ανάλογης βαρύτητας εγκλήματα. Η διάταξη της απόφασης που αφορά το θεραπευτικό μέτρο εκτελείται με φροντίδα της εισαγγελικής αρχής.

2. Η παράγραφος 1 ισχύει για όλα τα εγκλήματα κατά της ζωής ή της σωματικής ακεραιότητας που απειλούνται με ποινή στερητική της ελευθερίας τουλάχιστον τριών (3) μηνών. Δεν ισχύει για τα εγκλήματα κατά της ιδιοκτησίας και της περιουσίας που δεν εμπεριέχουν χρήση βίας ή απειλή βίας.

3. Κατάλληλα θεραπευτικά μέτρα είναι: (α) η νοσηλεία σε ειδικό τμήμα δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου, (β) η νοσηλεία σε ψυχιατρικό τμήμα δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου και (γ) η υποχρεωτική θεραπεία και ψυχιατρική παρακολούθηση κατά τακτά χρονικά διαστήματα σε κατάλληλη εξωνοσοκομειακή Μονάδα Ψυχικής Υγείας ή εξωτερικά ιατρεία δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου.

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

Άρθρο 2

Το άρθρο 70 του Ποινικού Κώδικα αντικαθίσταται ως εξής:

«Άρθρο 70
Διάρκεια του θεραπευτικού μέτρου

1. Στην απόφαση που διατάσσει το θεραπευτικό μέτρο ορίζεται ο μέγιστος χρόνος της διάρκειάς του, ο οποίος δεν μπορεί να υπερβαίνει τα δύο (2) έτη για τα πλημμελήματα και τα πέντε (5) έτη για τα κακουργήματα. Ένα (1) μήνα τουλάχιστον πριν από τη συμπλήρωση του χρόνου αυτού, το Τριμελές Πλημμελειοδικείο στην περιφέρεια του οποίου εκτελείται το θεραπευτικό μέτρο, μπορεί, με ειδικά αιτιολογημένη απόφαση, να διατάξει την παράταση του μέτρου ή την αντικατάστασή του με άλλο για τον ίδιο κατά ανώτατο όριο χρόνο, εφόσον τούτο επιβάλλεται για τις ανάγκες της θεραπείας και εξακολουθούν να υπάρχουν οι προϋποθέσεις της παραγράφου 1 του άρθρου 69. Πριν από την έκδοση της απόφασης, το δικαστήριο καλεί τον θεραπευόμενο και τον συνήγορό του, καθώς και τη διεύθυνση της μονάδας όπου εκτελείται το μέτρο, να διατυπώσουν τις απόψεις τους. Κατ' εξαίρεση είναι δυνατή η παράταση του χρόνου διάρκειας του θεραπευτικού μέτρου πέραν των ανωτάτων χρονικών ορίων, με τη διαδικασία και για τους λόγους που προβλέπονται στο δεύτερο και

τρίτο εδάφιο, εφόσον για την ύπαρξη των λόγων αυτών και την ανάγκη παράτασης του χρόνου διάρκειας του μέτρου υφίσταται η σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου του θεραπευόμενου και του επιστημονικού διευθυντή της μονάδας θεραπείας. Ο συνολικός χρόνος διάρκειας του θεραπευτικού μέτρου δεν μπορεί να υπερβαίνει τη χρονική διάρκεια του ανώτατου ορίου της ποινής που προβλέπεται στο νόμο για την πράξη που τέλεσε ο θεραπευόμενος.

2. Το ίδιο δικαστήριο, κάθε έτος, τηρώντας την ίδια διαδικασία, αποφασίζει αν το θεραπευτικό μέτρο που έχει επιβληθεί πρέπει να εξακολουθήσει ή να αντικατασταθεί με άλλο. Μπορεί όμως και οποτεδήποτε, με αίτηση του εισαγγελέα, του θεραπευομένου ή της διεύθυνσης της μονάδας όπου εκτελείται το μέτρο, μετά από εισήγηση του θεράποντος ιατρού, να διατάξει την άρση ή την αντικατάστασή του. Σε περίπτωση απόρριψης της αίτησης, απαιτείται να υπάρχει στην απόφαση ειδική αιτιολογία ως προς την ανάγκη διατήρησης του θεραπευτικού μέτρου. Νέα αίτηση μπορεί να υποβληθεί μετά την πάροδο τεσσάρων (4) μηνών από την απόρριψη της προηγούμενης.

3. Στη διαδικασία ενώπιον του Τριμελούς Πλημμελειοδικείου του παρόντος άρθρου, καθώς και ενώπιον του Εφετείου σε περίπτωση άσκησης έφεσης, αν ο θεραπευόμενος δεν έχει συνήγορο, διορίζεται συνήγορος αυτεπαγγέλτως, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 340 του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας.».

Άρθρο 3

Μετά το άρθρο 70 του Ποινικού Κώδικα προστίθεται άρθρο 70Α ως εξής:

«Άρθρο 70Α
Μέτρα θεραπείας ατόμων
μειωμένου καταλογισμού λόγω ψυχικής
ή διανοητικής διαταραχής

1. Αν κάποιος τέλεσε αξιόποινη πράξη λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής που μειώνει σημαντικά τον καταλογισμό του (άρθρο 36 παράγραφος 1) και η πράξη του απειλείται με ποινή στερητική της ελευθερίας τουλάχιστον ενός (1) έτους, το δικαστήριο, εκτός από την επιβολή μειωμένης ποινής (άρθρο 83), διατάσσει την εισαγωγή του σε ψυχιατρικό παράρτημα καταστήματος κράτησης ή, σε περίπτωση αναστολής εκτέλεσης της ποινής του, τα θεραπευτικά μέτρα της παραγράφου 3 του άρθρου 69, εφόσον κρίνει ότι συντρέχει ο κίνδυνος της παραγράφου 1 του άρθρου 69. Οι παράγραφοι 2 και 4 του άρθρου 69 έχουν και στην περίπτωση αυτή εφαρμογή.

2. Η εκτέλεση του μέτρου γίνεται αμέσως μετά από την έκδοση της απόφασης, με φροντίδα της εισαγγελικής αρχής.

3. Το άρθρο 70 εφαρμόζεται αναλόγως. Μετά την ολοκλήρωση του θεραπευτικού μέτρου, ο καταδικασθείς εκτίει την ποινή του, εφόσον δεν έχει ανασταλεί η εκτέλεσή της. Από την ποινή αφαιρείται ο χρόνος νοσηλείας στο ψυχιατρικό παράρτημα καταστήματος κράτησης ή στις μονάδες των περιπτώσεων α΄ και β΄ της παραγράφου 3 του άρθρου 69. Το Τριμελές Πλημμελειοδικείο του τόπου εκτέλεσης του μέτρου μπορεί όμως να διατάξει τη μη έκτιση της ποινής, αν το έγκλημα για το οποίο επιβλήθηκε είναι πλημμέλημα.».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄
ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΔΙΑΤΑΞΕΩΝ ΤΟΥ ΚΩΔΙΚΑ ΠΟΙΝΙΚΗΣ ΔΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

Άρθρο 4

Στο τέλος της παραγράφου 2 του άρθρου 282 του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας προστίθεται εδάφιο ως εξής:

«Για τους κατηγορουμένους που εμφανίζουν ψυχική ή διανοητική διαταραχή ως περιοριστικός όρος είναι δυνατόν να διατάσσεται ένα από τα μέτρα της παραγράφου 3 του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα.».

Άρθρο 5

Στο άρθρο 313 του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας μετά το πρώτο εδάφιο προστίθεται δεύτερο εδάφιο ως εξής:

«Ομοίως, κατ’ εξαίρεση των οριζομένων στο πρώτο εδάφιο της παραγράφου 1 του άρθρου 310, το δικαστικό συμβούλιο διατάσσει την εισαγωγή της υπόθεσης στο ακροατήριο του αρμόδιου δικαστηρίου και όταν κρίνει ότι συντρέχει περίπτωση απαλλαγής από την ποινή λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής και επιβολής μέτρου θεραπείας κατά το άρθρο 69 του Ποινικού Κώδικα.».

Άρθρο 6

Στο άρθρο 315 του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας προστίθεται παράγραφος 5 ως εξής:

«5. Όταν η δικογραφία εισάγεται στο αρμόδιο δικαστήριο λόγω συνδρομής των προϋποθέσεων της παραγράφου 1 του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα, το δικαστικό συμβούλιο επιβάλλει υποχρεωτικά ως περιοριστικό όρο ένα από τα μέτρα της παραγράφου 3 του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα, αν δε ο κατηγορούμενος κρατείται προσωρινά, αντικαθιστά υποχρεωτικά την προσωρινή κράτηση με το ίδιο μέτρο.».

Άρθρο 7

Μετά το άρθρο 486 του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας προστίθεται άρθρο 486Α ως εξής:

«Άρθρο 486Α

1. Ο κατηγορούμενος μπορεί να ασκήσει έφεση κατά της απόφασης η οποία τον κηρύσσει αθώο λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής κατά το άρθρο 34 του Ποινικού Κώδικα και επιβάλλει σε αυτόν μέτρο θεραπείας, σύμφωνα με το άρθρο 69 του Ποινικού Κώδικα.

2. Εκείνος στον οποίο έχει επιβληθεί το μέτρο θεραπείας μπορεί να ασκήσει έφεση κατά της απόφασης του Τριμελούς Πλημμελειοδικείου που διατάσσει την παράταση του μέτρου, σύμφωνα με το δεύτερο εδάφιο της παραγράφου 1 του άρθρου 70 του Ποινικού Κώδικα.».

Άρθρο 8

1. Στο τέλος του άρθρου 500 του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας προστίθεται εδάφιο ως εξής:

«Στην περίπτωση άσκησης έφεσης κατά αθωωτικής απόφασης που επιβάλλει μέτρο θεραπείας, σύμφωνα με το άρθρο 69 του Ποινικού Κώδικα (άρθρο 486Α παρ. 1), καθώς και κατά απόφασης του Τριμελούς Πλημμελειοδικείου που διατάσσει την παράταση του μέτρου σύμφωνα με το δεύτερο εδάφιο της παραγράφου 1 του άρθρου 70

του Ποινικού Κώδικα (άρθρο 486Α παρ. 2), ο ορισμός δικασίμου από τον αρμόδιο εισαγγελέα γίνεται υποχρεωτικά σε ημέρα που δεν απέχει περισσότερο από τρεις (3) μήνες από τη διαβίβαση των εγγράφων σε αυτόν.».

2. Το άρθρο 555 του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας αντικαθίσταται ως εξής:

«Άρθρο 555

Η εκτέλεση της στερητικής της ελευθερίας ποινής αναβάλλεται αν ο καταδικασθείς παρουσίασε μετά την καταδίκη του ψυχική ή διανοητική διαταραχή τέτοιας έντασης, ώστε να μην έχει συνείδηση της εκτελούμενης ποινής. Ταυτόχρονα διατάσσεται η νοσηλεία του σε δημόσιο ψυχιατρικό ή γενικό νοσοκομείο. Το άρθρο 70 του Ποινικού Κώδικα εφαρμόζεται αναλόγως. Μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας ο καταδικασθείς εκτίει την ποινή του, από την οποία αφαιρείται ο χρόνος νοσηλείας του.».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄
ΚΑΝΟΝΕΣ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ ΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΡΘΡΩΝ 69 ΚΑΙ 70Α ΤΟΥ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΚΩΔΙΚΑ

Άρθρο 9
Βασικές αρχές εκτέλεσης των μέτρων

1. Τα μέτρα που προβλέπονται στα άρθρα 69 και 70Α του Ποινικού Κώδικα υπηρετούν θεραπευτικούς σκοπούς.

2. Κατά την εφαρμογή τους λαμβάνονται υπόψη οι διεθνώς αναγνωρισμένοι κανόνες προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Καμία επιμέρους πράξη δεν πρέπει να προσβάλει την αξιοπρέπεια του ατόμου ή να παραβιάζει την αρχή της αναλογικότητας.

3. Θέματα που δεν ρυθμίζονται από τον παρόντα νόμο αντιμετωπίζονται με βάση τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, τον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας, τα πρωτόκολλα ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και με αναλογική εφαρμογή των διατάξεων του Σωφρονιστικού Κώδικα, εφόσον αυτή δεν προσκρούει στους επιδιωκόμενους θεραπευτικούς σκοπούς.

Άρθρο 10
Περιεχόμενο των μέτρων

1. Η θεραπευτική αντιμετώπιση του ατόμου, στο οποίο έχει επιβληθεί κάποιο από τα μέτρα των άρθρων 69 και 70Α του Ποινικού Κώδικα, είναι εξατομικευμένη και περιλαμβάνει την κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση, όπως φαρμακευτική αγωγή, ψυχολογική υποστήριξη ή ψυχοθεραπεία του ίδιου και της οικογένειάς του, εφόσον υπάρχει σχετική συναίνεση, ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, ιδίως εκπαίδευση και επαγγελματική κατάρτιση, ανάπτυξη δεξιοτήτων για αυτόνομη διαβίωση, διαβίωση με την οικογένεια ή διαβίωση σε μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, κυρίως οικοτροφεία, ξενώνες, προστατευμένα διαμερίσματα ή ανάδοχη οικογένεια, απασχόληση σε κοινωνικούς συνεταιρισμούς ή σε άλλους χώρους εργασίας.

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

Άρθρο 11
Μονάδες εκτέλεσης των μέτρων

1. Το ειδικό τμήμα που προβλέπεται στην περίπτωση α΄ της παραγράφου 3 του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα αποτελεί τμήμα δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου, με μικρό αριθμό κλινών και διαθέτει κατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή και εξοπλισμό για την εξυπηρέτηση των αναγκών των ατόμων που νοσηλεύονται. Παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες αυξημένης φροντίδας και ασφάλειας, για τις οποίες προβλέπεται αριθμητικά αυξημένο και κλινικά ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό.

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

3. Η εξωνοσοκομειακή Μονάδα Ψυχικής Υγείας που προβλέπεται στην περίπτωση γ΄ της παραγράφου 3 του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα περιλαμβάνει: (α) τα δημόσια Κέντρα Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 του ν. 2716/1999 (Α΄ 96), τα οποία παρέχουν υπηρεσίες θεραπείας και παρακολούθησης ατόμων που χρειάζονται ψυχιατρική φροντίδα και (β) τις δημόσιες κινητές μονάδες ψυχικής υγείας, που παρέχουν υπηρεσίες θεραπείας ή ειδικής φροντίδας στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας ή και κατ’ οίκον σε άτομα που διαβιούν σε απομακρυσμένες περιοχές και είτε δεν έχουν εύκολη πρόσβαση σε εξωτερικό ιατρείο δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου ή Κέντρου Ψυχικής Υγείας είτε δεν υπάρχουν υπηρεσίες στον τομέα ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τα άρθρα 7 και 11 παρ. 1 του ν. 2716/1999.

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

Άρθρο 12
Έναρξη εκτέλεσης των μέτρων

1. Η έναρξη εκτέλεσης των μέτρων γίνεται με έγγραφη παραγγελία του αρμόδιου Εισαγγελέα Πρωτοδικών προς τον Διευθυντή των μονάδων που αναφέρονται στο άρθρο 11, ο οποίος και οφείλει να εκτελέσει την παραγγελία.

2. Ο προσδιορισμός της μονάδας όπου θα εκτελεστούν τα μέτρα, γίνεται από κατάλογο μονάδων κατάλληλων για την εκτέλεσή τους, ο οποίος καταρτίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και Υγείας και αποστέλλεται στα πρωτοδικεία και εφετεία της χώρας και στις αντίστοιχες εισαγγελίες, καθώς και στους Διευθυντές όλων των μονάδων του καταλόγου.

3. Μεταξύ περισσότερων μονάδων που ανήκουν στην ίδια κατηγορία, ο αρμόδιος Εισαγγελέας Πρωτοδικών, αρχικώς ή στη συνέχεια, επιλέγει εκείνη που είναι εγγύτερα στον τόπο κατοικίας του ατόμου ή της οικογένειάς του ή κρίνεται καταλληλότερη για αυτό.

Άρθρο 13
Εισαγωγή σε ειδικό ή κοινό τμήμα νοσοκομείου

1. Η εισαγγελική παραγγελία προς τον Διευθυντή του ειδικού ή κοινού ψυχιατρικού τμήματος δημόσιου ψυχι-

ατρικού ή γενικού νοσοκομείου (άρθρο 69 παράγραφος 3 περίπτωσεις α΄ και β΄ του Ποινικού Κώδικα) συνοδεύεται από πλήρες αντίγραφο δικαστικής απόφασης ή βουλεύματος ή διάταξης του ανακριτή ή απόφασης αλλοδαπής δικαστικής αρχής. Αν δεν έχει καθαρογραφεί η απόφαση ή το βούλευμα, επισυνάπτεται απόσπασμα και στη συνέχεια διαβιβάζεται υποχρεωτικά και πλήρες αντίγραφο.

2. Κατά την εισαγωγή συντάσσεται έκθεση και διενεργούνται τα εξής: α) έκδοση εισιτηρίου, β) καταγραφή ατομικών στοιχείων (στοιχεία ταυτότητας, τόπος τελευταίας διαμονής, νόμιμος αντιπρόσωπος ή πρόσωπα επικοινωνίας, θρήσκευμα κ.ά.), γ) καταγραφή χρημάτων και εγγράφων (δελτίου ταυτότητας, βιβλιαρίου υγείας και ΑΜΚΑ ή βιβλιαρίου πρόνοιας / απορίας ή πιστοποιητικού κοινωνικής προστασίας για ανθρωπιστικούς λόγους ή δελτίου υποβολής αίτησης για πολιτικό άσυλο ή το σχετικό έγγραφο αναγνώρισης της ιδιότητας του πρόσφυγα, διαβατηρίου και ευρωπαϊκής κάρτας υγείας (Ε111) κ.ά.) και φύλαξη αυτών αν συντρέχει λόγος, δ) εξέταση ιατρική και ψυχιατρική, ε) τήρηση ηλεκτρονικού ή έγγραφου ιατρικού φακέλου, στ) συνέντευξη με κοινωνικό λειτουργό, ζ) τήρηση φακέλου από την κοινωνική υπηρεσία.

3. Η δαπάνη θεραπείας καλύπτεται από τον ασφαλιστικό φορέα του ατόμου και, εφόσον δεν υπάρχει, από το κράτος.

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

5. Κατά την παραμονή του ατόμου για θεραπεία τηρούνται τα προβλεπόμενα αρχεία και βιβλία κατά τις κείμενες διατάξεις και επιπλέον βιβλίο καταγραφής των χρησιμοποιηθέντων μέσων αυξημένης ψυχιατρικής φροντίδας και ασφάλειας του παρόντος νόμου.

Άρθρο 14
Έναρξη της υποχρεωτικής θεραπείας και παρακολούθησης

1. Για την έναρξη της υποχρεωτικής θεραπείας και παρακολούθησης σε τακτά χρονικά διαστήματα σε εξωνοσοκομειακή Μονάδα Ψυχικής Υγείας ή σε εξωτερικό ιατρείο δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου (άρθρο 69 παράγραφος 3 περίπτωση γ΄ του Ποινικού Κώδικα) εφαρμόζονται αναλόγως οι παράγραφοι 1 και 2 του άρθρου 13.

2. Ο θεράπων ψυχίατρος εκπροσωπεί τη θεραπευτική ομάδα και προτείνει εξατομικευμένο θεραπευτικό σχέδιο που περιλαμβάνει ένα ή περισσότερα από τα μέτρα του άρθρου 10, καθώς και την εποπτεία των συνθηκών εκτέλεσής τους. Το σχέδιο αυτό οφείλει να κοινοποιήσει αμελλητί στον αρμόδιο εισαγγελέα, τον οποίο και ενημερώνει για την ανταπόκριση και συμμόρφωση του θεραπευομένου προς αυτό, αλλά και για την πιθανή ανάγκη τροποποίησής του.

3. Τυχόν δαπάνη εισιτηρίου καλύπτεται από τον ασφαλιστικό φορέα του ατόμου και, εφόσον δεν υπάρχει, από το κράτος.

Άρθρο 15
Αντικατάσταση ή άρση θεραπευτικών μέτρων

Κατά την αντικατάσταση ή την άρση των θεραπευτικών μέτρων, σύμφωνα με την παράγραφο 2 του άρθρου 70 του Ποινικού Κώδικα, συνεκτιμάται η κατάσταση της ψυχικής υγείας του ατόμου, το στάδιο βελτίωσής της και η ύπαρξη κατάλληλου υποστηρικτικού συγγενικού ή άλλου περιβάλλοντος. Πιο συγκεκριμένα συνεκτιμάται αν το άτομο: α) ευρίσκεται σε στάσιμη κατάσταση ή υποτροπή, β) ευρίσκεται σε στάδιο βελτίωσης ή αποθεραπείας, γ) συμμετέχει σε αναγνωρισμένα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, δ) λαμβάνει άδειες και τηρεί τους όρους τους και ε) διαβιοί σε μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην κοινότητα ή σε ανάδοχη οικογένεια ή με την οικογένειά του.

Άρθρο 16
Εκτέλεση θεραπευτικών μέτρων

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

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

3. Σε περίπτωση παραβίασης της άδειας ή φυγής ενημερώνονται αμέσως οι αστυνομικές αρχές και ο αρμόδιος εισαγγελέας. Ο θεραπευόμενος δεν θεωρείται κρατούμενος σύμφωνα με την έννοια των άρθρων 172 και 173 του Ποινικού Κώδικα. Το προηγούμενο εδάφιο δεν ισχύει σε περίπτωση θεραπείας σε ψυχιατρικό παράρτημα καταστήματος κράτησης.

4. Μέσα αυξημένης ψυχιατρικής φροντίδας και ασφάλειας, όπως η προστατευτική απομόνωση και ο σωματικός περιορισμός, μπορούν να ληφθούν μόνο για όσους εκδηλώνουν αυτοκαταστροφική ή βίαιη συμπεριφορά, εναντίον του προσωπικού ή τρίτων. Τα μέσα του προηγούμενου εδαφίου αποφασίζονται και εφαρμόζονται, σύμφωνα με τις ψυχιατρικές οδηγίες και τις κατευθυντήριες αρχές της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την πρόληψη των βασανιστηρίων και της απάνθρωπης ή ταπεινωτικής μεταχείρισης ή τιμωρίας (CPT) και της Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, αφού προηγηθούν και αποτύχουν τεχνικές αποκλιμάκωσης της βίαιης συμπεριφοράς.

5. Απαγορεύεται απολύτως η λήψη μέσων, όπως η στείρωση, λοβοτομή και άλλες ανάλογες επεμβάσεις ή θερα-

πείες οι οποίες προξενούν μη αναστρέψιμες καταστάσεις στην υγεία του ατόμου.

Άρθρο 17
Σύσταση και στελέχωση ειδικών τμημάτων νοσοκομείων

1. Η σύσταση, κατάργηση ή συγχώνευση των ειδικών τμημάτων δημόσιων ψυχιατρικών ή γενικών νοσοκομείων της παραγράφου 1 του άρθρου 11 γίνεται με προεδρικό διάταγμα, ύστερα από πρόταση των Υπουργών Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και Υγείας. Ο τρόπος οργάνωσης, στελέχωσης και λειτουργίας των ανωτέρω τμημάτων καθορίζεται με κοινή απόφαση των ίδιων Υπουργών.

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

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

Άρθρο 18
Αρμοδιότητες εισαγγελικού λειτουργού

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

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

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

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

2. Οι αρμοδιότητες της παραγράφου 1 ασκούνται με προσωπική παρουσία του εισαγγελικού λειτουργού στη μονάδα, την οποία επισκέπτεται τουλάχιστον μία (1) φορά τον μήνα για να διαπιστώσει τη νόμιμη εκτέλεση του επιβληθέντος μέτρου, να ενημερωθεί από το προσωπικό, να συνεργασθεί με τον επιστημονικά υπεύθυνο ιατρό και να δεχθεί σε ακρόαση τα ενδιαφερόμενα πρόσωπα.

3. Κατά την άσκηση των καθηκόντων του ο εισαγγελέας μπορεί να ζητήσει τη διατύπωση γνώμης του Επιστημονικού Συμβουλίου της μονάδας όπου εκτελείται το μέτρο σχετικά με την εφαρμοζόμενη θεραπευτική αγωγή και ιδίως σχετικά με την αναγκαιότητα μέσων αυξημένης ψυχιατρικής φροντίδας και ασφάλειας.

Άρθρο 19
Έλεγχος της εκτέλεσης των μέτρων

1. Η είσοδος στις μονάδες εκτέλεσης των μέτρων της παραγράφου 3 του άρθρου 69 και της παραγράφου 1 του άρθρου 70Α του Ποινικού Κώδικα για την πραγματοποίηση ελέγχου σχετικά με πιθανή παραβίαση δικαιωμάτων των θεραπευομένων επιτρέπεται: α) στο Συνήγορο του Πολίτη, β) στο Σώμα Επιθεώρησης και Ελέγχου καταστημάτων κράτησης, ειδικά για τα ψυχιατρικά τμήματα των καταστημάτων κράτησης, γ) στο Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας, ειδικά για τις μονάδες που λειτουργούν εντός ψυχιατρικών ή γενικών νοσοκομείων, τα Κέντρα ψυχικής υγείας και τις κινητές μονάδες ψυχικής υγείας, δ) στην Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές του Υπουργείου Υγείας και ε) σε κάθε άλλη αρχή που της παραχωρείται δικαίωμα ελέγχου με ειδική διάταξη νόμου.

2. Όσοι έχουν ελεγκτική αρμοδιότητα σύμφωνα με την παράγραφο 1 μπορούν να διενεργούν τη σχετική έρευνα και χωρίς προειδοποίηση, με επισκέψεις στις μονάδες εκτέλεσης του μέτρου, να ζητούν έγγραφες ή προφορικές πληροφορίες από τον Διευθυντή και το προσωπικό της μονάδας και να καλούν σε ακρόαση τους θεραπευομένους. Ο Διευθυντής υποχρεούται να διευκολύνει την έρευνα και δεν μπορεί να αντιτάξει το ιατρικό απόρρητο, το οποίο, σε κάθε περίπτωση, οι ελέγχοντες διαφυλάσσουν έναντι τρίτων.

3. Μετά τον έλεγχο συντάσσεται έκθεση, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει συστάσεις προς τη διεύθυνση της μονάδας και αποστέλλεται προς αυτήν, τα συναρμόδια Υπουργεία Υγείας και Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και τον επόπτη Εισαγγελέα.

Άρθρο 20
Λήξη των μέτρων

1. Τα μέτρα λήγουν όταν εκλείψει ο θεραπευτικός λόγος για τον οποίο επιβλήθηκαν.

2. Η άρση των μέτρων αποφασίζεται από το Τριμελές Πλημμελειοδικείο στην περιφέρεια του οποίου εκτελούνται, σύμφωνα με τα άρθρα 70 και 70Α του Ποινικού Κώδικα και παραγγέλλεται από τον αρμόδιο Εισαγγελέα, ο οποίος διαβιβάζει και αντίγραφο της σχετικής απόφασης στον Διευθυντή της μονάδας όπου εκτελούνται τα μέτρα για να τεθεί στον φάκελο του θεραπευομένου.

3. Ο επιστημονικός Διευθυντής της μονάδας ενημερώνει τον Τομέα Ψυχικής Υγείας του τόπου διαμονής του ατόμου στο οποίο είχε επιβληθεί κάποιο από τα μέτρα των άρθρων 69 και 70Α του Ποινικού Κώδικα, ο οποίος μεριμνά για τη συνέχεια της φροντίδας, καθώς και για την ομαλή επάνοδο και προσαρμογή του στο κοινωνικό, επαγγελματικό και οικογενειακό του περιβάλλον, εφόσον κρίνεται απαραίτητο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄
ΚΑΤΑΡΓΟΥΜΕΝΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 21
Καταργούμενες και μεταβατικές διατάξεις

1. Από την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου καταργούνται τα άρθρα 38 έως 41 του Ποινικού Κώδικα και κάθε άλλη γενική ή ειδική διάταξη που αντίκειται στις διατάξεις του παρόντος νόμου.

2. Το Τριμελές Πλημμελειοδικείο, στην περιφέρεια του οποίου εκτελείται η ποινή που προβλέπεται στα καταργούμενα άρθρα 38 έως 41 του Ποινικού Κώδικα, αποφασίζει αυτεπαγγέλτως ή μετά από αίτηση του κρατουμένου σχετικά με την αντικατάσταση της ποινής από το μέτρο του άρθρου 70Α του Ποινικού Κώδικα. Η ποινή της φυλάκισης ή της κάθειρξης που έχει επιβάλλει το δικαστήριο κατ’ εφαρμογή του καταργούμενου άρθρου 40 του Ποινικού Κώδικα, εκτελείται σύμφωνα με όσα ορίζει το άρθρο 70Α του Ποινικού Κώδικα, μετά την ολοκλήρωση του μέτρου θεραπείας.

3. Μέτρο που έχει επιβληθεί σύμφωνα με το άρθρο 69 του Ποινικού Κώδικα και δεν έχει ολοκληρωθεί, εκτελείται σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου. Εντός τριών (3) μηνών, από την έναρξη ισχύος του παρόντος, ο Εισαγγελέας που ορίζεται στο άρθρο 18, εξετάζει όλους του φακέλους των προσώπων που τελούν υπό το καθεστώς του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα.

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

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ
ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΑ ΠΟΛΙΤΙΚΑ, ΠΟΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΑ ΔΙΚΑΣΤΗΡΙΑ

Άρθρο 22
Διατάξεις για το συναινετικό διαζύγιο

1. Το άρθρο 1438 του Αστικού Κώδικα αντικαθίσταται ως εξής:

«Άρθρο 1438

Ο γάμος μπορεί να λυθεί με διαζύγιο, το οποίο απαγγέλλεται με αμετάκλητη δικαστική απόφαση ή με συμφωνία μεταξύ των συζύγων, όπως ορίζεται στο άρθρο 1441.».

2. Το άρθρο 1441 του Αστικού Κώδικα αντικαθίσταται ως εξής:

«Άρθρο 1441

1. Οι σύζυγοι μπορούν με έγγραφη συμφωνία να λύσουν τον γάμο τους. Η συμφωνία αυτή συνάπτεται μεταξύ των συζύγων με την παρουσία πληρεξούσιου δικηγόρου για καθέναν από αυτούς και υπογράφεται από τους ίδιους και από τους πληρεξούσιους δικηγόρους τους ή μόνον από τους τελευταίους, εφόσον είναι εφοδιασμένοι με ειδικό πληρεξούσιο. Η πληρεξουσιότητα πρέπει να έχει δοθεί μέσα στον τελευταίο μήνα πριν από την υπογραφή της συμφωνίας.

2. Αν υπάρχουν ανήλικα τέκνα, για να λυθεί ο γάμος πρέπει να ρυθμίζεται η επιμέλειά τους, η επικοινωνία με αυτά και η διατροφή τους, με την ίδια ή με άλλη έγγραφη συμφωνία μεταξύ των συζύγων, που υπογράφεται όπως ορίζεται στην παράγραφο 1 και ισχύει για δύο (2) έτη τουλάχιστον.

3.α) Η έγγραφη συμφωνία για τη λύση του γάμου, καθώς και η συμφωνία για την επιμέλεια, την επικοινωνία και τη διατροφή των ανήλικων τέκνων υποβάλλονται από τους πληρεξούσιους δικηγόρους του κάθε συζύγου, μαζί με τα ειδικά πληρεξούσια σε συμβολαιογράφο.

β) Η κατάρτιση της συμβολαιογραφικής πράξης της παραγράφου 4 του παρόντος άρθρου απέχει τουλάχιστον δέκα (10) ημέρες από την έγγραφη συμφωνία των συζύγων, η ημερομηνία της οποίας αποδεικνύεται με βεβαίωση του γνησίου της υπογραφής των συζύγων από τη Γραμματεία του Ειρηνοδικείου της έδρας του συμβολαιογράφου που θα καταρτίσει τη συμβολαιογραφική πράξη.

4. Ο συμβολαιογράφος συντάσσει πράξη με την οποία βεβαιώνει τη λύση του γάμου, επικυρώνει τις συμφωνίες των συζύγων και τις ενσωματώνει σε αυτή. Τη συμβολαιογραφική πράξη υπογράφουν οι σύζυγοι και οι πληρεξούσιοι δικηγόροι τους ή μόνον οι τελευταίοι, εφόσον είναι εφοδιασμένοι με ειδικό πληρεξούσιο. Η πληρεξουσιότητα πρέπει να έχει δοθεί μέσα στον τελευταίο μήνα πριν από την υπογραφή της πράξης. Όταν η βεβαίωση αφορά στην επιμέλεια, επικοινωνία και διατροφή των ανήλικων τέκνων, η πράξη αποτελεί εκτελεστό τίτλο, εφόσον έχουν συμπεριληφθεί στη συμφωνία οι ρυθμίσεις των άρθρων 950 και 951 του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας. Μετά τη λήξη ισχύος της επικυρωμένης συμφωνίας, μπορεί να ρυθμίζεται η επιμέλεια, η επικοινωνία και η διατροφή των τέκνων για περαιτέρω χρονικό διάστημα με νέα συμφωνία και με την ίδια διαδικασία.

5. Η λύση του γάμου επέρχεται με την κατάθεση αντιγράφου της συμβολαιογραφικής πράξης στο ληξιαρχείο όπου έχει καταχωρισθεί η σύσταση του γάμου.».

3. Η ρύθμιση της προηγούμενης παραγράφου 5 δεν καταλαμβάνει τις ήδη κατατεθειμένες αιτήσεις στα δικαστήρια, οι οποίες εκδικάζονται κατά τη διαδικασία που ίσχυε κατά τον χρόνο της κατάθεσής τους.

4. Σε περίπτωση θρησκευτικού γάμου, παραγγέλλεται η λύση αυτού από τον αρμόδιο Εισαγγελέα Πρωτοδικών, ύστερα από αίτηση του έχοντος έννομο συμφέρον η οποία συνοδεύεται από αντίγραφο της συμβολαιογραφικής πράξης. Η αίτηση με την παραγγελία συνυποβάλλονται στην Ιερά Μητρόπολη στην οποία ανήκει ο ιερός ναός όπου τελέστηκε ο γάμος. Η πνευματική λύση του γάμου είναι υποχρεωτική.

Άρθρο 23
Τροποποίηση του άρθρου 686 του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας

Η παράγραφος 6 του άρθρου 686 του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας αντικαθίσταται ως εξής:

«6. Στη διαδικασία των ασφαλιστικών μέτρων στο μονομελές πρωτοδικείο ή στο ειρηνοδικείο η πρόσθετη παρέμβαση και η ανταίτηση μπορεί να ασκηθεί και προφορικά.».

International Journal of Law and Psychiatry 75 (2021) 101673

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Law and Psychiatry

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijlawpsy

Research findings on Greek forensic patients found not guilty by reason of insanity. A juxtaposition of patients who committed a criminal offense during their first psychotic episode with those who did so later in the course of their illness

M. Markopoulou [a,*], V. Karakasi [b], G. Garyfallos [c], P. Pavlidis [d], A. Douzenis [e]

[a] Department of Forensic Psychiatry, General Hospital of Thessaloniki G. Papanikolaou, Psychiatric Hospital of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece
[b] 3rd Department of Psychiatry, Aristotle University of Thessaloniki, Medical School, AHEPA Hospital, Thessaloniki, Greece
[c] 2nd Department of Psychiatry, Aristotle University of Thessaloniki, General Hospital of Thessaloniki G. Papanikolaou, Psychiatric Hospital of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece
[d] Laboratory of Forensic Sciences, Democritus University of Thrace, Medical School, Alexandroupolis, Greece
[e] 2nd Department of Psychiatry, National and Kapodistrian University of Athens, Medical School, "Attikon" Hospital, Athens, Greece

ARTICLE INFO

Keywords:
Schizophrenia
First psychotic episode
Psychosis
Homicide
Found not guilty by reason of insanity
Crime
Aggression

ABSTRACT

The aim of this study was to compare the baseline characteristics (demographic, psychiatric-psychopathological and legal) among Greek forensic patients found not guilty by reason of insanity. The first step of this approach being differentiating patients who committed a criminal offense during their first psychotic episode from the ones who did so later in the course of their illness. All patients were hospitalized in the Department of Forensic Psychiatry (DFP) of the Psychiatric Hospital of Thessaloniki (PHT) from January 2015 to January 2020 and were examined in order to be included in the study. The final research sample consisted of 78 patients (70 identifying themselves as males and 8 identifying themselves as females) aged 18 and older, 21 of whom committed a criminal offense during their first psychotic episode (FEP, $N = 21$) and 57 did so later on in the course of their illness (Course, $N = 57$). Data were collected from multiple sources and several psychometric tools were used (Mini International Neuropsychiatric Interview-M.I.N·I, Positive And Negative Syndrome Scale-PANSS, Addiction Severity Index-ASI, CAGE Questionnaire, Hostility and Direction of Hostility Questionnaire-HDHQ, Global Assessment of Functioning-GAF and Aggression Questionnaire). Comparing the two groups (FEP vs. Course) we found that patients in FEP were younger, had experienced stressful life events in the last 24 months, committed more serious violent crimes, and more frequently attempted suicide after the crime. Their victims were usually members of their family. The main psychometric disparities between the two groups were found in the "Hostility" score of the Aggression questionnaire, and the items "Criticism of Others" and "Paranoid Hostility" of the HDHQ questionnaire, where patients in FEP scored lower. Patients in FEP scored significantly higher in items P1 (delusions), P4 (excitement), P6 (suspiciousness/persecution) and P7 (hostility) of the PANSS scale. No statistically significant differences were found between the two groups regarding their evaluation with the CAGE, ASI or GAF questionnaires. When comparing the patients' present scores in PANSS scale, the patients in FEP had lower total scores in the Positive and the General Psychopathology subscales. Both groups showed significant improvement during hospitalization in all scales (PANSS & GAF), except for the Negative Subscale of the PANSS scale. Through logistic regression analysis, we found that patients in FEP were younger, more likely to have recently experienced stressful life events and more likely to have assaulted a member of their family. Patients with higher scores in the "Hostility" subscale of the Aggression questionnaire were found to remain at risk for committing a crime during the course of their illness. These findings underline the need to design and develop specialized mental health services in order to identify and treat patients involved in violent crime in a timely and effective manner addressing their multiple needs.

* Corresponding author.
E-mail address: forensicunit_dir@psychothes.gr (M. Markopoulou).

https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2021.101673
Received 30 June 2020; Received in revised form 7 December 2020; Accepted 13 January 2021
0160-2527/© 2021 Elsevier Ltd. All rights reserved.

1. Introduction

The vast majority of patients suffering from schizophrenia will never commit a serious violent act. Most researchers, however, agree that there is a modest but steady correlation between psychosis and violent crime (Arseneault, Moffitt, Caspi, Taylor, & Silva, 2000; Fazel, Grann, Carlström, Lichtenstein, & Långström, 2009; Wallace, Mullen, & Burgess, 2004). Factors such as male gender, young age, alcohol or other psychoactive substance abuse, and previous history of violent or self-destructive behavior have been identified as high-risk indicators and must be taken into account (Amore et al., 2008; Large & Nielssen, 2008). The presence of psychotic symptoms, especially of delusional ideas (Swanson et al., 2006), is of great importance and increases the likelihood of violent behavior (Keers, Ullrich, Destavola, & Coid, 2014). Schizophrenia is a chronic mental illness with significant impact on both physical and mental health. Schizophrenic patients and their families come up against impediments regarding access to healthcare services (Lykouras & Douzenis, 2008) and thus suffer serious victimization.

In many countries, perpetrators of crimes who suffer from a serious mental illness are found not guilty by reason of insanity in a court of law. Subsequently, they are hospitalized in secure psychiatric wards rather than be incarcerated. Many studies (Nicholson, Norwood, & Enyart, 1991; Skipworth, Brinded, Chaplow, & Frampton, 2006; Zonana, Bartel, et al., 1990; Zonana, Wells, et al., 1990) have demonstrated that most perpetrators who are described as having a mental illness are usually men with schizophrenia. In addition, recent studies have found that patients with untreated psychosis account for a significant proportion of patients with psychosis who have committed homicides (Large & Nielssen, 2007; Meehan et al., 2006; Nielssen & Large, 2010; Nielssen, Westmore, Large, & Hayes, 2007). Moreover, a significant proportion of patients found not guilty by reason of insanity (NGRIs), had not been previously treated for psychosis (Nielssen, Yee, et al., 2011).

Addressing the key point of an untreated first psychotic episode, a meta-analysis by Large and Nielssen (2011) disclosed that approximately 35% of patients with a First Episode of Psychosis (FEP) commit violent crimes prior to first contacting mental health services. Moreover, the risk of violence of any kind is associated with increased duration of untreated psychosis (OR = 1.56), and the use of illicit psychoactive substances (OR = 2.33). In another meta-analysis, the authors conclude that although homicide is extremely rare during the first psychotic episode, the relative risk is 15.5 times higher in the case of untreated patients compared to the general population (Nielssen & Large, 2010). In another study, the same authors found that 40 to 60% of violent patients with psychosis have literally never received treatment (Nielssen, Malhi, McGorry, & Large, 2012). On the other hand, Winsper et al. (2013) concluded that the rates of aggression in the first psychotic episode remain high even after an initial contact with mental health services has taken place. While substantial data exist on the increased risk of exhibiting violence before and during initial treatment, little is known about the risk of violent offenses during the course of the disease, and especially in the years to come after treatment has been initiated.

In this perspective Langeveld et al. (2014) studied the prevalence of violence in a group of 155 patients with a first psychotic episode during a follow up period of 10 years. While a high proportion of patients were imprisoned or arrested during this decade (20% compared to 1.6% of the general population-Skarðhamar, Thorsen, & Henriksen, 2011), the initial high figure of 20% dropped to less than 2% at the end. This indicates that when psychotic patients received treatment, their relative risk of violent behavior was gradually reduced to levels comparable to those of the general population. Violence was associated with positive symptomatology, cognitive deficits and impulsivity, as well as substance abuse. Comorbidity with substance abuse disorder remained a significant risk factor for violent behavior, even after treatment was initiated.

In Greece, perpetrators of crimes suffering from a serious mental illness are found not guilty by reason of insanity when the court is convinced that they could not fathom the wrongfulness of their actions or they could not act in accordance with their perception of this wrongfulness (Article 34 of the Greek Penal Code). Subsequently, the court orders the hospitalization of the person deemed not guilty by reason of insanity in a state psychiatric hospital either in Athens, when the patient's residence is in South Greece, or in Thessaloniki, if they live in Northern Greece.

2. Aim

The purpose of our study was to highlight the differences in the baseline characteristics (demographic, psychiatric and legal) among Greek mentally ill patients found not guilty by reason of insanity. Are these characteristics identified as distinct in the cases of criminal offending during the first psychotic episode from those who exhibit such demeanor later on? There has been no such research in Greece in this field to our knowledge and it would be interesting to determine whether any differences in the Greek forensic system, the Greek mental health care system or the Greek culture are reflected in this population. Given the need for culturally appropriate understanding of psychiatric presentations across cultures and how this may impact one's movement through the legal system, this study could contribute to the existing literature.

This research will also describe the characteristics of psychotic patients who commit a criminal offense during their first psychotic episode and those who, despite receiving psychiatric services, are likely to commit a violent crime later on in the course of their disease. Additionally, it will confirm the hypothesis that untreated patients with a first psychotic episode commit more serious criminal offenses than previously diagnosed patients who are receiving some form of treatment. Finally, it will further investigate the correlation of positive and negative psychopathology, hostility, history of abuse, previous criminal history and certain stress factors in the emergence of criminal behavior in patients with schizophrenia and ascertain the specific severity of these factors.

3. Material and methods

3.1. Participants

All patients hospitalized in the Department of Forensic Psychiatry (DFP) of the Psychiatric Hospital of Thessaloniki (PHT) from January 2015 to January 2020 were assessed in order to be included in the study. This psychiatric ward exclusively treats all the psychiatric patients who have committed a crime and were found not guilty by reason of insanity (NGRIs) in Northern Greece. It is the only psychiatric ward in Greece that treats exclusively NGRIs. It has 45 hospital beds and is the largest ward in the PHT.

All participants included in this study had previously signed an informed consent form. The consent form was also signed by their nearest relative (provided that a relative was available). Moreover, the study protocol (including the aforementioned purpose and method) was approved without changes by both the Bioethics Committee of the PHT and the Hellenic Data Protection Authority (HDPA).

3.2. Measures

Data were collected from patients' medical and court records, interviews and evaluation with psychometric tools. We considered all these measures necessary in our effort to determine the relationship between the different aspects of the patients' history and clinical features (demographics, substance abuse, adherence to treatment, psychopathology, aggression, hostility and functioning) and the time of the crime (in the first psychotic episode or in the course of their illness), as described in the aims of this study. The measures used are described below:

(Addington & Addington, 2001) Patient medical records and court

documents in the Department of Forensic Psychiatry (DFP) of the Psychiatric Hospital of Thessaloniki (PHT): These included a medical history from the first day of admission, a record of all psychiatric and medical treatments received, psychological assessments (with interviews and psychometric tests), social reports, court documents, pretrial information (witness statements, etc.), as well as expert reports on accountability.

(Addington, Williams, Young, & Addington, 2004) Interviews: All interviews took place in the clinic or in the outpatient clinic individually. The interviews were included as a means of collecting and confirming demographic, psychiatric, legal and forensic data. Throughout their interview, the patients were given the opportunity to express themselves and provide further information if they wished.

(Almeida, Graça, Vieira, Almeida, & Santos, 2010) Information provided by the ward staff and the patients' relatives: It is an integral part of our daily practice to gather information from the staff, as they can shed light on various aspects of the clinical presentation of the patients' disease with information and data that confirm the diagnosis. They provide a more well-rounded and useful description of each patient's behavior and relationships with fellow patients and the staff during their time in our department. In addition to the ward staff, family members were also requested to provide information about the patients included in our study. This was intended as a means to achieve greater reliability of the data collected, and thus an increased credibility of our study.

(Amore et al., 2008) Completion of questionnaires: The questionnaires and scales used were: the Greek version of the M.I.N.I. (Mini-International Neuropsychiatric Interview, Sheehan et al., 1998), validated by Papadimitriou, Beratis, Matsoukas, and Soldatos (2004),the Greek version of the PANSS scale (Positive and Negative Symptoms Scale), validated by Lykouras, Botsis, and Oulis (1997), the Greek version of the self-administered questionnaire HDHQ (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire), validated by Lyketsos, Blackburn, and Tsiantis (1978), the Greek version of the self-administered AGGRESSION QUESTIONNAIRE, to estimate aggressiveness (Buss & Perry, 1992), the CAGE QUESTIONNAIRE (Ewing, 1998), the semi-structured interview ASI in Greek (Addiction Severity Index), weighted and validated by Kokkevi et al. (1994), and the Greek version of the GAF (Global Assessment of Functioning) scale.

3.3. Procedure

Our initial study sample consisted of 84 patients that had committed a criminal offense punishable by at least 6 months of imprisonment and were found not guilty by reason of insanity in a court of law (Article 69 of the Greek Penal Code). Six patients were excluded. Two of them had no history of psychosis and therefore did not fulfill the inclusion criteria. Three more were excluded because they had severe dementia, not diagnosed before the offense (Douzenis et al., 2010). They could not respond to questionnaires, and had no family members who could provide sufficient information about their history. Finally, one patient was absent without leave at the time the research took place. We examined their records and consequently categorized every patient either in the FEP or in the Course group.

In this study, the term "first psychotic episode" was used to denote not only psychosis that had not been previously treated, but also psychosis in the first 3 weeks of initiating some form of antipsychotic treatment. Consequently, cases of patients with a short-term (up to 15 days) hospitalization without compliance immediately after discharge, as reported by the patients themselves and confirmed by their environment, were included in the first psychotic episode group.

On the other hand, patients were categorized as suffering from previously treated psychosis, if they had received a sufficient period of treatment with antipsychotic medication, regardless of whether the patient was adherent to treatment at the time of the offense or if psychosis was resistant to treatment (Nielssen, Yee, et al., 2011). Patients who were hospitalized for more than 15 days in a psychiatric ward and/or received a long-acting formulation at any time during the course of their illness were included in this group.

All patients completed the aforementioned questionnaires and were evaluated using the PANSS and the GAF scales at the time of the study. The PANSS scale was also completed retrospectively in the majority of the cases, since most of our patients were already hospitalized for a long time at the time of this study, in order to illustrate their psychopathology at the time of the offense. Completion was based on medical and court records describing the symptoms during the time of their arrest. Individual interviews, focusing on the patients' mental state of that period of time, were additionally used to maximize the accuracy of our evaluation. We followed the same process regarding the GAF scale.

3.4. Statistical analysis

All statistical measures and controls reported and used for the purpose of this research are part of the statistical package SPSS 23 (Statistical Package for Social Sciences 23). Initially, a descriptive statistical analysis was performed. The description of the whole sample is given through frequency tables and then divided into two separate groups. In each case all the participants' demographic, psychiatric and legal characteristics were examined. The basic descriptive measures (minimum and maximum value, mean and standard deviation) of the quantitative measurements concerning the scores of the questionnaires were calculated. All the outcomes of descriptive statistics were presented separately in groups of questions and the respective differences were assessed through independence tests for categorical data and parametric (one-way ANOVA, Independent Samples *t*-test) or non-parametric (Mann-Whitney, Kruskal-Wallis) tests for continuous variables depending on their distribution. *p*-values lower than 0.05 were considered as statistically significant.

A logistic regression analysis was performed using the "Forward LR" method. This method successively introduced characteristics of the two groups measured in this study as variables in the model and extracted what was considered important for the classification of the perpetrators in the two groups regarding the time of the crime (in the first psychotic episode/in the course of the illness). Other variables, which we considered essential to include in the model of logistic regression, were also studied. Subsequently, the "Enter" method was used for this purpose. Specifically, the variables were hierarchically introduced into the model to determine the additional value of the model from the introduction of more variables or its inability to provide reliable results. Results were given as Odds Ratios (and the respective 95% Confidence Intervals – CIs) regarding the probability of belonging to the group of patients in FEP or to the group of patients in the course of their illness. Odds Ratios higher than 1 indicated factors associated with increased probability of belonging to the group of patients in the course of illness and vice versa. *p*-values indicate the level of statistical significance of our findings.

4. Results

4.1. Sample's characteristics

Demographic, clinical, legal and forensic characteristics of our sample are shown in Tables 1, 2, 3 & 4.

The patients were also evaluated for aggression and hostility via the Aggression and HDHQ questionnaires. Results from the evaluation with the ASI and CAGE questionnaires are included in the tables for the whole sample and the two subgroups and are shown in Tables 5. The results from the evaluation with the PANSS scale are given in Table 6. The negative subscales of the PANSS are only provided as a total score, as no statistical differences were found between the two groups of patients regarding each individual item.

All patients included in this study were also evaluated using the

Table 1
Demographic characteristics of Greek patients found not guilty by reason of insanity (NGRIs) hospitalized in the Psychiatric Hospital of Thessaloniki (PHT).

	Overall $N = 78$	Patients in FEP $N = 21$	Patients in the course of illness ($N = 57$)	
Demographics	Frequencies			
	N (%)	N (%)	N (%)	p value
Male	70 (89.7%)	18(85.7%)	52 (91.2%)	0.675
Greek	75 (96.2%)	21(100%)	54(94.7%)	0.559
Single	47 (60.3%)	10(47.6%)	37 (64.9%)	0.681
Parenthood	27 (34.6%)	10(47.6%)	17(29.8%)	0.143
Haven't completed secondary education	29 (37.2%)	12 (57.1%)	17 (29.8%)	0.223
Employed	40 (51.3%)	15(71.4%)	25 (43.9%)	**0.031**
Living with his/her family	19 (24.4%)	9 (42.9%)	10 (17.5%)	0.069
Living with his/her parents	40 (51.3%)	9 (42.9%)	31 (54.4%)	

p values lower than 0.05 are presented in bold also the title of the contents in the table columns are presented in bold in order to be easily distinguished from the actual contents

PANSS and the GAF scales at the time of the study, as demonstrated in Tables 5 & 6. The mean score in the GAF scale at present is significantly higher compared to the mean score at the time of their offense ($p = 0.003$). Regarding the PANSS scale, there was a statistically significant improvement in the positive and in the general psychopathology subscales when comparing present and past scores ($p < 0.001$ in both cases). Results are shown in Table 7.

4.2. Logistic regression analysis-results

A logistic regression analysis was performed using the "Forward LR" method. The key factors for dividing our initial sample into two groups were the history of hospitalizations before the perpetration of the crime (x^2 (Addington & Addington, 2001) = 21.592, $p < 0.001$) and the total "Hostility" score (x^2 (Addington & Addington, 2001) = 5.820, $p < 0.016$) recorded in the Aggression Questionnaire. In particular, perpetrators with a higher score in "Hostility", were more likely to commit a criminal offense later in the course of their illness (rather than in their first psychotic episode) compared to perpetrators who scored lower (OR = 1.15). Therefore, in our sample, patients who scored higher in the item "Hostility" of the Aggression Questionnaire remained at a higher risk for committing a crime later in the course of their illness.

Using the "Enter" method (Table 8), we looked for variables showing a statistically significant correlation to the time of the offense (in the first psychotic episode vs later in the course of illness). The only variables that showed a statistically significant correlation were the patients' age (x^2 (Addington & Addington, 2001) = 4.903, $p = 0.027$), the administration of psychiatric medication at the time of the offense (x^2 (Addington & Addington, 2001) = 8.176, $p = 0.004$), the presence of stressful events prior to the offense (x^2 (Addington & Addington, 2001) = 4.805, $p = 0.028$) and the relationship between the perpetrator and the victim (x^2 (Addington & Addington, 2001) = 4.811, $p = 0.028$). Specifically, the probability of the offense being committed in FEP (in relation to the offense being committed during the course of illness) was found to be higher for those who were younger, those who had experienced stressful events in the two years prior to the crime, and those who assaulted a family member.

Table 2
Psychiatric history of Greek NGRIs in PHT.

	Overall $N = 78$	Patients in FEP $N = 21$	Patients in the course of illness ($N = 57$)	
	Frequencies			
Diagnosis given in court				
Schizophrenia-Psychosis	71 (91%)	18(85.7%)	53 (93%)	0.123
Mood disorder	2 (2.6%)	2 (9.5%)	0 (0%)	
Mental retardation	1 (1.3%)	0 (0%)	1 (1.8%)	
Psychotic disorder due to drug/alcohol abuse	4 (5.1%)	1 (4.8%)	3 (5.3%)	
Hospitalization prior to the offense	55 (70.5%)	4 (19%)	51 (89.5%)	**<0.001**
History of drug/alcohol abuse	43 (55.1%)	12(57.1%)	31 (54.4%)	0.828
Use of drugs/alcohol at the time of the offense	28 (35.9%)	7 (33.3%)	21 (36.8%)	0.774
Perpetration of the crime related to use of drugs/alcohol	20 (25.6%)	5 (23.8%)	15 (26.3%)	0.822
Psychiatric medication prescribed prior to the offense	62 (79.5%)	10(47.6%)	52 (91.2%)	**<0.001**
Current psychiatric medication				
Antipsychotics	78 (100%)	21(100%)	57(100%)	–
Antidepressants	21 (26.9%)	10(47.6%)	11(19.3%)	**0.012**
Mood stabilizers	16 (20.5%)	3(14.3%)	13(22.8%)	0.536
Anxiolytics	34 (43.6%)	6(28.6%)	28(49.1%)	0.104
Adherence at the time of the offense (N = 62)	7 (11.3%)	0 (0%)	7 (13.5%)	0.586
Positive Family history				
Psychiatric illness	33 (42.3%)	9 (42.9%)	24 (42.1%)	0.952
Drug/alcohol abuse	26 (33.3%)	6 (28.6%)	20 (35.1%)	0.588
Criminality	5 (6.4%)	1 (4.8%)	4 (7%)	1.000
Psychiatric history				
Self-destructive behavior prior to the offense	26 (33.3%)	5 (23.8%)	21 (36.5%)	0.279
Self-destructive behavior after the offense	17 (21.8%)	11 (52.4%)	6 (10.5%)	**<0.001**
Violent behavior prior to the offense	58 (74.4%)	13(61.9%)	45 (78.9%)	0.126
Violent behavior after the offense	14 (17.9%)	4 (19%)	10 (17.5%)	1.000
Past victimization	31 (39.7%)	7 (33.3%)	24 (42.1%)	0.604
Victim of physical/ sexual assault	29 (37.2%)	7 (33.3%)	22 (38.6%)	0.794
Victim of bullying at school	11 (14.1%)	1 (4.8%)	10 (17.5%)	0.271
Behavioral/conduct disorder in childhood	30 (38.5%)	9 (42.9%)	21 (36.8%)	0.628
Stressful events in the 24 months preceding the offense	41 (52.6%)	17 (81%)	24 (42.15%)	**0.002**

p values lower than 0.05 are presented in bold also the title of the contents in the table columns are presented in bold in order to be easily distinguished from the actual contents

Table 3
Characteristics of Greek NGRIs regarding alcohol and substance abuse/use patterns.

Abuse/use patterns	Overall *N* = 78	Patients in FEP *N* = 21	Patients in the course of illness (*N* = 57)	*p* value
Alcohol abuse	43 (55.1%)	12(57.1%)	31(54.4%)	0.828
Cannabis use	33 (42.3%)	10(47.6%)	23(40.4%)	0.564
Opiate use	13 (16.7%)	3 (14.3%)	10(17.5%)	1.000

Table 4
Forensic characteristics of Greek NGRIs in PHT.

	Overall *N* = 78	Patients in FEP *N* = 21	Patients in the course of illness (*N* = 57)	
Index offense (N = 78)				
Homicide-attempted homicide	53 (67.9%)	19(90.5%)	34 (59.6%)	**0.010**
Physical harm	20 (25.6%)	5 (23.8%)	15 (26.3%)	0.822
Crime against property	10 (12.8%)	2 (9.5%)	8 (14%)	0.721
Arson	11 (14.1%)	2 (9.5%)	9 (15.8%)	0.717
Relationship with the victim (*N* = 71)				
Family member (relative, spouse)	51 (71.8%)	19(90.5%)	32 (64%)	**0.024**
Non family member	20 (28.2%)	2(9.5%)	18(36%)	
Family members (N = 51)				
Parents-Siblings-Children	36 (70.6%)	14(73.7%)	22(68.8%)	0.723
Spouse	7 (13.7%)	3(15.8%)	4(12.5%)	
Other	8 (15.7%)	2(10.5%)	6(18.8%)	
Parents-Siblings-Children (N = 36)				
Child	3 (8.3%)	3(21.4%)	0(0%)	**0.024**
Mother	16 (44.4%)	7(50%)	9(40.9%)	
Grandmother	7 (19.4%)	2(14.3%)	5(22.7%)	
Father	7 (19.4%)	0(0%)	7(31.8%)	
Sister	3 (8.3%)	2(14.3%)	1(4.5%)	
Crime scene				
Residence of patient-victim	63 (80.8%)	19(90.5%)	44(77.2%)	0.331
Public place	15 (19.2%)	2(9.5%)	13(22.8%)	
Previous convictions (N = 20)	20 (25.6%)	2(9.5%)	18(31.6%)	**0.041**

p values lower than 0.05 are presented in bold also the title of the contents in the table columns are presented in bold in order to be easily distinguished from the actual contents

Table 5
Psychometric evaluation of Greek NGRIs in PHT.

	Whole sample (*N* = 78)	In FEP (*N* = 21)	In the course of illness (*N* = 57)		
	Mean ± S·D	Mean ± S·D	Mean ± S·D	t/U	*p*
Age at the time of the offense	38.68 ± 12.06	33.19 ± 11.95	41.02 ± 12.05	380.000	**0.014**
Age at present	50.63 ± 12.69	49.24 ± 12.41	51.14 ± 12.86	−0.585	0.560
Age at illness onset	25.58 ± 9.78	27.52 ± 12.79	24.88 ± 8.56	575.000	0.791
Number of victims		1.57 ± 0.93	1.24 ± 0.72	421.000	0.059
Age of initiation of alcohol use	14.51 ± 2.95	15.62 ± 2.80	14.04 ± 2.91	346.500	**0.023**
Years of alcohol consumption	19.01 ± 12.89	13.40 ± 12.87	21.26 ± 12.32	−2.382	**0.020**
Aggression Questionnaire					
Physical aggression	19.08 ± 8.81	16.76 ± 7.06	19.93 ± 9.28	487.500	0.210
Verbal aggression	12.87 ± 3.59	12.00 ± 3.35	13.19 ± 3.65	472.000	0.152
Anger	14.44 ± 5.33	13.24 ± 4.58	14.88 ± 5.55	507.000	0.301
Hostility	22.91 ± 7.21	19.95 ± 7.49	24.00 ± 6.85	418.000	**0.042**
HDHQ					
Urge to act out hostility	4.45 ± 2.79	4.00 ± 2.21	4.61 ± 2.98	533.000	0.456
Criticism of others	6.45 ± 2.87	5.29 ± 2.45	6.88 ± 2.91	405.000	**0.028**
Paranoid hostility	4.60 ± 2.55	3.67 ± 2.46	4.95 ± 2.51	424.500	**0.048**
Self-criticism	4.78 ± 2.52	4.24 ± 2.30	4.98 ± 2.59	514.500	0.341
Delusional guilt	3.47 ± 1.70	3.33 ± 1.59	3.53 ± 1.74	566.000	0.710
Total hostility		20.52 ± 8.12	24.89 ± 9.20	−1.918	0.059
Extroverted hostility	15.49 ± 7.12	12.95 ± 5.90	16.42 ± 7.35	−1.941	0.056
Introverted hostility	13.35 ± 6.44	12.29 ± 6.57	13.74 ± 6.41	−0.881	0.381
Direction of hostility	−2.50 ± 7.42	−1.14 ± 5.49	−3.00 ± 8.00	533.500	0.463
GAF					
At the time of the offense	42.05 ± 10.61	43.33 ± 10.65	41.58 ± 10.66	542.000	0.508
Current	48.59 ± 15.18	50.48 ± 17.74	47.89 ± 14.24	534.500	0.461

p values lower than 0.05 are presented in bold also the title of the contents in the table columns are presented in bold in order to be easily distinguished from the actual contents

5. Discussion

5.1. Demographic, clinical and psychometric features of the whole sample

With regards to the demographic and clinical data of the whole sample, our findings are consistent with the existing literature. As demonstrated in previous studies, our patients were mostly men (Skipworth et al., 2006; Zonana, Wells, et al., 1990), before the age of 40 (Almeida et al., 2010; Mackay, Mitchell, & Howe, 2006; Menezes, Oyebode, & Haque, 2007; Müller-Isberner, Freese, Jöckel, & Gonzalez Cabeza, 2000; Skipworth et al., 2019), mostly single (Almeida et al., 2010; Menezes et al., 2007; Reid, 2004; Yusuf & Nuhu, 2009), with lower educational attainment (Menezes et al., 2007; Müller-Isberner et al., 2000), often unemployed (Gaite, Vazquez-Barquero, Borra, et al., 2002; Marwaha et al., 2007), living with their parents, suffering from schizophrenia or psychosis (Nielssen, Yee, Millard, & Large, 2011; Hayes, Kemp, Large, & Nielssen, 2014), having a history of alcohol or drug misuse (Almeida et al., 2010; Hayes et al., 2014), having suffered abuse as a child (Maas, Herrenkohl, & Sousa, 2008; Malvaso, Delfabbro, & Day, 2017; Fitton, Yu, & Fazel, 2018) and having a family history of drug/alcohol abuse and criminality or violence (Müller-Isberner et al., 2000). They also had a history of behavioral/conduct disorder (Hodgins & Klein, 2017; Hodgins, Piatosa, & Schiffer, 2014), and they did not comply with the psychiatric treatment (Buchanan, Sint, Swanson, & Rosenheck, 2019; Swartz, 1998; Witt, van Dorn, & Fazel, 2013; Fazel, Zetterqvist, Larsson, Långström, & Lichtenstein, 2014). Most of our patients had a history of destructive or violent behavior prior to the

Table 6
Evaluation of Greek NGRIs with PANSS both at the time of the offense and at the time of the study.

PANSS	Whole sample (*N* = 78)	In FEP (N = 21)	In the course of illness (*N* = 57)		Whole sample (*N* = 78)	In FEP (N = 21)	In the course of illness (*N* = 57)	
	At the time of the offense				At the time of the study			
Items/Total scores	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	*p*	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	*p*
P1 (delusions)	6.3 ± 1.1	6.90 ± 0.30	6.14 ± 1.26	**0.004**	3.4 ± 1.8	2.95 ± 1.63	3.54 ± 1.85	0.222
P2 (conceptual disorganization)	3.2 ± 1.4	2.81 ± 1.37	3.28 ± 1.40	0.131	2.6 ± 1.4	1.81 ± 0.81	2.91 ± 1.41	**0.001**
P3 (hallucinatory behavior)	3.4 ± 2.3	3.81 ± 2.87	3.19 ± 1.99	0.485	2.2 ± 1.3	1.90 ± 1.45	2.28 ± 1.29	0.131
P4 (excitement)	3.1 ± 1.3	3.71 ± 1.52	2.89 ± 1.19	**0.038**	2.2 ± 0.9	2.14 ± 0.79	2.18 ± 0.93	0.924
P5 (grandiosity)	3 ± 2	2.71 ± 1.93	3.05 ± 2.01	0.571	2.3 ± 1.5	1.76 ± 0.83	2.44 ± 1.63	0.145
P6 (suspic./prosecution)	6.1 ± 1.2	6.62 ± 0.59	5.89 ± 1.29	**0.015**	3.3 ± 1.5	2.86 ± 1.35	3.49 ± 1.50	0.087
P7 (hostility)	6 ± 1.5	6.57 ± 1.12	5.84 ± 1.61	**0.040**	2.4 ± 1.5	2.05 ± 1.07	2.56 ± 1.56	0.210
Positive score (7–49)	31.06 ± 6.15	33.14 ± 6.05	30.30 ± 6.05	0.070	18.35 ± 7.19	15.48 ± 5.27	19.40 ± 7.54	**0.035**
Negative score (7–49)	24.65 ± 6.82	23.95 ± 6.61	24.91 ± 6.93	0.906	24.97 ± 7.86	24.52 ± 7.70	25.14 ± 7.98	0.761
G1 (somatic concern)	2.3 ± 1.5	1.67 ± 0.97	2.56 ± 1.56	**0.014**	2.2 ± 1.2	1.67 ± 0.97	2.37 ± 1.29	**0.021**
G2 (anxiety)	4.2 ± 1.6	5.05 ± 1.83	3.95 ± 1.34	**0.005**	2.9 ± 1	2.71 ± 0.96	3.00 ± 0.98	0.211
G3 (guilt feelings)	2.7 ± 1.2	3.10 ± 1.22	2.51 ± 1.21	**0.038**	2.8 ± 1.2	3.19 ± 1.12	2.68 ± 1.15	0.081
G4 (tension)	3.5 ± 1.3	4.10 ± 1.64	3.32 ± 1.15	**0.034**	2.4 ± 0.9	2.05 ± 0.59	2.49 ± 0.91	**0.048**
G5 (mannerisms & posturing)	1.9 ± 1	1.57 ± 0.93	2.00 ± 1.04	**0.049**	1.9 ± 1	1.57 ± 0.93	2.02 ± 0.99	**0.043**
G6 (depression)	3.4 ± 1.2	3.71 ± 1.23	3.33 ± 1.16	0.160	3.2 ± 1.1	3.29 ± 1.27	3.11 ± 0.98	0.624
G7 (motor retardation)	2.4 ± 1.2	2.29 ± 1.15	2.42 ± 1.18	0.588	2.7 ± 1.2	2.76 ± 1.09	2.63 ± 1.23	0.672
G8 (uncooperativeness)	4.6 ± 1.6	5.05 ± 1.77	4.42 ± 1.57	0.075	2.4 ± 1.2	2.00 ± 0.71	2.56 ± 1.25	0.115
G9 (unusual thought content)	3.1 ± 2	3.38 ± 2.18	2.95 ± 1.96	0.472	2.6 ± 1.7	2.10 ± 1.22	2.79 ± 1.79	0.158
G10 (disorientation)	1.4 ± 0.97	1.19 ± 0.68	1.49 ± 1.05	0.124	1.32 ± 0.73	1.19 ± 0.68	1.37 ± 0.75	0.207
G11 (poor attention)	2.22 ± 1.2	2.43 ± 1.36	2.14 ± 1.14	0.445	2 ± 1.18	1.71 ± 0.78	2.11 ± 1.29	0.307
G12 (lack of judgement & insight)	5.17 ± 1.46	5.81 ± 1.37	4.93 ± 1.44	**0.012**	3.78 ± 1.31	3.29 ± 1.23	3.96 ± 1.30	0.061
G13 (disturbance of volition)	2.58 ± 1.23	2.29 ± 0.90	2.68 ± 1.33	0.312	2.72 ± 1.3	2.33 ± 0.80	2.86 ± 1.42	0.185
G14 (poor impulse control)	5.79 ± 1.35	6.43 ± 0.87	5.56 ± 1.43	**0.009**	2.73 ± 1.28	2.19 ± 0.60	2.93 ± 1.40	**0.030**
G15 (preoccupation)	4.92 ± 1.78	6.05 ± 1.40	4.51 ± 1.73	**0.001**	2.87 ± 1.05	2.71 ± 1.01	2.93 ± 1.07	0.613
G16 (active social avoidance)	3.71 ± 1.47	3.52 ± 1.60	3.77 ± 1.43	0.476	3.35 ± 1.46	2.95 ± 1.36	3.49 ± 1.48	0.151
General psychopathology score (16–112)	53.86 ± 10.39	57.62 ± 9.07	52.47 ± 10.58	**0.052**	41.79 ± 10.27	37.71 ± 8.98	43.30 ± 10.38	**0.032**
Total score (33−210)	109.69 ± 19.48	114.71 ± 16.63	107.84 ± 20.25	0.168	85.60 ± 22.15	78.71 ± 18.97	88.14 ± 22.84	0.096

p values lower than 0.05 are presented in bold also the title of the contents in the table columns are presented in bold in order to be easily distinguished from the actual contents

Table 7
Differences between evaluations at the time of the offense and at present for the whole sample.

Questionnaires	Whole sample (N = 78)	Mean ± SD at the offense	Mean ± SD at present	t/Z	*p*
GAF	Score (0−100)	42.05 ± 10.61	48.59 ± 15.18	−2.955	**0.003**
PANSS-positive subscale	Subtotal (7−49)*	31.06 ± 6.15	18.35 ± 7.19	15.066	**<0.001**
PANSS-negative subscale	Subtotal (7−49)	24.65 ± 6.82	24.97 ± 7.86	−0.220	0.826
PANSS-general psychopathology	Subtotal (16–113)*	53.86 ± 10.39	41.79 ± 10.27	9.599	**<0.001**
PANSS	Total score (30−210)*	109.69 ± 19.48	85.60 ± 22.15	10.821	**<0.001**

p values lower than 0.05 are presented in bold also the title of the contents in the table columns are presented in bold in order to be easily distinguished from the actual contents

* In these cases *t*-test for 2 dependent samples was performed. In all other cases the non-parametric Wilcoxon signed-rank test was performed.

index crime (Amore et al., 2008; Fazel, Buxrud, Ruchkin, & Grann, 2010; Large, Ryan, Singh, Paton, & Nielssen, 2011) and some had exhibited self-harming behavior (Bhatia et al., 2006; Palmer, Pankratz, & Bostwick, 2005). The percentage of destructive behavior, though, was found to decrease significantly after treatment (Langeveld et al., 2014).

The crimes committed were often homicides or attempted homicides (Hayes et al., 2014; Menezes et al., 2007; Müller-Isberner et al., 2000). The percentage of homicides in our study was higher than the ones other researchers had reported. Hayes et al. (2014) found that homicides accounted for the 28.9% of the offenses in their sample in New South Wales, whereas Menezes et al. (2007) found that percentage to be 20% in their sample in England and Wales. Homicides accounted for 28% of the offenses in Germany as shown by Müller-Isberner et al. (2000). This finding may suggest that perpetrators of serious crimes with psychiatric illness in Greece are more likely to be found not guilty by reason of insanity once they are brought to justice. Another explanation might be that, often, in crimes committed by individuals with severe mental illness, more attention is paid to the mental state of the perpetrator. A third explanation could be that schizophrenic patients are viewed with a greater deal of tolerance and complacency regarding their criminal offenses (Almeida 2010).

In our study, most offenses were committed in the residence of the perpetrator or of the victim. This finding is consistent with findings from previous studies (Joyal, Putkonen, Paavola, & Tiihonen, 2004; Steadman et al., 1998). The victims were usually someone the patient knew, which is in line with preexisting literature (Skipworth et al., 2019; Nielssen, Yee, et al., 2011; Joyal et al., 2004; Tardiff, 1984; McNiel & Binder, 1986; Gondolf, Mulvey, & Lidz, 1990; Straznickas, McNiel, & Binder, 1993; Estroff, Swanson, Lachicotte, Swartz, & Bolduc, 1998).

Regarding the patients' psychopathology, the mean score in the

Table 8
Variables correlated to the time of the offense (in FEP or in the Course of illness).

Variables	B (S.E.)	Odds Ratio	95% CI	*p*
Age	0.09 (0,39)	1.09	(1.01,1.18)	**0.027**
Substance abuse at the offense	−1.48 (0.89)	0.23	(0.04, 1.29)	0.094
On medication at the offense	2.82 (0.99)	16.74	(2.43, 115.50)	**0.004**
Victimization	0.90 (0.79)	2.46	(0.52, 11.58)	0.254
Conduct/behavioral disorder prior to 15	−0.40 (0.82)	0.67	(0.13, 3.33)	0.624
Stressful life events	−2.08 (0.95)	0.13	(0.02, 0.80)	**0.028**
Suicidality before the offense	0.08 (0.92)	1.08	(0.18,6.56)	0.930
Violence before the offense	0.42 (0.95)	1.53	(0.24, 9.82)	0.656
Relationship with the victim	−2.23 (1.02)	0.11	(0.02, 0.79)	**0.028**
Standard	−1.32 (2.16)	0.27		0.542

p values lower than 0.05 are presented in bold also the title of the contents in the table columns are presented in bold in order to be easily distinguished from the actual contents

Positive subscale of the PANSS scale found in our study highlights the severe positive psychopathology characterizing the offenders. The high total score in the PANSS scale further contributes to understanding the clinical presentation of patients' illness in our sample, classifying our sample as markedly to severely ill (Leucht et al., 2005). The items P1 (delusions), P6 (suspiciousness/persecution) and P7 (hostility) had the highest scores, demonstrating that most of the patients in our study were delusional and suspicious or feeling persecuted at the time of the offense. This disclosure is consistent with the existing literature, highlighting the role of delusions and persecutory ideation in violent crimes committed by offenders with psychosis (Joyal et al., 2004; Swanson et al., 1996). The findings of another study in Greece including NGRIs from Athens (Ntounas et al., 2018) were similar to ours, with scores in items P1 and P6 of the PANSS scale being significantly high. Taking these findings into consideration, we can assume that homicidal behaviors in the Greek samples seem to be influenced by intense psychotic symptoms and were more often based on delusions rather than hallucinations. The aforementioned assumption is in concordance with existing bibliography (Joyal et al., 2004; Junginger, Parks-Levy, & McGuire, 1998; Taylor, 1985). It should also be noted that in our sample the item G14 (poor impulse control) of the PANSS scale was next in a decreasing order with a high mean score supporting the "control-override" theory and addressing the key role of certain personality traits such as impulsivity in the overall outcome (Douzenis, Tsopelas, & Tzeferakos, 2012).

The evaluation of our sample using the PANSS and the GAF scales both at the time of the offense and at present highlights the improvement in all scales, with the exception of the Negative subscale of the PANSS scale. Therefore, we came to the conclusion that our patients seemed to benefit from a lengthy hospitalization, where both pharmacological and psychological treatments were administered. The persistence of negative symptoms was expected, especially when a long hospitalization was inevitable, since it is consistent with previous findings (Veerman, Schulte, & de Haan, 2017).

5.2. Comparing the two groups of patients

5.2.1. Features of patients who committed a crime during their FEP

26.92% of our sample committed their criminal offense during their first psychotic episode. That percentage is lower than what is recorded in some of the preexisting literature. For instance, Nielssen, Yee, Millard & Large et al. (2011) in their study of 272 offenders found not guilty by reason of insanity, identified 124 offenders (46%) who were classified as being in their first episode of psychosis at the time of the offense. Studies of homicide by patients with psychotic illnesses (four from developed countries and one from Pakistan) reported rates of homicide during FEP (among homicides in psychosis) that fluctuate between 28% and 76%, prior to effective treatment (Appleby et al., 2006; Bourget, Labelle, & Gagné, & Tessier, 2004; Farooq, Deeba, Ashfaque, & Iqbal, 2003; Meehan et al., 2006; Nielssen et al., 2007). Considering that almost all of the FEP patients in our sample had committed homicide or had attempted to commit homicide, one may assume that the low percentage of FEP patients in our study may be due to ineffective diversion of FEP patients from the legal to the healthcare system when a less serious crime is investigated.

Some studies reported that FEP patients had been unwell for several years prior to committing a criminal offense (Appleby et al., 2006; Meehan et al., 2006; Nielssen et al., 2007). In particular, Appleby and Shaw found that 28% of the FEP patients in their UK sample had been mentally ill for more than five years before committing a crime. In accordance to the previous finding, Meehan et al. (2006), found that in England and Wales 25% of the FEP patients had been psychotic for more than three years before committing a criminal offense. Nielssen et al. (2007) studied a sample from New South Wales and found that 41% of the FEP patients had been unwell for more than two years and 15% had been unwell for more than five years before committing a crime. Although it is often impossible for the researchers to make a clear distinction between the prodromal phase of the mental illness and the actual date of the onset of psychosis, Large and Nielssen (2008) suggest that the long duration of untreated psychosis (DUP) may increase the risk of homicide. In our sample the mean time of duration of untreated psychosis was five years. 12 out of 21 patients in FEP (57.14%) had been ill for more than three years before the offense. Conclusions should be made with caution, due to the small number of FEP patients. It is true, however, that Greek families (especially in rural areas), often overlook the emergence of psychotic symptoms and deny the presence of psychiatric illness. This could be due not only to a lack of education in the field, but also to the fear of being stigmatized regarding mental illness in Greece.

Regarding the crime committed, 20 out of 22 patients in FEP committed or attempted to commit homicide, and the other two were charged with arson, but their stated intent was to murder a relative. Earlier studies have found that most homicides tend to occur during the first year of illness, while the first episode of psychosis has been associated with the greatest risk of a lethal assault (Nielssen et al., 2007). A meta-analysis of 10 studies of all the homicide offenders with a psychotic illness within a known population during a specified period of time showed that 38.5% of homicides occurred during the first episode of psychosis, prior to initial treatment (Nielssen & Large, 2010). In our sample, 14 out of 33 homicides (42.4%), were committed during the offender's first psychotic episode. If homicide attempts and homicides are added, then the percentage of those committed in FEP drops to 38.5%, which is very close to the findings of Nielssen and Large (2010).

In our sample, the victims were mostly members of the offender's family. Most of the victims were mothers, wives, small children, grandmothers, and sisters. In all cases but one, the victims were well known to the offender (Karakasi et al., 2017; Karakasi, Markopoulou, Alexandri, Douzenis, & Pavlidis, 2019). In eight cases there were multiple victims. These findings are consistent with the literature concerning victims of homicide offenses committed in the acute phase of mental illness (Nielssen et al., 2007).

Among the 21 patients in FEP 11 patients attempted suicide after committing the homicide. This percentage was significantly higher than the reported percentages of suicidality in cohorts of patients treated for first-episode psychosis (Addington et al., 2004; Chow, Law, Chang et al., 2005; Clarke et al., 2006). On the other hand, Nielssen et al. (2009)

found that 37 patients who were admitted to hospital in New South Wales from 1992 to 2007 as survivors of violent suicide attempts, were suffering from a psychotic illness. 18 of them (48.6%) were in fact in their FEP. When trying to explain the high percentage of homicide-attempted suicide in our patients, one should also consider literature data concerning homicide followed by suicide. In particular, it has been found that most homicide-suicide incidents involve a male perpetrator killing a current or former female intimate partner (Bossarte, Simon, & Barker, 2006; Logan et al., 2009; Marzuk, Tardiff, & Hirsch, 1992). Children, however, can also be victims in such incidents (Bossarte et al., 2006; Logan et al., 2008). In our sample, the victims in homicide-attempted suicide cases were mostly children, parents and partners.

Many patients in FEP were receiving antidepressants during their hospitalization. This could indicate a high rate of depression in the FEP group following the perpetration of the crime. This finding is consistent with our observations in clinical practice. In our experience, when the first psychotic episode responds well to treatment and the concurrent psychological interventions are fruitful, the patients gain a better insight regarding what happened during their psychotic episode. This realization can contribute in the development of depression. Other reasons for the high rate of antidepressant treatment in patients in FEP could be the long duration of their hospitalization and/or the existence of depression before the offense, which could also explain the high rate of suicidality in this group of patients. In a previous study, aggressive behavior was significantly and positively associated with symptoms of depression, among other factors like childhood conduct disorder, current use of illicit drugs, positive and threat-control-override (TCO) symptoms (Hodgins & Riaz, 2011).

In our sample, 81% of the FEP patients had experienced a stressful life event before the offense, mostly bereavement. Bereavement was recently identified as a trigger for violent criminality among individuals with schizophrenia (Sariaslan, Lichtenstein, Larsson, & Fazel, 2016), probably mediated either by stress or by an increase of psychopathologic symptoms that led to violent behavior (Volavka, 2016).

Regarding substance abuse, 57.1% of the patients in the FEP group were abusing or were addicted to alcohol or drugs. Comorbidity of first-episode psychosis and substance abuse is encountered often as reflected in the literature (McGorry, Edwards, Mihalopoulos, Harrigan, & Jackson, 1996). Moreover, substance use is widely regarded as a major predictor for violence in psychosis (Elbogen & Johnson, 2009; Soyka, 2000; Walsh & Fahy, 2002; Witt et al., 2013).

5.2.2. Features of patients who committed a crime during the Course of their illness

57 out of the 78 patients of our sample had been previously treated for psychosis before committing a criminal offense-these were categorized in the "Course of illness" group. By the time of the offense, 89.5% of them had already been hospitalized either voluntarily or involuntarily. Moreover, 91.2% were prescribed medication, mostly antipsychotics, but only 13.5% were adherent to their treatment. Low adherence to treatment is a well-known phenomenon in chronic psychiatric disease, which leads to exacerbation of symptoms, relapse and often re-hospitalization. Non-adherence to therapy and medication is associated with an elevated risk of violence in psychotic individuals (Alia-Klein et al., 2007; Belli & Ural, 2012; Bo, Abu-Akel, Kongerslev, Haahr, & Simonsen, 2011; Volavka, 2013; Witt et al., 2013). On the other hand, Fazel et al. (2014) reported a 45% reduction in violent crime among patients receiving antipsychotic medications. Moreover, recent research showed a significant impact of the pharmacological treatment of schizophrenia which delayed the display of violence by 18% among offenders released from prison (Igoumenou, Kallis & Coid, 2015). Finally, in 2017 Rezansoff et al. (Rezansoff, Moniruzzaman, Fazel, McCandless, & Somers, 2017) found that adherence above 80% was associated with a significantly reduced risk of offending. In our sample, 78.9% of the patients in the "Course of illness" group were destructive or violent before the perpetration of their offense.

1 out of 3 patients in this group had a history of previous convictions, concerning mainly violent crimes, but also nonviolent ones. Prior offending by NGRIs has been reported in literature (Skipworth et al., 2006). Statistics show that it is found more often in patients who committed a criminal offense during the course of their illness rather than during their first psychotic episode (Nielssen, Yee, et al., 2011).

5.2.3. Group "FEP" and "Course" – differences

Comparing the two groups (FEP vs. Course) we found that patients in FEP were younger (Nielssen, Yee, et al., 2011; Volavka, 2002), often employed at the time of the offense and had experienced stressful life events in the last 24 months prior the crime. They committed more violent crimes, mostly homicide and attempted homicide and more often attempted to commit suicide after the crime. Their victims were most often members of their family. After the perpetration of the crime these patients usually received antidepressant treatment. These patients had higher mean scores in specific items of the positive subscale of the PANSS scale at the time of the offense (P1, P4, P6 and P7). We propose that our findings regarding the severity of violence, the offenders' relationship with the victims and the high percentage of attempted suicide in the FEP group, highlight the underlying frustration in the offender-victim relationship. Moreover, these could be a result of the distress and despair caused by the delusions and/or hallucinations of emerging psychosis. In fact, many patients in the FEP group reported that they would either hurt themselves or others to escape from the dead-end they were facing. It seems that in some cases they did both.

Psychometrically the two groups differed significantly in the "Hostility" score of the Aggression questionnaire and in the items "Criticism of Others" and "Paranoid Hostility" of the HDHQ questionnaire, where patients in the Course of illness scored higher than patients in FEP. These findings suggest that patients who commit crimes during the course of their illness may exhibit more hostility than the patients in FEP. They tend to commit crimes more often, but usually their crimes are less serious, and they do not attack members of their family as often as the patients in FEP. Compared to patients in FEP, they seem to be less driven by delusions and suspiciousness/persecutory ideation. They also scored significantly higher in the Positive and the General Psychopathology scale at present, presenting a profile of chronic illness with worse overall outcome.

Our findings are consistent with existing literature. Large and Nielssen (2008) in their review of 16 studies point out that there is a greatly increased risk of homicide prior to treatment and that there is a dramatic decline in the risk of homicide after treatment for psychosis. One can therefore assume that measures taken to reduce any delay in treating the first psychotic episode would save lives. It had also been shown by earlier studies that patients in their first episode of mental illness should be considered at a greater risk of committing a seriously violent crime compared to those in subsequent episodes (Nielssen et al., 2007).

It has been proposed that the decline in violence after treatment for the first psychotic episode is probably the result of a multifactorial combination that encompasses various psychological, biological, and social parameters (Nielssen et al., 2012). Remission in positive symptoms, especially regarding delusions, can have a protective effect in future psychotic episodes, since serious violence in first-episode psychosis appeared to be a patient's response to frightening delusional beliefs (Nielssen et al., 2007). Moreover, patients under treatment may become less likely to proceed to seriously violent acts in response to their symptoms. Indeed, a statistically significant difference in psychopathology between the two groups is evident in our sample, if one considers the statistically significant differences in the relevant items of the positive subscale of the PANSS scale (items P1 and P6) and the item G14 (lack of judgement and insight) between the two groups of patients.

Another identified factor, that could be protective against serious violence by previously treated patients with psychosis, is the awareness by both the patients and their environment of the existence of the illness,

the need for treatment and how to obtain it (Nielssen et al., 2012). Once patients and their families have the experience of contacting mental health services, they are usually familiar with the process of resuming treatment when needed. This is evident by the number of hospitalizations of our patients who committed a criminal offense in the course of their illness. 62.7% of these patients had more than two involuntary hospitalizations prior to the index offense, indicating the revolving door phenomenon. Of note, once a patient has a history of mental illness, it is easier to obtain an involuntary treatment order under the Greek mental health laws. The latter is also the case in other countries as suggested by existing literature (Nielssen et al., 2012). Moreover, having a psychotic illness can also limit a person's access to firearms (Nielssen, Yee, et al., 2011).

Other proposed factors, that might contribute to the declining frequency of committing serious violence after treatment, such as a decline in substance abuse associated with treatment for mental illness, (Addington & Addington, 2001; Edwards et al., 2006) were not identified in our sample. The percentage of substance abuse in the two groups of our study was almost identical before and after treatment for psychosis.

It has been suggested in bibliography (de Almeida, Ferrari, Parmigiani, & Miczek, 2005) that atypical antipsychotics can lead to a decline in violent behavior by reducing subcortical dopaminergic stimulation and enhancing frontal inhibition, provided there is an ongoing adherence to treatment, which is not the case for our sample. Nielssen et al. (2012) suggested that some cases of observed decline in serious violence after initial treatment could be mediated by brain changes and by lasting changes in symptom patterns and cognitive function caused by the antipsychotic medication itself (Crespo-Facorro et al., 2008; Scherk & Falkai, 2006). On the other hand, other investigators suggested that the emergence of negative symptoms of schizophrenia could reduce the risk of serious violence over time for some patients (Swanson et al., 2006).

6. Limitations and strengths of our study

The results of this study can contribute in the investigation of the profile of NGRI psychiatric patients. However, our study has its inherent strengths and limitations, much like every other research project. Among its strengths is the inclusion of a sufficient number of participants nationwide. The patients who participated were the total of patients hospitalized in Northern Greece in the five-year period of our study (January 2015–January 2020).

A possible limitation could be that, in our experience in the Psychiatric Hospital of Thessaloniki, incidents of violence, especially within the family environment, are often not prosecuted. This practically leads to a smaller number of patients being treated under Article 69 PC and thus has an impact on our study sample in terms of the number of patients included. The representativeness of our sample and the generalizability of our results are therefore compromised as well.

Another limitation could be that the sample was identified on the basis of a legal verdict. This could have narrowed the sample to persons with the most severe forms of mental illness, in which the court was convinced that the perpetrator of the crime should be found not guilty by reason of insanity.

Moreover, our findings cannot demonstrate causal relationships and links between variables, but they can only indicate a statistical correlation.

Finally, the retrospective evaluation of the PANSS scale partially limits the reliability of some of our results. In addition, adherence to medication was evaluated as YES or NO, and not as a percentage, as this could not be done precisely, especially for the majority of patients who were already in long-term hospitalization.

7. Conclusions

Our findings showed distinct, statistically significant differences between psychotic patients who commit crimes during their first psychotic episode and patients who commit crimes in the course of their illness and are consistent with the international literature. Our study answers the questions posed as following:

- 26.9% of Greek NGRIs in Northern Greece committed a criminal offense during their first psychotic episode. They were usually men in their 30s, who committed or attempted to commit homicide. Half of them attempted suicide after their crime. They seem to have been driven by delusions and ideas of persecution towards assaulting mostly members of their family.
- Greek NGRIs who committed a criminal offense in the course of their illness were usually men in their 40s, who had often been violent prior to their crime. They were more likely to have had previous convictions and most of them had previously been hospitalized but were not adherent to the treatment prescribed.
- Patients in their FEP were more likely to be younger. Their psychopathology concerning delusions and ideas of persecution was more severe, but their scores in the "Hostility" subscale were lower.
- 56.4% of the whole sample was abusing or addicted to alcohol or other substances. In 25.6% of the cases the perpetration of the crime was related to abuse/use of alcohol or other substances.

Findings from logistic regression analysis point out that patients who score high in the item "Hostility" of the Aggression Questionnaire remain at risk for committing a crime in the course of the illness. Moreover, the probability of the crime being committed in FEP in relation to the crime committed during the course of illness is higher for those who are younger, have experienced stressful events in the last two years before the crime and assaulted a family member.

In conclusion, there is an imperative need to design and develop mental health services in order to identify and treat patients involved in antisocial and criminal actions in a timely and effective manner. In this way these behaviors can be prevented and the stigma of mental illness can be reduced (Douzenis & Lykouras, 2011). Addressing comorbidities in psychiatric therapy, developing suitable interventions and prevention programs can contribute in reducing violent demeanor. Community programs that support mental health patients and their families through life's stressful events could actually save lives. Early intervention to control symptoms and initiate rehabilitation, along with interventions aimed at medical conditions that coexist more frequently with psychiatric disorders (Lykouras & Douzenis, 2008) could also reduce the risk of lifetime disability. Facilities that will treat these patients after the offense should be specialized and aim at reintegrating these doubly stigmatized psychiatric patients into society (Douzenis, 2016; Markopoulou, Iliou, Karakasi, & Douzenis, 2020). Future investigations could further look into the relation between multiple factors such as impulsivity and hostility and criminal acts by mentally ill patients and provide us with useful information in prevention and therapeutic intervention.

Declaration of Competing Interest

The authors declare that they have no Conflict of Interest. This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or non-profit sectors.

Acknowledgements

The authors would like to thank all participants and their caregivers for their willingness to participate in this study. We are grateful to Dr. Garmiri V. (General Practitioner) and Mrs. Pougaridis E. (English teacher) who edited the original manuscript.

References

Addington, J., & Addington, D. (2001). Impact of an early psychosis program on substance use. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 25*(1), 60–67. https://doi.org/10.1037/h0095049.

Addington, J., Williams, J., Young, J., & Addington, D. (2004). Suicidal behaviour in early psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109*(2), 116–120. https://doi.org/10.1046/j.0001-690x.2003.00232.x.

Almeida, J., Graça, O., Vieira, F., Almeida, N., & Santos, J. C. (2010). Characteristics of offenders deemed not guilty by reason of insanity in Portugal. *Medicine, Science, and the Law, 50*(3), 136–139. https://doi.org/10.1258/msl.2010.100003.

Alia-Klein, N., O'Rourke, T. M., Goldstein, R. Z., & Malaspina, D. (2007). Insight into illness and adherence to psychotropic medications are separately associated with violence severity in a forensic sample. *Aggressive behavior, 33*(1), 86–96. https://doi.org/10.1002/ab.20170.

de Almeida, R. M., Ferrari, P. F., Parmigiani, S., & Miczek, K. A. (2005). Escalated aggressive behavior: Dopamine, serotonin and GABA. *European Journal of Pharmacology, 526*(1–3), 51–64. https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2005.10.004.

Amore, M., Menchetti, M., Tonti, C., Scarlatti, F., Lundgren, E., Esposito, W., & Berardi, D. (2008). Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: Clinical study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 62*(3), 247–255. https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2008.01790.x.

Appleby, L., Shaw, J., Kapur, N., Windfuhr, K., Ashton, A., Swinson, N., … Stones, P. (2006). Avoidable deaths: Five year report of the National Confidential Inquiry Into Suicide and Homicide by People With Mental Illness. Retrieved from http://www.bbmh.manchester.ac.uk/cmhr/research/centreforsuicideprevention/nci/reports/avoidable_deaths_full_report_december_2006.pdf.

Arseneault, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, P. J., & Silva, P. A. (2000). Mental disorders and violence in a total birth cohort: Results from the Dunedin Study. *Archives of General Psychiatry, 57*(10), 979–986. https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.10.979.

Belli, H., & Ural, C. (2012). The association between schizophrenia and violent or homicidal behaviour: The prevention and treatment of violent behaviour in these patients. *The West Indian Medical Journal, 61*(5), 538–543. https://doi.org/10.7727/wimj.2011.028.

Bhatia, T., Thomas, P., Semwal, P., Thelma, B. K., Nimgaonkar, V. L., & Deshpande, S. N. (2006). Differing correlates for suicide attempts among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder in India and USA. *Schizophrenia Research, 86*(1–3), 208–214. https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.04.015.

Bo, S., Abu-Akel, A., Kongerslev, M., Haahr, U. H., & Simonsen, E. (2011). Risk factors for violence among patients with schizophrenia. *Clinical Psychology Review, 31*(5), 711–726. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.03.002.

Bossarte, R. M., Simon, T. R., & Barker, L. (2006). Characteristics of homicide followed by suicide incidents in multiple states, 2003–04. *Injury Prevention, 12*(Suppl. 2), ii33–ii38. https://doi.org/10.1136/ip.2006.012807.

Bourget, D., Labelle, A., Gagné, P., & Tessier, P. (2004). First episode psychosis and homicide. *Bulletin Canadian Psychiatric Association, 36*, 6–9.

Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*(3), 452–459. https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.3.452.

Buchanan, A., Sint, K., Swanson, J., & Rosenheck, R. (2019). Correlates of future violence in people being treated for schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry, 176*(9), 694–701. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.18080909.

Chow, D. H. F., Law, B. T. T., Chang, E., Chan, R. C. K., Law, C. W., & Chen, E. Y. H. (2005). Duration of untreated psychosis and clinical outcome 1 year after first-episode psychosis. *Hong Kong Journal of Psychiatry, 15*(1), 4.

Clarke, M., Whitty, P., Browne, S., Mc Tigue, O., Kinsella, A., Waddington, J. L., … O'Callaghan, E. (2006). Suicidality in first episode psychosis. *Schizophrenia Research, 86*(1–3), 221–225. https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.05.026.

Crespo-Facorro, B., Roiz-Santiáñez, R., Pérez-Iglesias, R., Pelayo-Terán, J. M., Rodríguez-Sánchez, J. M., Tordesillas-Gutiérrez, D., … Vázquez-Barquero, J. L. (2008). Effect of antipsychotic drugs on brain morphometry. A randomized controlled one-year follow-up study of haloperidol, risperidone and olanzapine. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 32*(8), 1936–1943. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2008.09.020.

Douzenis, A. (2016). The importance of the patients deemed not guilty by reason of insanity for the psychiatric reform. *Psychiatrike, 27*(3), 165–168. https://doi.org/10.22365/jpsych.2016.273.165.

Douzenis, A., Michopoulos, I., Gournellis, R., Christodoulou, C., Kalkavoura, C., Michalopoulou, P. G., … Lykouras, L. (2010). Cognitive decline and dementia in elderly medical inpatients remain underestimated and underdiagnosed in a recently established university general hospital in Greece. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 50*(2), 147–150. https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.03.001.

Douzenis, A., Tsopelas, C., & Tzeferakos, G. (2012). Medical comorbidity of cluster B personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 25*(5), 398–404. https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283558491.

Edwards, J., Elkins, K., Hinton, M., Harrigan, S. M., Donovan, K., Athanasopoulos, O., & McGorry, P. D. (2006). Randomized controlled trial of a cannabis-focused intervention for young people with first-episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 114*(2), 109–117. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00783.x.

Elbogen, E. B., & Johnson, S. C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related onditions. *Archives of General Psychiatry, 66*(2), 152–161. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.537.

Estroff, S. E., Swanson, J. W., Lachicotte, W. S., Swartz, M., & Bolduc, M. (1998). Risk reconsidered: Targets of violence in the social networks of people with serious psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33*(Suppl. 1), S95–S101. https://doi.org/10.1007/s001270050216.

Ewing, J. A. (1998). Screening for alcoholism using CAGE. Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener. *JAMA, 280*(22), 1904–1905. https://doi.org/10.1001/jama.280.22.1904.

Farooq, S., Deeba, F., Ashfaque, M., & Iqbal, M. (2003). Mentally-ill patients charged with homicide. *Journal of the College of Physicians and Surgeons–Pakistan, 13*(4), 223–225.

Fazel, S., Buxrud, P., Ruchkin, V., & Grann, M. (2010). Homicide in discharged patients with schizophrenia and other psychoses: A national case-control study. *Schizophrenia Research, 123*(2–3), 263–269. https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.08.019.

Fazel, S., Grann, M., Carlström, E., Lichtenstein, P., & Långström, N. (2009). Risk factors for violent crime in schizophrenia: A national cohort study of 13,806 patients. *The Journal of Clinical Psychiatry, 70*(3), 362–369. https://doi.org/10.4088/jcp.08m04274.

Fazel, S., Zetterqvist, J., Larsson, H., Långström, N., & Lichtenstein, P. (2014). Antipsychotics, mood stabilisers, and risk of violent crime. *Lancet (London, England), 384*(9949), 1206–1214. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60379-2.

Fitton, L., Yu, R., & Fazel, S. (2018). Childhood maltreatment and violent outcomes: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Trauma, Violence & Abuse, 21*(4), 754–768. https://doi.org/10.1177/1524838018795269.

Gaite, L., Vázquez-Barquero, J. L., Borra, C., Ballesteros, J., Schene, A., Welcher, B., … EPSILON Study Group. (2002). Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: The EPSILON study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 105*(4), 283–292. https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.1169.x.

Gondolf, E. W., Mulvey, E. P., & Lidz, C. W. (1990). Characteristics of perpetrators of family and nonfamily assaults. *Hospital & Community Psychiatry, 41*(2), 191–193. https://doi.org/10.1176/ps.41.2.191.

Hayes, H., Kemp, R. I., Large, M. M., & Nielssen, O. B. (2014). A 21-year retrospective outcome study of New South Wales forensic patients granted conditional and unconditional release. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 48*(3), 259–282. https://doi.org/10.1177/0004867413507610.

Hodgins, S., & Klein, S. (2017). New clinically relevant findings about violence by people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry, 62*(2), 86–93. https://doi.org/10.1177/0706743716648300.

Hodgins, S., Piatosa, M. J., & Schiffer, B. (2014). Violence among people with schizophrenia: Phenotypes and neurobiology. *Current Topics in Behavioral Neurosciences, 17*, 329–368. https://doi.org/10.1007/7854_2013_259.

Hodgins, S., & Riaz, M. (2011). Violence and phases of illness: Differential risk and predictors. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists, 26*(8), 518–524. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.09.006.

Igoumenou, A., Kallis, C., & Coid, J. (2015). Treatment of psychosis in prisons and violent recidivism. *BJPsych open, 1*(2), 149–157. https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.115.000257.

Joyal, C. C., Putkonen, A., Paavola, P., & Tiihonen, J. (2004). Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychological Medicine, 34*(3), 433–442. https://doi.org/10.1017/s0033291703001077.

Junginger, J., Parks-Levy, J., & McGuire, L. (1998). Delusions and symptom-consistent violence. *Psychiatric services (Washington, D.C.), 49*(2), 218–220. https://doi.org/10.1176/ps.49.2.218.

Karakasi, M. V., Markopoulou, M., Alexandri, M., Douzenis, A., & Pavlidis, P. (2019). In fear of the most loved ones. A comprehensive review on Capgras misidentification phenomenon and case report involving attempted murder under Capgras syndrome in a relapse of a schizophrenia spectrum disorder. *Journal of forensic and legal medicine, 66*, 8–24. https://doi.org/10.1016/j.jflm.2019.05.019.

Karakasi, M. V., Markopoulou, M., Tentes, I. K., Tsikouras, P. N., Vasilikos, E., & Pavlidis, P. (2017). Prepartum psychosis and neonaticide: Rare case study and forensic-psychiatric synthesis of literature. *Journal of Forensic Sciences, 62*(4), 1097–1106. https://doi.org/10.1111/1556-4029.13365.

Keers, R., Ullrich, S., Destavola, B. L., & Coid, J. W. (2014). Association of violence with emergence of persecutory delusions in untreated schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry, 171*(3), 332–339. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13010134.

Kokkevi, A., Blanken, P., Hendriks, V., Pozzi, G., Tempesta, E., Hartgers, C., … Uchtenhagen, A. (1994). *European Addiction Severity Index: A Guide to Training and Administering EuropASI Interviews*. Lisbon: EMCDDA Evaluation Instrument Bank. http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_32557_EN_teuropASI-manual.pdf.

Langeveld, J., Bjørkly, S., Auestad, B., Barder, H., Evensen, J., Ten Velden Hegelstad, W., … Friis, S. (2014). Treatment and violent behavior in persons with first episode psychosis during a 10-year prospective follow-up study. *Schizophrenia Research, 156*(2–3), 272–276. https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.04.010.

Large, M., & Nielssen, O. (2007). Treating the first episode of schizophrenia earlier will save lives. *Schizophrenia Research, 92*(1–3), 276–277. https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.02.002.

Large, M., & Nielssen, O. (2008). Evidence for a relationship between the duration of untreated psychosis and the proportion of psychotic homicides prior to treatment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43*(1), 37–44. https://doi.org/10.1007/s00127-007-0274-0.

Large, M. M., Ryan, C. J., Singh, S. P., Paton, M. B., & Nielssen, O. B. (2011). The predictive value of risk categorization in schizophrenia. *Harvard Review of Psychiatry, 19*(1), 25–33. https://doi.org/10.3109/10673229.2011.549770.

Large, M. M., & Nielssen, O. (2011). Violence in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research, 125*(2-3), 209–220. https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.11.026.

Leucht, S., Kane, J. M., Kissling, W., Hamann, J., Etschel, E., & Engel, R. R. (2005). What does the PANSS mean? *Schizophrenia Research, 79*(2–3), 231–238. https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.04.008.

Logan, C., & Blackburn, R. (2009). Mental disorder in violent women in secure settings: potential relevance to risk for future violence. *International journal of law and psychiatry, 32*(1), 31–38. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.11.010.

Lyketsos, G. C., Blackburn, I. M., & Tsiantis, J. (1978). The movement of hostility during recovery from depression. *Psychological Medicine, 8*(1), 145–149. https://doi.org/10.1017/s0033291700006723.

Lykouras, L., Botsis, A., & Oulis, P. (1997). *Positive and Negative Syndrome Scale. Translation-Validity-Reliability (in Greek)*. Athens: Tsiveriotis Pub.

Lykouras, L., & Douzenis, A. (2008). Do psychiatric departments in general hospitals have an impact on the physical health of mental patients? *Current Opinion in Psychiatry, 21*(4), 398–402. https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32830079d0.

Lykouras, L., & Douzenis, A. (2011). The dangerousness of schizophrenia. *Psychiatrike = Psychiatriki, 22*(2), 106–107.

Maas, C., Herrenkohl, T. I., & Sousa, C. (2008). Review of research on child maltreatment and violence in youth. *Trauma, Violence & Abuse, 9*(1), 56–67. https://doi.org/10.1177/1524838007311105.

Mackay, R., Mitchell, B. J., & Howe, L. (2006). *Yet more Facts about the Insanity Defense* (pp. 399–411). May: Criminal Law Review.

Malvaso, C. G., Delfabbro, P. H., & Day, A. (2017). The child protection and juvenile justice nexus in Australia: A longitudinal examination of the relationship between maltreatment and offending. *Child Abuse & Neglect, 64*, 32–46. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.028. https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/111667/3/02whole.pdf.

Markopoulou, M., Iliou, K., Karakasi, V., & Douzenis, A. (2020). *Psychiatrike, 31*(1), 13–22. https://doi.org/10.22365/jpsych.2020.311.13.

Marwaha, S., Johnson, S., Bebbington, P., Stafford, M., Angermeyer, M. C., Brugha, T., … Toumi, M. (2007). Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *The British Journal of Psychiatry, 191*, 30–37. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.020982.

Marzuk, P. M., Tardiff, K., & Hirsch, C. S. (1992). The epidemiology of murder-suicide. *JAMA, 267*(23), 3179–3183.

McGorry, P. D., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S. M., & Jackson, H. J. (1996). EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin, 22*(2), 305–326. https://doi.org/10.1093/schbul/22.2.305.

McNiel, D. E., & Binder, R. L. (1986). Violence, civil commitment, and hospitalization. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 174*(2), 107–111. https://doi.org/10.1097/00005053-198602000-00006.

Meehan, J., Flynn, S., Hunt, I. M., Robinson, J., Bickley, H., Parsons, R., … Shaw, J. (2006). Perpetrators of homicide with schizophrenia: A national clinical survey in England and Wales. *Psychiatric Services (Washington, D.C.), 57*(11), 1648–1651. https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.11.1648.

Menezes, S. B., Oyebode, F., & Haque, M. S. (2007). Mentally disordered offenders in Zimbabwe and in England and Wales: A socio-demographic study. *Medicine, Science, and the Law, 47*(3), 253–261. https://doi.org/10.1258/rsmmsl.47.3.253.

Müller-Isberner, R., Freese, R., Jöckel, D., & Gonzalez Cabeza, S. (2000). Forensic psychiatric assessment and treatment in Germany. Legal framework, recent developments, and current practice. *International Journal of Law and Psychiatry, 23*(5–6), 467–480. https://doi.org/10.1016/s0160-2527(00)00056-x.

Nicholson, R. A., Norwood, S., & Enyart, C. (1991). Characteristics and outcomes of insanity acquittees in Oklahoma. *Behavioral Sciences & the Law, 9*(4), 487–500. https://doi.org/10.1002/bsl.2370090411.

Nielssen, O. B., & Large, M. M. (2009). Untreated psychotic illness in the survivors of violent suicide attempts. *Early intervention in psychiatry, 3*(2), 116–122. https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2009.00117.x.

Nielssen, O., Bourget, D., Laajasalo, T., Liem, M., Labelle, A., Häkkänen-Nyholm, H., … Large, M. M. (2011). Homicide of strangers by people with a psychotic illness. *Schizophrenia Bulletin, 37*(3), 572–579. https://doi.org/10.1093/schbul/sbp112.

Nielssen, O., & Large, M. (2010). Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin, 36*(4), 702–712. https://doi.org/10.1093/schbul/sbn144.

Nielssen, O. B., Malhi, G. S., McGorry, P. D., & Large, M. M. (2012). Overview of violence to self and others during the first episode of psychosis. *The Journal of Clinical Psychiatry, 73*(5), e580–e587. https://doi.org/10.4088/JCP.11r07036.

Nielssen, O. B., Westmore, B. D., Large, M. M., & Hayes, R. A. (2007). Homicide during psychotic illness in New South Wales between 1993 and 2002. *The Medical Journal of Australia, 186*(6), 301–304.

Nielssen, O. B., Yee, N. L., Millard, M. M., & Large, M. M. (2011). Comparison of first-episode and previously treated persons with psychosis found NGMI for a violent offense. *Psychiatric Services (Washington, D.C.), 62*(7), 759–764. https://doi.org/10.1176/ps.62.7.pss6207_0759.

Ntounas, P., Katsouli, A., Efstathiou, V., Pappas, D., Chatzimanolis, P., Touloumis, C., … Douzenis, A. (2018). Comparative study of aggression - Dangerousness on patients with paranoid schizophrenia: Focus on demographic data, PANSS, drug use and aggressiveness. *International Journal of Law and Psychiatry, 60*, 1–11. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.06.001.

Palmer, B. A., Pankratz, V. S., & Bostwick, J. M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: A reexamination. *Archives of General Psychiatry, 62*(3), 247–253. https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.3.247.

Papadimitriou, G. N., Beratis, S., Matsoukas, T., & Soldatos, K. R. (2004). *The Greek Translation of the Mini International Neuropsychiatric Interview. MINI 5.0.0*. Athens (Greece): Dept. of Psychiatry, University of Athens and Patras.

Reid, W. H. (2004). Killing family members: Mental illness, victim risk, and culpability. *Journal of Psychiatric Practice, 10*(1), 68–71. https://doi.org/10.1097/00131746-200401000-00008.

Rezansoff, S. N., Moniruzzaman, A., Fazel, S., McCandless, L., & Somers, J. M. (2017). Adherence to antipsychotic medication and criminal recidivism in a Canadian provincial offender population. *Schizophrenia Bulletin, 43*(5), 1002–1010. https://doi.org/10.1093/schbul/sbx084.

Sariaslan, A., Lichtenstein, P., Larsson, H., & Fazel, S. (2016). Triggers for violent criminality in patients with psychotic disorders. *JAMA Psychiatry, 73*(8), 796–803. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.1349.

Scherk, H., & Falkai, P. (2006). Effects of antipsychotics on brain structure. *Current Opinion in Psychiatry, 19*(2), 145–150. https://doi.org/10.1097/01.yco.0000214339.06507.d8.

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., … Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry, 59*(Suppl. 20), 22–57.

Skarðhamar, T., Thorsen, L. R., & Henriksen, K. (2011). *Kriminalitet og straff blant innvandrere og øvrig befolkning: Statistics Norway* (Oslo).

Skipworth, J., Bevin, W., McKenna, B., Simpson, A., Brinded, P., & Pearson, J. (2019). Comparative outcomes for a national cohort of persons convicted of murder, with and without serious mental illness, and those found not guilty by reason of insanity on a murder charge: A 25-year follow-up study. *Criminal Behaviour and Mental Health, 29*(5–6), 276–285. https://doi.org/10.1002/cbm.2120.

Skipworth, J., Brinded, P., Chaplow, D., & Frampton, C. (2006). Insanity acquittee outcomes in New Zealand. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*(11–12), 1003–1009. https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01924.x.

Soyka, M. (2000). Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *The British Journal of Psychiatry, 176*, 345–350. https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.345.

Steadman, H. J., Mulvey, E. P., Monahan, J., Robbins, P. C., Appelbaum, P. S., Grisso, T., … Silver, E. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry, 55*(5), 393–401. https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.5.393.

Straznickas, K. A., McNiel, D. E., & Binder, R. L. (1993). Violence toward family caregivers by mentally ill relatives. *Hospital & Community Psychiatry, 44*(4), 385–387. https://doi.org/10.1176/ps.44.4.385.

Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, R. A., … Lieberman, J. A. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 63*(5), 490–499. https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.5.490.

Swartz, M. S., Swanson, J. W., & Hiday, V. A. (1998). Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *American Journal of Psychiatry, 155*, 226–231.

Swanson, J. W., Borum, R., Swartz, M. S., & Monahan, J. (1996). Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behaviour in the community. *Criminal Behav. Ment. Health, 6*, 309–329. https://doi.org/10.1002/cbm.118.

Tardiff, K. (1984). Characteristics of assaultive patients in private hospitals. *The American Journal of Psychiatry, 141*(10), 1232–1235. https://doi.org/10.1176/ajp.141.10.1232.

Taylor, P. J. (1985). Motives for offending among violent and psychotic men. *The British Journal of Psychiatry, 147*, 491–498. https://doi.org/10.1192/bjp.147.5.491.

Veerman, S., Schulte, P., & de Haan, L. (2017). Treatment for negative symptoms in schizophrenia: A comprehensive review. *Drugs, 77*(13), 1423–1459. https://doi.org/10.1007/s40265-017-0789-y.

Volavka, J. (2002). Risk for individuals with schizophrenia who are living in the community. *Psychiatric Services (Washington, D.C.), 53*(4), 484–485. https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.4.484.

Volavka, J. (2013). Violence in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatria Danubina, 25*(1), 24–33.

Volavka, J. (2016). Triggering violence in psychosis. *JAMA Psychiatry, 73*(8), 769–770. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.1348.

Wallace, C., Mullen, P. E., & Burgess, P. (2004). Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *The American Journal of Psychiatry, 161*(4), 716–727. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.4.716.

Walsh, E., & Fahy, T. (2002). Violence in society. *BMJ (Clinical Research ed.), 325*(7363), 507–508. https://doi.org/10.1136/bmj.325.7363.507.

Winsper, C., Ganapathy, R., Marwaha, S., Large, M., Birchwood, M., & Singh, S. P. (2013). A systematic review and meta-regression analysis of aggression during the first episode of psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 128*(6), 413–421. https://doi.org/10.1111/acps.12113.

Witt, K., van Dorn, R., & Fazel, S. (2013). Risk factors for violence in psychosis: Systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS One, 8*(2), Article e55942. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055942.

Yusuf, A. J., & Nuhu, F. T. (2009). The profile of mentally ill offenders in Katsina, Northern-Nigeria. *African Journal of Psychiatry, 12*(3), 231–232.

Zonana, H. V., Bartel, R. L., Wells, J. A., Buchanan, J. A., & Getz, M. A. (1990). Part II: Sex differences in persons found not guilty by reason of insanity: Analysis of data from the Connecticut NGRI Registry. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law, 18*(2), 129–142.

Zonana, H. V., Wells, J. A., Getz, M. A., & Buchanan, J. (1990). Part I: The NGRI Registry: Initial analyses of data collected on Connecticut insanity acquittees. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law, 18*(2), 115–128.

Ερευνητική εργασία
Research article

Η εφαρμογή του Ν 4509/2017 στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης

Μ. Μαρκοπούλου,[1] Κ. Ηλιού,[1] Β. Καρακάση,[2] Αθ. Δουζένης[3]

[1]Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Γεώργιος Παπανικολάου-Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Οργανική Μονάδα Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης,
[2]Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική, Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη,
[3]Β΄ Ψυχιατρική Κλινική, Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιατρική Σχολή, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα

Ψυχιατρική 2020, 31:13–22

Σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση του Ν 4509/2017 επιχειρείται σημαντική αλλαγή στο ισχύον θεσμικό πλαίσιο των άρθρων 69 και 70 ΠΚ με σκοπό την εξασφάλιση υψηλού επιπέδου θεραπείας για τους δράστες αξιόποινων πράξεων με ψυχικές ή διανοητικές διαταραχές. Διερευνήθηκε η έκβαση της εξέτασης στο δικαστήριο για την άρση, διατήρηση ή αντικατάσταση του μέτρου θεραπείας 47 ασθενών του Τμήματος Ψυχιατροδικαστικής ΨΝΘ σε εφαρμογή του νόμου και συγκρίθηκε με το προηγούμενο καθεστώς. Σε 22 περιπτώσεις διατάχθηκε άρση προκειμένου οι ασθενείς να εξέλθουν και να μεταβούν στην πατρική τους οικία ή σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Στους 11 από αυτούς η συνεχιζόμενη παραμονή τους ήταν σε ευθεία παραβίαση του νόμου λόγω υπέρβασης του ανωτάτου ορίου, όπως οριζόταν από τη βαρύτητα του αδικήματος. Ωστόσο 7 ασθενείς παραμένουν εκουσίως στο Τμήμα, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν διαθέσιμες κλίνες σε επανενταξιακές δομές. 13 ασθενείς που έχουν διαπράξει ανθρωποκτονία/ες, παραμένουν με τη σύμφωνη γνώμη του ψυχιάτρου πέραν της δεκαετίας λόγω της βαρύτητας της νόσου ή της επικινδυνότητας. Η εισαγγελέας επόπτης έδωσε λύσεις σε πολλές περιπτώσεις και όρισε συνηγόρους για όλους τους ασθενείς, όπως προβλέπεται από τον νόμο. Οι δικαστικοί, ωστόσο, παραμένουν επιφυλακτικοί και είναι σαφής η τάση για εξάντληση των προβλεπομένων ορίων, παρά το γεγονός ότι οι φόβοι τους δεν επιβεβαιώνονται από τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα. Συμπερασματικά, η εφαρμογή του Ν 4509/2017 επιχειρεί να αλλάξει το τοπίο για την ιδιαίτερη αυτή ομάδα ασθενών και επιτρέπει οραματισμούς για αποασυλοποίηση, αντιμετώπιση του στίγματος και εξατομικευμένη θεραπεία, παρά τις όποιες ασάφειες ή τα ενδεχόμενα προβλήματα που μπορεί να δημιουργηθούν. Όσο, όμως, η κυρίαρχη κοινωνική άποψη, όπως ακριβώς προβάλλεται και

από τα ΜΜΕ, αντιμετωπίζει τον ψυχικά ασθενή ως επικίνδυνο, οι όποιες θετικές αλλαγές γίνονται δύσκολα αποδεκτές. Επιπλέον, είναι απαραίτητη η ανάπτυξη ψυχιατροδικαστικών υπηρεσιών για την αντιμετώπιση των ασθενών, οι οποίες δεν θα αντιμετωπίζουν μόνον την ψυχωτική συμπτωματολογία, αλλά και την αντικοινωνική και επιθετική συμπεριφορά γενικότερα.

Λέξεις ευρετηρίου: Νόμος, καταλογισμός, αδικοπραγούντες ασθενείς, δίκη, ψυχιατροδικαστική.

Εισαγωγή

Σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση του Ν 4509/2017 επιχειρείται σημαντική αλλαγή στο ισχύον θεσμικό πλαίσιο του άρθρου 69 ΠΚ, που αφορούσε στη φύλαξη ακαταλόγιστων εγκληματιών σε δημόσιο θεραπευτικό κατάστημα για λόγους διαφύλαξης της δημόσιος ασφάλειας, και του άρθρου 70 ΠΚ, που αφορούσε στη διάρκεια της φύλαξης, η οποία συνεχιζόταν όσο χρόνο το επέβαλε η δημόσια ασφάλεια και ελεγχόταν κάθε τρία έτη από το δικαστήριο των πλημμελειοδικών στην περιφέρεια του οποίου εκτελείτο. Η αλλαγή στο νομικό πλαίσιο κρίθηκε αναγκαία, λόγω της αλλαγής των αντιλήψεων σχετικά με την αντιμετώπιση δραστών αξιόποινων πράξεων με ψυχικές ή διανοητικές διαταραχές. Έτσι διακηρυγμένος σκοπός του μέτρου θεραπείας είναι η εξασφάλιση υψηλού επιπέδου θεραπείας και η προστασία των θεμελιωδών αγαθών των δραστών, όπως και των τρίτων, σε αντίθεση με τα μέτρα ασφαλείας που αποσκοπούσαν κυρίως στην προφύλαξη της κοινωνίας από την επικίνδυνη συμπεριφορά του υφισταμένου το μέτρο.

Αναφορικά με τις συστάσεις των διεθνών οργανισμών, ο ΟΗΕ για τα ανθρώπινα δικαιώματα τονίζει πως το ποινικό δίκαιο και οι ποινικές διαδικασίες δεν εφαρμόζονται στους ψυχικά πάσχοντες όπως στον γενικό πληθυσμό, είτε διότι κρίνονται ότι δεν είναι σε θέση να καταθέσουν είτε διότι δεν έχουν καταλογισμό. Αυτή η αντιμετώπιση οδηγεί σύμφωνα με τον ΟΗΕ σε περιορισμό της ελευθερίας των προσώπων αυτών, συμπεριλαμβανομένης της εκτροπής τους από το σύστημα δικαιοσύνης στα συστήματα υγείας, δηλαδή του εγκλεισμού σε ψυχιατροδικαστικές δομές.[1]

Από την άλλη ο ΠΟΥ[2] παροτρύνει την έγκαιρη εκτροπή (diversion) των ατόμων με ψυχικές παθήσεις προς το σύστημα υγείας, δεδομένου ότι οι φυλακές δεν προάγουν την υγεία, αλλά την ασφαλή κράτηση και τιμωρία. Ταυτόχρονα προτείνει τη βελτίωση της πρόσβασης των φυλακισμένων στις κατάλληλες υπηρεσίες (ψυχικής) υγείας και φροντίδας, οι οποίες πρέπει να είναι τουλάχιστον ανάλογες με αυτές που παρέχονται στην κοινότητα.

Υλικό και μέθοδος

Διερευνήθηκε η έκβαση της εξέτασης στο δικαστήριο για την άρση, διατήρηση ή αντικατάσταση του μέτρου θεραπείας 47 ασθενών του Τμήματος Ψυχιατροδικαστικής ΨΝΘ σε εφαρμογή του νόμου, και συγκρίθηκε με το προηγούμενο καθεστώς.

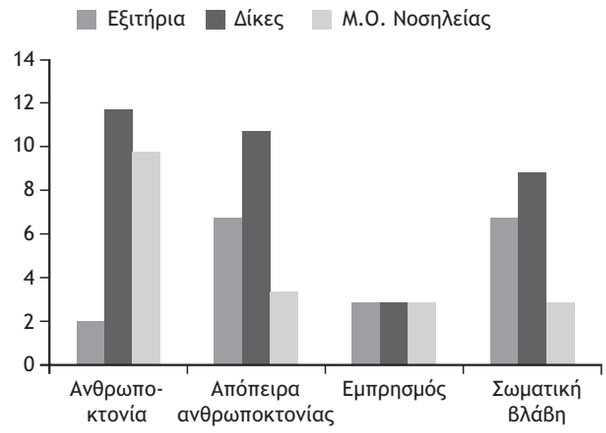
Το Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής (παλαιότερα Τμήμα Ακαταλόγιστων ή απλώς Ακαταλόγιστα) ιδρύθηκε το 1988 με απόφαση του ΚεΣΥ στον χώρο του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης (ΨΝΘ), για την κάλυψη του πληθυσμού της Βόρειας Ελλάδας χωρίς να διαθέτει ειδική υποδομή ή εξειδικευμένο προσωπικό για τη νοσηλεία των εν λόγω ασθενών. Το τμήμα λειτουργεί με αποφάσεις των επιστημονικών και διοικητικών συμβουλίων με συνθήκες ανοικτής νοσηλείας, όπως και τα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου.

Νοσηλεύει ψυχικά ασθενείς που κρίθηκαν ακαταλόγιστοι, σύμφωνα με το άρθρο 34 του Ποινικού Κώδικα, που αφορά στη διατάραξη των πνευματικών λειτουργιών ή της συνείδησης και ορίζει ότι η πράξη δεν καταλογίζεται στον δράστη αν, όταν τη διέπραξε, λόγω νοσηρής διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών ή διατάραξης της συνείδησης, δεν είχε την ικανότητα να αντιληφθεί το άδικο της πράξης του ή να ενεργήσει σύμφωνα με την αντίληψή του για το άδικο αυτό, και σύμφωνα με το άρθρο 69 ΠΚ, διατάχθηκε ο εγκλεισμός τους σε δημόσιο θεραπευτικό κατάστημα. Δύο μόνον ασθενείς νοσηλεύονται με τον ισχύοντα νόμο. Ο συνολικός αριθμός των περιστατικών που νοσηλεύονται στο τμήμα, κυμαίνεται την τελευταία δεκαετία από 50–60 περίπου και είναι το πολυπληθέστερο τμήμα του ΨΝΘ.

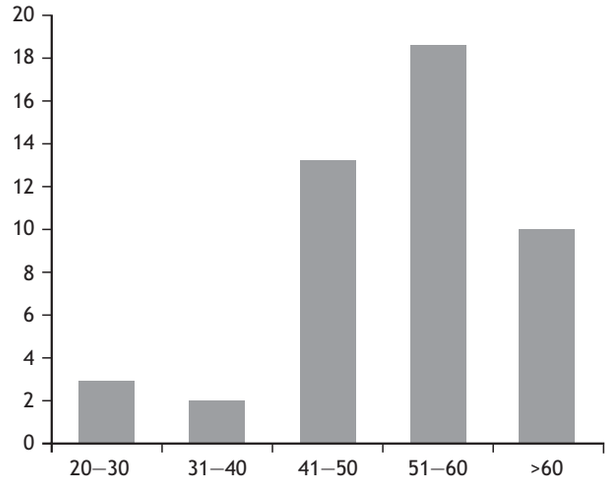
Παρόλο που στη συντριπτική τους πλειοψηφία οι ασθενείς πάσχουν από ψύχωση, φαίνεται πως ο χρόνος νοσηλείας καθορίζεται κυρίως από το αδίκημα και όχι από τη νόσο, όπως φαίνεται στην εικόνα 1,[3] καταδεικνύοντας πως οι ασθενείς αντιμετωπίζονται από τη δικαιοσύνη ανάλογα με το έγκλημά τους και όχι ανάλογα με την πάθηση που τους οδήγησε εκεί.[4]

Αποτελέσματα

Σαράντα-επτά ασθενείς εξετάστηκαν στο δικαστήριο από τον Ιανουάριο 2018 μετά τη δημοσίευση του Ν 4509/2017. Αυτοί αποτελούν το σύνολο των ασθενών του τμήματος που είχαν συμπληρώσει ένα έτος νοσηλείας τουλάχιστον. Οι ηλικίες τους κυμαίνονται από 25 έως 80 ετών με διάμεση τιμή τα 53 έτη (βλ. εικόνα 2). Στο 78% (37/47) των περιπτώσεων τα αδικήματα που είχαν διαπράξει, ήταν βίαια και τα θύματά τους ήταν συχνότερα (περίπου 73%) μέλη της οικογένειας. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις τα αδικήματα αφορούσαν σε εμπρησμούς (5), κλοπές (3), φθορά ξένης περιουσίας (1), και παράνομη οπλοφορία (1). Στη συντριπτική πλειοψηφία έπασχαν από σχιζοφρένεια (38 ασθενείς, 80,8%). Οι υπόλοιποι ασθενείς είχαν διαγνωστεί με παραληρητική διαταραχή (4), διαταραχή προσωπικότητας με ψυχωτικά επεισόδια (3), νοητική υστέρηση (1), διαταραχές οφειλόμενες σε χρήση αλκοόλ (1).



Εικόνα 1. Ο αριθμός των εξιτηρίων, ο συνολικός αριθμός των δικών για άρση των μέτρων ασφαλείας και ο μέσος χρόνος νοσηλείας των εξερχομένων του τμήματος ψυχιατροδικαστικής από το 2007–2014.



Εικόνα 2. Η ηλικιακή κατανομή των ασθενών του τμήματος ψυχιατροδικαστικής τον Φεβρουάριο 2019.

Για 25 ασθενείς οι αποφάσεις του Τριμελούς Πλημμελειοδικείου διατήρησαν τα μέτρα θεραπείας (53,2%), ενώ στις υπόλοιπες περιπτώσεις οι ασθενείς μεταφέρθηκαν ή πρόκειται να μεταφερθούν σε καταλληλότερες επανενταξιακές δομές. Συγκεκριμένα 7 ασθενείς επέστρεψαν στην οικία τους υπό την εποπτεία της οικογένειάς τους, 4 μεταφέρθηκαν σε οικοτροφεία, δύο στη Μονάδα Επανένταξης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, ένας σε ιδιωτική κλινική και μία ασθενής σε ψυχογηριατρικό τμήμα. Επτά ασθενείς παραμένουν εκουσίως προκειμένου να μεταβούν σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.

Δεν φαίνεται να διαφέρει σημαντικά ο μέσος χρόνος νοσηλείας ανάλογα με το αδίκημα. Οι ασθενείς που διέπραξαν ανθρωποκτονία ή απόπειρα ανθρωποκτονίας, εξέρχονται μετά από 15,22 έτη νοσηλείας κατά μέσον όρο, ενώ για τα υπόλοιπα αδικήματα ο μέσος χρόνος νοσηλείας μέχρι την άρση του θεραπευτικού μέτρου υπολογίστηκε στα 14,84 έτη. Η μικρή αυτή διαφορά εξηγείται από το γεγονός ότι στη συντριπτική πλειοψηφία οι ασθενείς δεν εξέρχονταν μέχρι σήμερα όχι λόγω της βαρύτητας του αδικήματος, της επικινδυνότητας ή της νόσου, αλλά διότι δεν είχαν υποστηρικτικό περιβάλλον και δεν είχαν πρόσβαση σε επανενταξιακές δομές με το προηγούμενο νομικό καθεστώς, στη Θεσσαλονίκη τουλάχιστον.

Οι αποφάσεις των δύο περιστατικών που έχουν εισαχθεί στο τμήμα μετά την εφαρμογή του νόμου, παρουσιάζουν ενδιαφέρον. Έτσι οι δύο αυτοί ασθε-

νείς που έχουν διαπράξει απόπειρα ανθρωποκτονίας, εισήχθησαν ο ένας για νοσηλεία τριών ετών και ο άλλος για νοσηλεία ώς 5 έτη, δημιουργώντας απορίες σχετικά με την ερμηνεία του νόμου.

Σε δύο περιπτώσεις το Τριμελές Πλημμελειοδικείο διέταξε την παράταση της νοσηλείας πέραν των ανωτάτων ορίων, όπως οριζόταν από το αδίκημα (26 και 10 έτη νοσηλείας για εμπρησμό σε επίπεδο πλημμελήματος) και οι συνήγοροι άσκησαν εφέσεις, καθ' υπόδειξη της εποπτεύουσας εισαγγελέως. Αυτονόητα όταν οι εφέσεις εκδικάστηκαν, το δικαστήριο ήρε τα μέτρα θεραπείας, εφαρμόζοντας τον νόμο.

Με την εφαρμογή του νόμου έχουν αρθεί τα μέτρα θεραπείας λόγω υπέρβασης των ανωτάτων ορίων για 11 ασθενείς του τμήματος. Πρόκειται για ασθενείς με μέσο όρο ηλικίας τα 53,9 έτη (από 42 ετών ώς και 72 ετών) με 14,8 έτη νοσηλείας κατά μέσον όρο (10 ώς 27 έτη). Τα αδικήματα αφορούσαν σε κλοπές, εμπρησμούς, επικίνδυνη σωματική βλάβη, εξύβριση και διατάραξη οικογενειακής ειρήνης. Οι ασθενείς αυτοί παρέμεναν λόγω ανυπαρξίας συγγενικού περιβάλλοντος διαθέσιμου ή κατάλληλου, αλλά και λόγω απροθυμίας ή ανυπαρξίας επανενταξιακών δομών να τους αναλάβουν και ενώ είναι γνωστό πως η μακροχρόνια νοσηλεία για φύλαξη οδηγεί και στην απουσία θεραπευτικού στόχου πέραν της παραμονής στο τμήμα.[5]

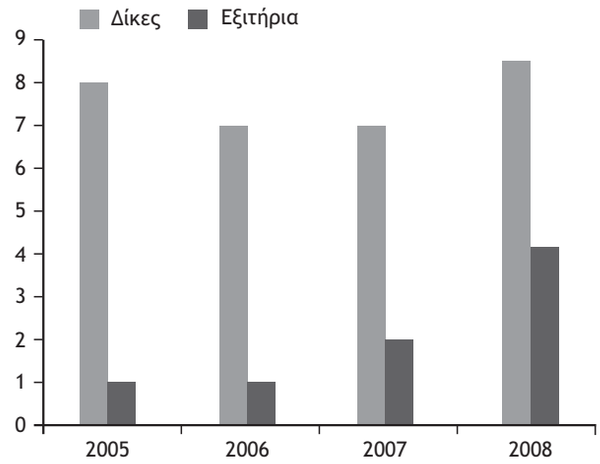
Στο σύνολο 47 δικών σε 22 περιπτώσεις διατάχθηκε άρση των μέτρων θεραπείας, όπως προτάθηκε από τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος. Μόνον σε 4 περιπτώσεις (όλες στην ίδια δικάσιμο από την ίδια έδρα, αντανακλώντας ενδεχομένως προσωπικές πεποιθήσεις και δισταγμούς) απορρίφθηκαν οι αιτήσεις, ωστόσο στις 2 από αυτές έγινε δεκτή η έφεση, όπως προαναφέρθηκε. Το σύνολο των εξιτηρίων ήταν 15, ενώ 7 μεταφέρθηκαν σε επανενταξιακές δομές και 1 σε ιδιωτική κλινική. Επτά ασθενείς επέστρεψαν στις οικογένειές τους, ενώ 8 μεταφέρθηκαν σε επανενταξιακές δομές. Επτά ασθενείς παραμένουν στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής εκουσίως, μέχρι την ανεύρεση κατάλληλης διαθέσιμης κλίνης σε Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.

Σε όλες τις περιπτώσεις όπου η εισήγηση του ψυχιάτρου και της θεραπευτικής ομάδας ήταν υπέρ της διατήρησης του μέτρου, η εισήγηση έγινε δεκτή και οι ασθενείς παραμένουν νοσηλευόμενοι παρά την υπέρβαση της δεκαετίας σε εφαρμογή του άρθρου 2 παρ. 1, που ορίζει πως κατ' εξαίρεση είναι δυνατή η παράταση του χρόνου διάρκειας του θεραπευτικού μέτρου πέραν των ανωτάτων χρονικών ορίων, εφόσον υφίσταται η σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου του θεραπευόμενου και του επιστημονικού διευθυντή της μονάδας θεραπείας. Σε κάθε περίπτωση όμως ορίζεται πως ο συνολικός χρόνος διάρκειας του θεραπευτικού μέτρου δεν μπορεί να υπερβαίνει τη χρονική διάρκεια του ανωτάτου ορίου της ποινής που προβλέπεται στον νόμο για την πράξη που τέλεσε ο θεραπευόμενος. Πρόκειται για 13 ασθενείς με ανθεκτική ψύχωση, οι οποίοι έχουν διαπράξει ανθρωποκτονία/ες και δεν κρίθηκε προς το συμφέρον της υγείας τους η έξοδός τους από το Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας υπολογίστηκε στα 19,4 έτη (14 ώς 27). Στην πλειοψηφία (11/13) η απόφαση αυτή ήταν σύμφωνη και με την επιθυμία των ίδιων των ασθενών.

Έξι ασθενείς με ψύχωση που διέπραξαν ανθρωποκτονία ή απόπειρα ανθρωποκτονίας, εξήλθαν με νοσηλεία άνω των 10 ετών (10, 11, 19, 22, 23 και 31 έτη νοσηλείας). Οι 4 από αυτούς μεταφέρθηκαν σε οικοτροφεία, ενώ ο νεότερος επέστρεψε στην πατρική του οικογένεια. Μία ασθενής εξήλθε από το τμήμα προκειμένου να νοσηλευθεί εκουσίως (με άρση του μέτρου) σε χρόνιο ψυχογηριατρικό τμήμα του νοσοκομείου ως καταλληλότερη δομή. Στη μοναδική περίπτωση με ανθρωποκτονία στο ιστορικό όπου προτάθηκε άρση και μεταφορά σε οικοτροφείο με νοσηλεία μικρότερη των 10 ετών (9 έτη), η πρόταση απορρίφθηκε. Είναι σαφής η διάκριση από την πλευρά των δικαστών ανάλογα αν πρόκειται πριν ή μετά τη συμπλήρωση της δεκαετίας και η τάση για εξάντληση των ορίων. Σε όλες τις περιπτώσεις με νοσηλείες άνω της δεκαετίας όπου δεν υπήρχε η σύμφωνη γνώμη των θεραπόντων, το δικαστήριο υποχρεώθηκε να άρει το θεραπευτικό μέτρο είτε πρωτοδίκως είτε στο εφετείο.

Συζήτηση

Είναι συνηθισμένη η εκδήλωση μεγάλης επιφυλακτικότητας εκ μέρους των δικαστών απέναντι στον ψυχίατρο και την ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη, με αποτέλεσμα ο αποδεικτικός της ρόλος στην ποινική δίκη να εξακολουθεί να είναι σημαντικά υποβαθμισμένος (εικόνα 3). Αυτό όμως που έχει σημασία είναι το γεγονός ότι, όπως σημειώνει και ο Κοσμάτος Κ,[6] σε πολλές περιπτώσεις απορρίψεων της αίτησης για απόλυση η αιτιολογία είναι τυπική, δηλαδή η απόφαση δεν βα-



Εικόνα 3. Ο αριθμός των δικών για άρση των μέτρων ασφαλείας κάθε έτος και ο αντίστοιχος αριθμός των εξιτηρίων τη χρονική περίοδο 2005–2008.

σίζεται σε πραγματικά περιστατικά ή επαναλαμβάνει μόνον τα στοιχεία του νόμου, χωρίς ουσιαστικά να τεκμηριώνει την απόρριψη.

Έχει βεβαίως επισημανθεί στο παρελθόν από τον Σκαραγκά Δ[7] ότι όταν απορρίπτεται από το δικαστήριο η αίτηση για απόλυση του ακαταλόγιστου παραβάτη, για τον οποίο η ψυχιατρική γνωμάτευση του πραγματογνώμονα ψυχιάτρου βεβαιώνει ότι δεν χρήζει περαιτέρω νοσηλείας και δεν είναι πλέον επικίνδυνος για τη δημόσια ασφάλεια, δημιουργούνται προβληματισμοί και απορίες στον ακαταλόγιστο ασθενή/παραβάτη ως προς τη φύση και τον σκοπό της κύρωσης που υφίσταται.

Συνθήκες νοσηλείας

Θεμελιώδες σε κάθε περίπτωση ήταν και είναι να απαντηθεί το ερώτημα τι χρειάζεται, τι αρμόζει σε κάθε περίπτωση. Δεδομένου ότι υπάρχουν ειδικές ομάδες ασθενών (ηλικιωμένοι, ασθενείς με άνοια ή νοητική υστέρηση, ασθενείς με υψηλή επικινδυνότητα, εξαρτημένοι κ.λπ.), υπάρχει η ανάγκη για εξατομικευμένη παρέμβαση. Όσον αφορά στη Βόρειο Ελλάδα, το σύνολο των ακαταλόγιστων ψυχιατρικών ασθενών νοσηλευόταν και νοσηλεύεται στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής ΨΝΘ, ανεξάρτητα από την πάθηση, την επικινδυνότητα, το φύλο ή την ηλικία.

Σε εφαρμογή του Ν 4509/2017, ο οποίος προβλέπει στο άρθρο 16 παρ. 1 και στο άρθρο 10 παρ. 1 νόμιμες πια άδειες και εξόδους ως θεραπευτικά μέσα, εφόσον δεν τίθεται σε κίνδυνο η ζωή ή η σωματική ακεραιότητα άλλων ή και του ίδιου του θεραπευόμενου, προγραμματίστηκαν και πραγματοποιήθηκαν οργανωμένες έξοδοι. Οι άδειες άλλωστε προβλέπονταν με την ερμηνεία του νόμου από τον Φυτράκη Ε,[8] από σχετικές γνωμοδοτήσεις της ΕΨΕ,[9] αλλά και σαν ιατρική θεραπευτική πράξη από τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν 3418/2005) στο άρθρο 1 παρ. 1, όπου ορίζεται πως η χορήγηση άδειας από ψυχίατρο, σε άτομο που νοσηλεύεται σε δημόσιο ψυχιατρείο, συνιστά ιατρική πράξη και εφόσον εντάσσεται σε συγκεκριμένο θεραπευτικό πλάνο, κρίνεται δηλαδή από τον θεράποντα ψυχίατρο ως ενδεδειγμένο για τον συγκεκριμένο ασθενή μέτρο, εντάσσεται στην προστατευόμενη από το άρθρο 3 § 1 ΚΙΔ επιστημονική και συνειδησιακή ελευθερία την οποία απολαύει ο ιατρός. Οι ασθενείς στις οργανωμένες εξόδους συνοδεύονται από προσωπικό του τμήματος σε αναλογία περίπου 1:3.

Δόθηκαν επιπλέον θεραπευτικές άδειες σε σταθεροποιημένους ασθενείς που διέμεναν είτε εντός είτε εκτός του νομού Θεσσαλονίκης, για χρονικά διαστήματα από λίγες ώρες ώς και 20 ημέρες. Οι ασθενείς αυτοί εξέρχονταν συνήθως συνοδεία συγγενικού τους προσώπου και ενημερωνόταν η εισαγγελία σχετικά με τη διάρκειά της και τον τόπο παραμονής των ασθενών.

Είναι φανερό επίσης από όσα έχουν προαναφερθεί, πως οι ασθενείς νοσηλεύονται για μακρά χρονικά διαστήματα χωρίς να το επιβάλλει η πάθηση ή η επικινδυνότητά τους. Αντί της αναγκαστικής τους νοσηλείας, όμως, όπως και προβλέπεται από τον Ν 4509/2017, θα μπορούσε να προτείνεται η αναγκαστική παρακολούθησή τους από το νοσοκομείο ή τα κέντρα ψυχικής υγείας της περιοχής τους.[10] Συγκεκριμένα ο Ν 4509/2017 στο Άρθρο 1, παρ. 3, ορίζει πως κατάλληλα θεραπευτικά μέτρα είναι η νοσηλεία σε ειδικό τμήμα δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου, η νοσηλεία σε ψυχιατρικό τμήμα δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου και η υποχρεωτική θεραπεία και ψυχιατρική παρακολούθηση κατά τακτά χρονικά διαστήματα σε κατάλληλη εξωνοσοκομειακή Μονάδα Ψυχικής Υγείας ή εξωτερικά ιατρεία δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου. Η ακούσια εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση είναι δυνατόν να οδηγήσει σε μείωση των υποτροπών και της παραβατικής συμπεριφοράς. Σημαντική θα ήταν με αυτόν τον τρόπο και η στήριξη

της ίδιας της οικογένειας του ασθενούς, που θα ένιωθε πως υπάρχει στην περιοχή ψυχιατρική υπηρεσία όπου μπορούν να απευθυνθούν άμεσα.

Η συνεχιζόμενη παρακολούθηση των ασθενών που έχουν εξέλθει και διαμένουν εντός του Νομού Θεσσαλονίκης ή στους όμορους νομούς, πραγματοποιείται από τον Ιανουάριο 2015 στο Εξωτερικό Ιατρείο Ψυχιατροδικαστικής ΨΝΘ. Η θεραπευτική ομάδα αποτελείται από ψυχίατρο, νοσηλεύτρια, ψυχολόγο, εργοθεραπευτή και κοινωνική λειτουργό και έχει ως στόχο την κάλυψη των αναγκών του ασθενούς και της οικογένειάς του σε πολλαπλά επίπεδα. Αυτή τη στιγμή στο συγκεκριμένο ιατρείο παρακολουθούνται περίπου 25 περιστατικά σε μηνιαία συνήθως βάση. Πρόκειται για ασθενείς με ψυχιατρική νόσο και ιστορικό παραβατικότητας και συνήθως βρίσκονται σε αντιψυχωτική ενέσιμη αγωγή μακράς διάρκειας δράσης.

Ποια είναι όμως η φιλοσοφία του σύγχρονου νόμου: να μη λησμονιούνται μέσα στα ιδρύματα οι ασθενείς. Γιατί ξεχνιόντουσαν όμως μέχρι σήμερα και από ποιους; Από τους γιατρούς; Από τους δικαστικούς; Από τις οικογένειες;

Μέχρι σήμερα οι ψυχίατροι του Τμήματος Ψυχιατροδικαστικής καταθέταμε αιτήσεις για αποχαρακτηρισμό των ασθενών που είχαν κριθεί ακαταλόγιστοι, όταν πληρούνταν οι προϋποθέσεις για εξιτήριο, δηλαδή είχε επιτευχθεί η ύφεση, η επαρκής εναισθησία, η καλή συνεργασία με τον ασθενή και την οικογένειά του και είχε εξασφαλιστεί η μετάβαση στην οικία ή σε οικοτροφείο κατάλληλο. Όταν η απόφαση ήταν θετική, ξεκινούσε μια νέα περίοδος εκούσιας θεραπείας βασισμένη στην εμπιστοσύνη και τη συνεργασία. Όταν η απόφαση ήταν απορριπτική, προσπαθούσε το προσωπικό να αναπλαισιώσει την εμπειρία, θέτοντας νέους στόχους, σιωπηλά ευχόμενο για μια επιεικέστερη (ή δικαιότερη) έδρα στο μέλλον.

Με τον Ν 4509/2017 βρεθήκαμε να παρευρισκόμαστε με έναν τρόπο αναγκαστικό στις δικαστικές αίθουσες με ασθενείς που δεν ήταν έτοιμοι να εξέλθουν, άλλους που δεν επιθυμούσαν να εξέλθουν και άλλους που δεν επιθυμούσαν καν να παρευρίσκονται. Οι τελευταίοι τελικά δεν αναγκάζονταν να εμφανιστούν και να αντεπεξέλθουν στη δοκιμασία, αφού προσκομιζόταν γνωμάτευση ότι δεν δύνανται να παρευρεθούν λόγω της ψυχικής τους κατάστασης. Να σημειωθεί πως οι ασθενείς μεταφέρονται στο δικαστικό μέγαρο με ασθενοφόρο, συνοδεία περιπολικού.

Σήμερα επικρατεί στους ασθενείς του τμήματος μια σύγχυση. Το αόριστο του χρόνου νοσηλείας μετέθετε στο μέλλον, με έναν τρόπο άλλοτε απελπιστικό και άλλοτε ανακουφιστικό, το εξιτήριο και το στρες της αντιμετώπισης της πραγματικής ζωής έξω από το (καλώς νοούμενο) άσυλο. Οι νέες εισαγωγές λαμβάνουν ουσιαστικά δύο μηνύματα: πληροφορούνται από το προσωπικό για τα δικαιώματά τους και τα χρονικά όρια του μέτρου θεραπείας, όπως ορίζονται στο άρθρο 2 παρ. 1, όπου διευκρινίζεται πως στην απόφαση που διατάσσει το θεραπευτικό μέτρο, ορίζεται ο μέγιστος χρόνος της διάρκειάς του, ο οποίος δεν μπορεί να υπερβαίνει τα δύο (2) έτη για τα πλημμελήματα και τα πέντε (5) έτη για τα κακουργήματα, και ταυτόχρονα ενημερώνονται από τους παλαιότερους για την πολύχρονη νοσηλεία τους που συχνά ξεπερνά τα 20 έτη. Κατ' εξαίρεση βέβαια είναι δυνατή η παράταση του χρόνου διάρκειας του θεραπευτικού μέτρου πέραν των ανωτάτων χρονικών ορίων, εφόσον για την ανάγκη παράτασης του χρόνου διάρκειας του μέτρου υφίσταται η σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου του θεραπευόμενου και του επιστημονικού διευθυντή της μονάδας θεραπείας. Ο συνολικός χρόνος διάρκειας του θεραπευτικού μέτρου δεν μπορεί όμως ποτέ να υπερβαίνει τη χρονική διάρκεια του ανωτάτου ορίου της ποινής που προβλέπεται στον νόμο για την πράξη που τέλεσε ο θεραπευόμενος. Οι ασθενείς επίσης ενημερώνονται για τη θέση της γνωμάτευσης του ψυχιάτρου στο δικαστήριο μέχρι το ανώτατο όριο της αναλογούσας ποινής ή την τετραετία (για τα πλημμελήματα)/δεκαετία (για τα κακουργήματα), όποιο έρθει νωρίτερα, η οποία δεν επιφέρει καμία εγγύηση για το επιθυμητό αποτέλεσμα, καθώς δεν δεσμεύει την έδρα για την απόφασή της. Στον προγραμματισμό της κλινικής είναι να οργανωθούν ομάδες για αποσαφήνιση των συνθηκών και διαχείριση του άγχους στο μέτρο του δυνατού και υποφερτού, δεδομένης της αβεβαιότητας. Ταυτόχρονα χρειάζεται να διαχειριστούν τη θεραπευτική σχέση με τον ψυχίατρο που παρουσία τους καταθέτει στο δικαστήριο, δημιουργώντας συχνά δύσκολα συναισθήματα που διακυβεύουν τη διατήρηση της σχέσης εμπιστοσύνης.

Ο ορισμός του εισαγγελέα-επόπτη από την Εισαγγελία πρωτοδικών Θεσσαλονίκης, όπως προβλέπεται στο άρθρο 18, έδωσε λύσεις πρακτικές και ουσιαστικές στο έργο του τμήματος με προσωπική παρουσία

σε μηνιαία βάση, ως αρμόδιος για την εκτέλεση των δικαστικών αποφάσεων που επιβάλλουν μέτρο των άρθρων 69 και 70Α του Ποινικού Κώδικα, για την εποπτεία της λειτουργίας του τμήματος και για τον συντονισμό και τη συνεργασία της Εισαγγελίας με το τμήμα αναφορικά με τον αυτεπάγγελτο δικαστικό έλεγχο της διάρκειας του μέτρου (ανά έτος εξακολούθηση, παράταση του μέγιστου χρόνου διάρκειας) και την εισαγωγή στο Τριμελές Πλημμελειοδικείο των αιτήσεων για άρση ή αντικατάστασή του. Αποσαφήνισε διάφορα σημεία του νέου νόμου και μερίμνησε στον ορισμό συνηγόρων σε κάθε περίπτωση, δεδομένου ότι οι ασθενείς δεν έχουν συνήθως πόρους να προσλάβουν τον συνήγορο της επιλογής τους. Αλλά και οι οικογένειες συνήθως δεν επιθυμούν να εκπροσωπηθούν από συνήγορο της επιλογής τους, ειδικά στις περιπτώσεις που οι εισηγήσεις των θεραπόντων προτείνουν τη διατήρηση του μέτρου, θεωρώντας μάταιη και δαπανηρή αυτή την κίνηση.

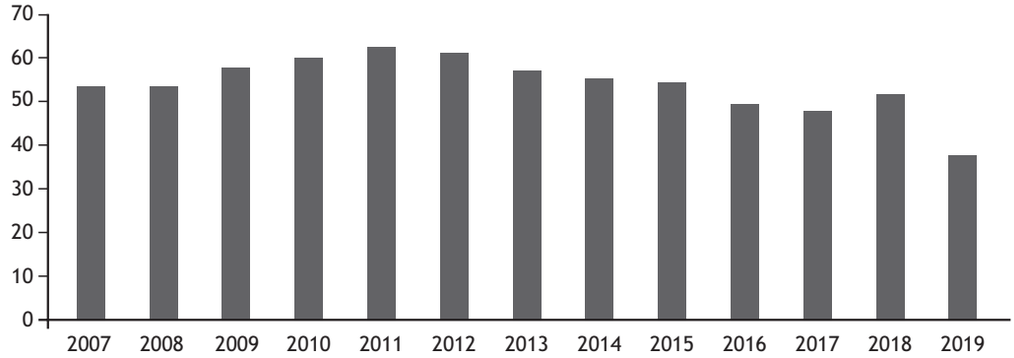
Οι συνήγοροι που ορίστηκαν κατ' εφαρμογή του άρθρου 2 παρ. 3 ενώπιον του Τριμελούς Πλημμελειοδικείου, καθώς και του Εφετείου σε περίπτωση έφεσης, εξέφραζαν ουσιαστικά τις επιφυλάξεις της ίδιας της κοινωνίας. Εμφανίζονταν συνήθως επιφυλακτικοί και δίσταζαν να συνομιλήσουν με τον ασθενή κατ' ιδίαν.

Με την ενημέρωση των οικογενειών σχετικά με τον νέο νόμο, τις διατάξεις του και τα ανώτατα όρια που ορίζει ανάλογα με το αδίκημα, αυτές έρχονται αντιμέτωπες με την ευθύνη της φροντίδας και δεν εφησυχάζουν, όπως προηγουμένως. Ταυτόχρονα όμως δεν μπορούν να αναγκαστούν ούτε να καταθέσουν ούτε να αναλάβουν το πάσχον μέλος τους μετά το πέρας της νοσηλείας. Ωστόσο επιφορτίζονται με έναν πιο ενεργό ρόλο, δεδομένου ότι πια αντιλαμβάνονται ότι το ψυχιατρείο δεν θα είναι το τέλος του δρόμου για τους ασθενείς αυτούς, οι οποίοι δικαιούνται να ολοκληρώσουν τη νοσηλεία και να επανενταχθούν στην κοινότητα, στην οικογένειά τους ή σε Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.

Είναι σαφές πως οι δικαστικοί συσχετίζουν τη βαρύτητα της νόσου με τη βαρύτητα του αδικήματος. Ακόμα και ο ίδιος ο νομοθέτης, ενώ προτείνει θεραπεία, ορίζει τα ανώτατα όρια νοσηλείας ανάλογα με το αδίκημα, προκαλώντας αναπόφευκτα ερωτήματα, διότι στην κλινική πρακτική δεν αποδεικνύεται η σχέση μεταξύ της βαρύτητας του αδικήματος και της βαρύτητας της πρόγνωσης του νόσου. Είναι βέβαιο πάντως πως και οι δικαστικοί, δεδομένου ότι αποτελούν και οι ίδιοι μέλη της κοινότητας, εκφράζουν τις συνήθεις ανησυχίες και αμφιβολίες περί της επικινδυνότητας των ψυχικά ασθενών, παρόλο που δεν υποστηρίζονται από τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα,[11–16] οι οποίες μόνον σε ένα περιβάλλον αμοιβαίας εμπιστοσύνης και συνεργασίας καθώς και συνεχούς εκπαίδευσης μπορούν να συζητηθούν.

Δεδομένα από την εφαρμογή του Ν 4509/2017 στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής ΨΝΘ

Κατά το 2018 επήλθε μείωση του αριθμού των ασθενών με αποτέλεσμα η δύναμη του τμήματος να ανέρχεται σήμερα στους 39 ασθενείς. Να σημειωθεί ότι προ δεκαετίας περίπου νοσηλεύονταν ώς και 63 ασθενείς, οδηγώντας σε υπερπληρότητα και υπερπληθυσμό του τμήματος (εικόνα 4). Η εφαρμογή των άρθρων 3 και 6 που ορίζουν την εισαγωγή αδικοπραγούντων ασθενών με μειωμένο καταλογισμό στο ψυχιατρικό νοσοκομείο, αλλά και την εισαγωγή αδικοπραγούντων ασθενών πριν τη δίκη, όταν από την ανακριτική διαδικασία διαφαίνεται η ύπαρξη ψυ-



Εικόνα 4. Ο αριθμός νοσηλευομένων του τμήματος ψυχιατροδικαστικής την περίοδο 2007–2019 σε ετήσια βάση.

χικής νόσου, με τον περιοριστικό όρο της νοσηλείας, ενδεχομένως να οδηγήσει σύντομα σε αύξηση του εξυπηρετούμενου πληθυσμού ασθενών κατά άγνωστο και απρόβλεπτο μέχρι σήμερα αριθμό.

Συμπεράσματα

Στην παρούσα φάση οι υπηρεσίες γενικής ψυχιατρικής αντιμετωπίζουν τους ασθενείς που αργότερα θα καταλήξουν σε ψυχιατροδικαστικές δομές για αρκετά χρόνια, κατά τη διάρκεια των οποίων συνεχίζουν να διαπράττουν αδικήματα.[17,18] Οι ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες διαφέρουν ή οφείλουν να διαφέρουν ως προς την αντιμετώπιση των ασθενών αυτών στον βαθμό που δεν αντιμετωπίζουν μόνον την ψυχωτική συμπτωματολογία, αλλά και την αντικοινωνική και επιθετική συμπεριφορά γενικότερα. Οι ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες πρέπει να έχουν γενικότερα περισσότερους ανθρώπινους πόρους, να κάνουν πιο εξειδικευμένες εκτιμήσεις, να νοσηλεύουν τους ασθενείς για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα, να εφαρμόζουν θεραπείες κατάλληλες για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν αυτοί οι ασθενείς. Οι ανάγκες αυτές υποχρεώνουν για ανάπτυξη κατάλληλων ψυχιατροδικαστικών υπηρεσιών που θα διαφοροποιήσουν την πορεία των ασθενών αυτών.[19] Στη χώρα μας υπάρχουν πολύ μεγάλα κενά στην παροχή ψυχιατροδικαστικών υπηρεσιών. Τα κενά αυτά πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι επιβραδύνουν την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και την κοινωνική επανένταξη όχι μόνον των ψυχιατροδικαστικών ασθενών, αλλά όλων των ψυχικά πασχόντων.[20]

Η εφαρμογή του Ν 4509/2017 αλλάζει το τοπίο για την ιδιαίτερη αυτή ομάδα ασθενών και επιτρέπει οραματισμούς για αποασυλοποίηση, αντιμετώπιση του στίγματος και εξατομικευμένη θεραπεία, παρά τις όποιες ασάφειες ή τα ενδεχόμενα προβλήματα που μπορεί να δημιουργηθούν. Όσο όμως η κυρίαρχη κοινωνική άποψη, όπως ακριβώς προβάλλεται και από τα ΜΜΕ, αντιμετωπίζει τον ψυχικά ασθενή ως επικίνδυνο, οι όποιες θετικές αλλαγές είναι καταδικασμένες να αποτύχουν. Οι ψυχίατροι επιβάλλεται να συνηγορούν υπέρ της λογικής που βασίζεται σε πραγματικά στοιχεία, ενώ και η αναγνώριση των πραγματικών κινδύνων και οι κατάλληλες παρεμβάσεις είναι εξαιρετικά σημαντικές, για την αντιμετώπιση διαστρεβλωμένων πεποιθήσεων της κοινής γνώμης και του στιγματισμού.[21]

The implementation of the law 4509/2017 in the Forensic Department of the Psychiatric Hospital of Thessaloniki

M. Markopoulou,[1] K. Iliou,[1] V. Karakasi,[2] Ath. Douzenis[3]

[1]Forensic Department, General Hospital of Thessaloniki Georgios Papanikolaou-Psychiatric Hospital of Thessaloniki, Organic Unit Psychiatric Hospital of Thessaloniki,
[2]3rd Department of Psychiatry, Aristotle University of Thessaloniki, Medical School, AXEPA Hospital, Thessaloniki,
[3]2nd Department of Psychiatry, University of Athens, Medical School, "Attikon" Hospital, Athens, Greece

Psychiatriki 2020, 31:13–22

According to the Explanatory Memorandum of the law 4509/2017, a significant change is being made to the current institutional framework of Articles 69 and 70 of the ECHR concerning the penal treatment of mentally ill offenders, in order to ensure a high level of treatment for perpetrators with mental or intellectual disorder. In application of the law, it was examined in court the abolishment, maintenance or replacement of the treatment measure of 47 patients from the Department

of Forensic Psychiatry in Thessaloniki. The results were compared with the previous status quo. In 22 cases, abolishment was ordered for the patients to be discharged and return to their parent's home or to Psychosocial Rehabilitation Units. In 11 of them, their stay was in direct violation of the law due to exceeding the cap as defined by the severity of the offense. However, 7 patients remain voluntarily in the Department, as no beds are available in reintegration structures. 13 patients who have committed homicide remain with the psychiatrist's agreement beyond the overrunning the ten years of treatment due to the severity of the disease or the risk for violent behavior. The Public Prosecutor has provided solutions in many cases and has appointed lawyers for all patients as prescribed by law. However, the judiciary remains cautious and the trend towards exhaustion of the limits is clear, despite the fact that their fears are not confirmed by international bibliographic data. The application of N 4509/2017 attempts to change the landscape for this particular group of patients and allows visions for de-institutionalization, elimination of the stigma and personalized treatment, despite any ambiguities or potential problems that may arise. However, as the predominant social viewpoint, shown by the media, treats the mentally ill as dangerous, any positive changes are doomed to fail. In addition, it is necessary to develop psychiatric services for the treatment of patients which will not only treat psychotic symptoms but also antisocial and aggressive behavior in general.

Key words: Law, prosecutor, mentally ill offenders, trial, forensic psychiatry.

Βιβλιογραφία

1. *Mental health and human rights*. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 31.01.2017, article 32
2. *Mental Health and prisons*. The challenge, World Health Organization, International Committee of Red Cross, cited 1/12/2018, available from https://www.who.int/mental_health/policy/mh_in_prison.pdf
3. Μαρκοπούλου Μ, Κωτούλα Γ, Αντωνάκη Β, Κωνσταντινίδου Π, Δανιλάκογλου Χρ, Ρεβενάκης Θ και συν. *Δίκες αποχαρακτηρισμού και εξιτήρια από το Τμήμα Ακαταλόγιστων ΨΝΘ*. Αναρτημένη ανακοίνωση, 2ο Πολυθεματικό Συνέδριο Ψυχιατρικής & 2η Διεπιστημονική Συνάντηση Σχέσεων Ψυχιατρικής & Δικαίου με Διεθνή Συμμετοχή, Οκτώβριος 2015, Κοζάνη
4. Μαρκοπούλου Μ, Δανιλάκογλου Χρ, Ρεβενάκης Θ, Μπομποτάς Κ. *Αποκατάσταση παραβατικών ψυχιατρικών ασθενών*. Τμήμα Ακαταλόγιστων, Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Αναρτημένη ανακοίνωση, 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατροδικαστικής, Δεκέμβριος 2014, Αθήνα
5. Δουζένης Α. Η σημασία των «ακαταλόγιστων» για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση. *Ψυχιατρική* 2016, 27:165
6. Κοσμάτος Κ. *Η διάρκεια του εγκλεισμού σε ψυχιατρικό κατάστημα κατά το άρθρο 70 του Ποινικού Κώδικα*. Διδακτορική διατριβή, ΑΠΘ, 1998
7. Σκαραγκάς Δ. Ο ακαταλόγιστος έγκλειστος ψυχασθενής: ποινικός ή ψυχιατρικός έγκλειστος; *Έγκλημα και κοινωνία* 1987, 3:133–134
8. Φυτράκης Ε. Χορηγείται άδεια σε ακαταλόγιστο, κατ' άρθρο 69 ΠΚ, ψυχικά ασθενή; Ψυχιατρονομικά σημειώματα. Άτη 2014, 7:10–12
9. Έγγραφο ΕΨΕ αρ. πρωτ. 807/23-7-2009, *Θέμα: Νοσηλεία-Φύλαξη ασθενών στα Ψυχιατρικά Νοσοκομείο βάσει των άρθρων 69–70 του Ποινικού Κώδικα*
10. Μαρκοπούλου Μ, Τσιφτσόγλου Κ, Μπομποτάς Κ. Αναγκαστική νοσηλεία ή αναγκαστική παρακολούθηση; Αναρτημένη ανακοίνωση, Περιλήψεις 21ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Αθήνα 2011
11. Sturup J, Lindqvist P. Homicide offenders 32 years later - A Swedish population based study on recidivism. *Crim Behav Mental Health* 2014, 24:5–17, doi: 10.1002/cbm.1896
12. Golenkov A, Large M, Nielssen O. A 30-year study of homicide recidivism and schizophrenia, *Crim Behav Mental Health* 2013, 23:347–355, doi:10.1002/cbm.1876
13. Nielssen OB, Bourget D, Laajasalo T, Liem M, Labelle A, Hakkanen-Nyholm H et al. Homicide of strangers by people with a psychotic illness. *Schizophr Bull* 2011, 37:572–579, doi: 10.1093/schbul/sbp112
14. Nielssen OB, Yee NL, Millard MM, Large MM. Comparison of first-episode and previously treated persons with psychosis found NGMI for a violent offense. *Psychiatr Serv* 2011, 62:759–764, doi: 10.1093/schbul/sbn144
15. Schanda H, Knecht G, Schreinzer D, Stompe Th, Ortwein-Swoboda G, Waldhoer Th. Homicide and major mental disorders: a 25-year study. *Acta Psychiatr Scand* 2004, 110:98–107, doi: 10.1111/j.1600-0047.2004.00305.x
16. Simpson AI, McKenna B, Moskowitz A, Skipworth J, Barry-Walsh J. Homicide and mental illness in New Zealand, 1970–2000. *Br J Psychiatry* 2004, 185:394-8, doi: 10.1192/bjp.185.5.394

17. Hodgins S, Muller-Isberner R. Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of psychiatric services. *Br J Psychiatry* 2004, 185:245–250, doi: 10.1192/bjp. 185.3.245

18. Hodgins S, Müller-Isberner R, Allaire J. Attempting to understand the increase in the numbers of forensic beds in Europe. A multi-site study of patients in forensic and general psychiatric services. *Int J Forensic Ment Health Serv* 2006, 5:173–184, doi: 10.1080/14999013.2006.10471241

19. Hodgins S. The interface between general and forensic psychiatric services. *Eur Psychiatry* 2009, Editorial, 24, 354–355, doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.07.002

20. Δουζένης Α. Η σημασία των «ακαταλόγιστων» για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση. *Ψυχιατρική* 2016, 27:165

21. Δουζένης Α, Λύκουρας Α. Η επικινδυνότητα της σχιζοφρένειας. *Ψυχιατρική* 2011, 22:105–106

Αλληλογραφία: Μ. Μαρκοπούλου, Λαγκαδά 196, 56429 Σταυρούπολη, Θεσσαλονίκη, Τηλ: 2313-324 323, e-mail: marmark33@yahoo.gr

Journal of Forensic and Legal Medicine 66 (2019) 8–24

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Forensic and Legal Medicine

journal homepage: www.elsevier.com/locate/yjflm

Review

In fear of the most loved ones. A comprehensive review on Capgras misidentification phenomenon and case report involving attempted murder under Capgras syndrome in a relapse of a schizophrenia spectrum disorder

Maria Valeria Karakasi[a,b], Maria Markopoulou[c], Maria Alexandri[a], Athanasios Douzenis[d], Pavlos Pavlidis[a,*]

[a] Laboratory of Forensic Sciences, Democritus University of Thrace, School of Medicine, GR 68100, Dragana, Alexandroupolis, Greece
[b] Adult Psychiatry, Psychiatric Department, George Papanikolaou General Hospital of Thessaloniki, GR 57010, Exochi, Asvestochorion, Thessaloniki, Greece
[c] Department of Forensic Psychiatry, Psychiatric Hospital of Thessaloniki, GR 56429, Stavroupolis, Thessaloniki, Greece
[d] Second Psychiatry Department, Attikon University Hospital, National and Kapodistrian University of Athens, GR 12462, Chaidari, Greece

ARTICLE INFO

Keywords:
Forensic science
Forensic psychiatry
Capgras
Misidentification syndrome
Homicide
Violence
Aggression
Matricide

ABSTRACT

The present paper aims to describe a case of a schizophrenia spectrum disorder relapse leading to attempted murder, review literature, and investigate the epidemiological data and expression of violent behavior among Capgras-related incidents. 109 case reports deriving from various scientific areas dating from 1971 to 2017 were evaluated and juxtaposed with an equivalent comparison group of random psychiatry inpatients, who were examined for the same variables. Quantitative and qualitative differences were observed between samples. High level of interpersonal violence was disclosed among Capgras-related incidents, especially towards the main caregivers, with higher propensity among male patients. Homicidal behavior was also expressed in higher levels among male patients experiencing the Capgras delusion. A multidisciplinary approach is vital for the optimal management of these incidents. Further research on the pathophysiology of Capgras delusion with the utilization of functional imaging techniques is of exceptional significance for the understanding of issues of neuroscience.

1. Introduction

The term “Capgras syndrome” defines the ideation of delusional negation with respect to the genuineness of a close and clearly-recognized person's identity (eg, friend, relative, partner), during which the patient holds the obsessive belief that the person has been replaced by a malicious “impostor” who is identical in appearance. This syndrome can occur both in psychiatric disorders, mainly psychotic disorders (especially paranoid schizophrenia) as well as major affective disorders, and neurocognitive disorders (e.g., post-traumatic encephalopathy, epilepsy, cerebrovascular disease, dementia, and delirium/acute confusional state). This phenomenon can occur in acute, transient or chronic forms and differentiates from prosopagnosia, as it denotes an interpretative perceptual disorder, rather than cognitive misperception of external stimuli.[1,2]

The patient perceives each “impostor” as very similar to the “original” person regarding appearance and behavior, but denies the recognition of the person and points out small details experienced as different. The delusional ideation of misidentification is a tenacious, rigid, unwavering, obsessive belief experienced in delusional definiteness, resentment and suspicion. Sometimes it even involves feelings of depersonalization, derealization and emptiness. The “real” person is usually idealized, while mistrust, hostility, anger and aggression are conveyed to the “impostor.” Except for individuals, the syndrome may involve delusional misidentification directed towards other animate or inanimate objects, such as pets, objects or places (usually not in combination). Cases have also been reported in which patients are convinced that the time has been distorted or substituted.[1–4]

Jean Marie Joseph Capgras (1873–1950) was the first to describe the phenomenon, while in 1923, Jean Reboul-Lechaux reported an incident that he designated as “l'illusion des sosies” (the illusion of doubles). Since then, sub-categorizations of the Capgras syndrome have been described and have been put under the umbrella term of “delusional misidentification syndrome,” which was coined by Christodoulou in his book “The Delusional Misidentification Syndromes.” Although distinctive features are identified that differentiate one syndrome from another, these phenomena seem to revolve likewise around the predominant theme of a major shift in the perception of reality or the

* Corresponding author.
E-mail address: pavlidi@med.duth.gr (P. Pavlidis).

https://doi.org/10.1016/j.jflm.2019.05.019
Received 3 May 2018; Received in revised form 4 October 2018; Accepted 27 May 2019
Available online 31 May 2019
1752-928X/ © 2019 Elsevier Ltd and Faculty of Forensic and Legal Medicine. All rights reserved.

rendition of the meaning with regard to the authenticity of self-identity or identification of other individuals/objects, or the deviation of other parameters, such as place/time. These delusional ideas are also termed as monothematic delusions as they tend to relate only to a specific topic.[1,5–7]

"Personenverwechslung syndrome" or syndrome of mistaken identity, first described in the 19th century, involves the pervasive thought that another person is not who he appears to be. "Fregoli" syndrome, described in the 20th century, defines the delusional idea that various individuals are in fact a single person who shapeshifts or has the ability to take over the bodies of other persons with ominous intentions. The phenomenon of "Intermetamorphosis" comprises delusional beliefs that various persons (and objects) from the patient's environment are witnessed to exchange their internal personality as well as physical identities, thus transforming one into another.[1,8–12]

The "syndrome of subjective doubles" is a delusional misidentification syndrome described by Christodoulou in 1978 which can include autoscopy (experiencing oneself as separate/outside from one's own body), and heautoscopy (seeing one's own body at a distance). The person experiences the delusion that he or she has a double or doppelgänger with the same appearance, but usually with different character traits, that is carrying out independent actions and leading a life of its own. A double may be projected onto any person, from a stranger to a family member. Furthermore, cases of polyopic heautoscopy have been described in which more than one double is perceived. In 2006, Peter Brugger and his colleagues described the case of a man who experienced five doubles resulting from a tumor in the insular region of his left temporal lobe. Mirrored-self misidentification is described as the belief that one's reflection in a mirror is some other person. In addition, reduplicative paramnesia is the belief that a familiar person, place, object, or body part has been duplicated. For example, a person may believe that they are in fact not in the hospital to which they were admitted, but an identical-looking hospital in a different part of the country, despite this being obviously false. Furthermore, syndrome of delusional companions is the belief that objects (such as soft toys) are sentient beings. Capgras phenomenon is also sometimes associated with erotomanic delusions or concerns about infidelity.[1,7,13–18]

Capgras syndrome patients may also present with some delusional thoughts which are characteristic of Cotard's syndrome, such as delusional beliefs of physical transformation, non-existence, being literally or figuratively dead, being in putrefaction, having lost or replaced one's blood or internal organs. Contemporary theoretical psychopathology has proposed that these two phenomena may be related regarding their pathogenetic underpinnings.[1,19–21]

Special diagnostic and therapeutic attention needs to be drawn to patients experiencing Capgras and other misidentification syndromes due to the severity of the possible underlying disorders and the patients' potentially dangerous behavior. Aggression and delusional thoughts are expressed especially towards parents. Furthermore, there is an increased probability of self-harm.[1,22,23]

1.1. Epidemiology

No gender predominance has been affirmed among incidents associated with Capgras syndrome, as no neurobiological compromise exists. Delusional misidentification syndromes, including Capgras, have been associated not only with primary psychiatric conditions (e.g., schizophrenia, psychotic disorders, affective disorders), but also with neurocognitive disorders and organic mental disorders (e.g., delirium, epilepsy, dementia and other neurodegernerative disorders)[24–30] There is a great degree of overlap among misidentification syndromes; they cannot be regarded as distinctive syndromes, and they are associated with a range of medical conditions, while they are not indicative of a particular disorder. Furthermore, very often, psychiatric, neurological and pathological factors coexist among patients expressing the syndrome, and thus, attempts for quantification and categorization may not be credible.[1,31]

In 1991, a meta-analytic study of Förstl and his colleagues examined 260 cases of misidentification syndromes, among which, 174 patients experienced Capgras syndrome (66.9%); (other: 6.9% Fregoli syndrome, 6.5% reduplicative paramnesia, 4.2% intermetamorphosis, and 15.4% combinations of delusional misidentification thoughts). Among all patients, the majority were diagnosed with schizophrenia (127/260, 48.9%), neurocognitive disorders (46/260, 17.7%), and affective disorders (29/260, 11.2%). Furthermore, 46 of the patients were reported to express violent behavior (17.7%).[1,31] In a study of 1994 by Joseph, Capgras delusion was detected in 3.1% of inpatients of a psychiatric department (N = 835).[1,32] Kirov and his colleagues (1994) detected the presence of delusional misidentification syndromes in 4.10% of their research sample of psychotic patients (N = 195).[33] In 1995, Odom-White and his colleagues estimated the incidence of Capgras syndrome as 28.0% in their research sample of hospitalized schizophrenic patients under clozapine medication (N = 25).[34] In a contemporary research study (2014), Salvatore and her colleagues examined 517 first-episode psychotic inpatients just after hospitalization, among whom, 73 experienced Capgras syndrome (14.1%). The prevalence of Capgras delusions was mainly detected in acute psychotic disorders: 50% in schizophreniform, 34.8% in brief, and 23.9% in unspecified psychoses. Furthermore, Capgras symptomatology was identified in 15% of the patients suffering from major depression, as well as 11.4% in schizophrenia, 11.1% in delusional disorder, 10.3% in bipolar disorder and 8.2% in schizoaffective disorders.[1]

In regard to neurological disorders, patients experiencing Capgras symptomatology have been recorded in cases of neurodegenerative disorders. Harwood and his colleagues (1999) detected Capgras syndrome in 10% of cases in a study sample consisting of patients diagnosed with Alzheimer's disease (N = 151).[35] Harciarek and Kertesz (2008) investigated the presence of delusional misidentification syndromes among various neurodegenerative diseases. In their study, misidentification syndromes were detected in 15.8% of the examined cases with probable Alzheimer disease, 16.6% of patients with probable Lewy body dementia, and in 8.3% of individuals with semantic dementia (N = 392).[36] Furthermore, Thaipisuttikul and his colleagues (2013) detected Capgras delusions in 20.0% of their study sample comprising 55 cases of Lewy body dementia.[29] Capgras phenomenon has also been identified in mental disorders associated with epilepsy, especially the postictal state.[37]

1.2. Etiology and pathogenesis

The potential organic basis of delusional misidentification syndromes, including Capgras phenomenon, has been being constantly investigated over the years. A wide range of pathogenetic mechanisms has been suspected and investigated as possibly associated with the Capgras-phenomenon expression: (a) diminished function of the right cerebral hemisphere, (b) dopamine deficiency and impaired control over emotional responses, (c) pathology in the connectivity of the ventral visual pathway and the amygdale leading to impairment of face-processing abilities, (d) impairment of the dorsolateral prefrontal cortex and working memory, (e) pathology in the connectivity of the multimodal association cortex, paralimbic cortex and limbic system, (f) pathology in limbic, frontal and parietal structures and (g) bilaterally impaired fronto-temporal connectivity.[1,2,6,14,26,38–45]

The most recent study was a meta-analysis of 17 neuroimaging studies of lesion-induced delusional misidentification cases conducted by Darby and his associates (2016–2017), who proposed that Capgras and other delusional misidentification syndromes are the outcome of the impairment of functionally connected sites within the neural "network" in the human brain, and thus, examined the significance of sites functionally connected to a lesion location.[46] According to their results, 17/17 of lesion locations were functionally connected to the left

retrosplenial cortex, a cerebral area mostly involved in familiarity perception, and 16/17 of lesion locations were functionally connected to the right frontal cortex, a cerebral area associated with expectation violation and belief evaluation. Similar research studies, however, should be replicated in larger research samples, in order to determine the credibility of the aforementioned findings.[46]

2. Methodology

This paper briefly updates the relevant literature on Capgras syndrome and reports a new case of schizoaffective disorder involving Capgras syndrome which escalated to the point of attempted murder. The following case study is written in compliance with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 1983. The complete anonymity of the patient and his family has been assured.

In addition, a systematic review was carried out on Capgras syndrome incidents (case reports) described throughout international literature by searching the electronic data bases of PubMed, Google search, Google Scholar, Heal Link, EMBASE, Scopus and Cochrane Library. No language restriction was applied. Overall one hundred nine[109] cases from articles and books deriving from various scientific areas concerning Capgras syndrome were studied thoroughly dating from 1971 to July 2017[25,30,47–70,71–90,91-110,111–130]. All relevant articles were reviewed and evaluated by the authors. Meta-analytic observations were made on the available Capgras syndrome cases. In addition, a random sample of 115 hospitalized patients in the Adult Psychiatry of the “George Papanikolaou” General Hospital of Thessaloniki was studied and was utilized as a comparison group to this study. This sample was opted by the authors to be used as a comparison group, because it exhibits a lot of diagnosis heterogeneity, similarly with the Capgras-related sample. It should be further clarified that this group consists of patients who experienced psychiatric symptomatology and/or conduct disorders regardless of etiology, were hospitalized in the psychiatric department either by their own will or by a prosecutor's order and were admitted either directly from the emergency department or as a transfer from other wards and departments of the general hospital due to psychiatric symptomatology manifestation such as patients who were hospitalized due to other medical conditions in any another hospital department while manifesting psychiatric symptomatology and the latter was an aggravating factor in the course and outcome of their hospitalization and their medical condition due to behavioral disorders (eg. hetero-destructive behavior; active suicidal ideation; non-compliance with doctors' instructions in the context of delusional ideation; wandering tendencies in the context of psychopathology; neurological/neurosurgical patients with psychiatric symptomatology, delirium after pathological treatment, withdrawal syndrome after pathological treatment, suicide attempts following pathological/surgical/orthopedic treatment, etc). Data were analyzed by SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). (Z-Score = 14.7356. p-value = 0. The result is significant at $p < 0.01$).

2.1. Limitations

The present sample group of Capgras patients comprises cases deriving from various scientific areas, while other research studies have been conducted on patients admitted in psychiatric departments. Therefore, the aforementioned statistic results are likely to diverge from other research studies (especially in the prevalence of schizophrenia).

In addition, it is observed that Capgras incidents being recorded in the international literature for the first years are diagnosed as psychiatric diseases without organic etiology with the diagnostic tools that were then available. Silva and his colleagues examined incidents, in majority, which had expressed serious interpersonal violence and were being hospitalized in the corresponding structures. In 1990, incidents being reported in the literature begun to be related to the psychiatric manifestations of organic disorders. It is unknown whether at some time there was over-expression of these incidents in the publication or writing process of case studies. However, an approximate 50-50 equilibrium appears to be present in Capgras incidents between pure psychiatric cases and organic neurodegenerative diseases.

3. Case presentation

3.1. Background

A 38-year-old male attempted to murder his grandmother while experiencing Capgras misidentification syndrome. The patient was in a relapse of schizoaffective disorder after the discontinuation of his prescribed medication on his own initiative.

3.2. Childbirth, childhood and developmental conditions

The patient is the firstborn son of a five-membered family of a good socioeconomic level. He was born in a provincial town by normal delivery, while normal development is reported.

During childhood, he was described as a lively and demanding boy, while he remembers several incidents when his mother used to hit him with a rolling pin in order to punish him and his father was physically abusive as well (with kicks).

Adolescence was full of tension and bursts of anger against his mother, while his father was mostly judgmental, both to him and to other family members. His father is referred to as a great businessman in the region who, however, due to extreme confidence went bankrupt after a series of unsuccessful moves, handing down a great debt to his wife and children. His mother's personality involved traits of dependency and insecurity, while her attitude was quite ambivalent towards the patient.

3.3. Level of education and military service

Regarding education and academic skills, the patient graduated from a general high school and completed his studies in business administration at a private college. He also served normally the compulsory military service and then worked in various companies related to his expertise.

3.4. Onset of symptomatology-first psychotic episode

By 27 years of age, the patient presented with the first episode of psychosis, experiencing auditory perceptual disorders involving hallucinations of offensive content and command hallucinations that urged him to commit suicide, persecutory delusions, ideas of reference, severe suicidal ideation, and depressed affect. He also believed that he had conversations with celebrities of television and cinema (grandiose delusions). Furthermore, obsessive-compulsive symptomatology manifested mainly around issues of sanitation with obsessional perseverance on hand washing and self-sanitation in general. The neurological assessment and brain imaging examinations (CT scan and MRI) did not reveal any abnormality.

3.5. Hospitalization

The patient was originally hospitalized in a psychiatric ward following attempted suicide by falling from height (first floor). Other hospitalizations in private clinics followed due to the interruption of medication after every discharge (poor adherence to treatment).

3.6. Capgras misidentification syndrome

The emergence of Capgras syndrome manifested later in the course of the disorder and the ideas involved only close family members. In the patient's own words, two years after the onset of the disorder, he told

Table 1
Statistical results deriving from all described incidents throughout literature related to Capgras delusion (N = 110).

N = 110	Total	Males	Females	M	F	Diagnoses (M)	Diagnoses (F)
Capgras syndrome cases	110 (100%)	49 (44.55%)	61 (55.45%)	1	1.24	- Schizophrenia spectrum disorders: 19 (38.76%) - Neurocognitive disorders: 18 (36.73%) - Psychotic disorder associated with psychoactive drug abuse: 4 (8.16%) - Bipolar spectrum disorders with psychotic features: 3 (6.12%) - Postictal psychosis: 3 (6.12%) - Generalized anxiety disorder with psychotic symptoms: 1 (2.04%) - Psychotic disorder (unspecified): 1 (2.04%)	- Neurocognitive disorders: 30 (49.18%) - Schizophrenia spectrum disorders: 17 (27.87%) - Psychotic disorder (unspecified): 9 (14.75%) - Postictal psychosis: 3 (4.92%) - Psychotic depression: 2 (3.28%)
Mean age (Capgras syndrome)	43.17 (9–80)	45.43 (17–80)	41.54 (9–77)	p-value = 0.05262			
Physical violence	64 (58.18% of CS)	34 (53.13% of violence) (69.39% of males)	30 (46.88% of violence) (49.18% of females)	1.41	1	- Schizophrenia spectrum disorders: 17 (50.00%) - Neurocognitive disorders: 8 (23.53%) - Psychotic disorder associated with psychoactive drug abuse: 4 (11.76%) - Postictal psychosis: 2 (5.88%) - Bipolar spectrum disorders with psychotic features: 2 (5.88%) - Psychotic disorder (unspecified): 1 (2.94%)	- Neurocognitive disorders: 15 (50.00%) - Schizophrenia spectrum disorders: 6 (20.00%) - Psychotic disorder (unspecified): 6 (20.00%) - Postictal psychosis: 2 (6.67%) - Psychotic depression: 1 (3.33%)
Mean age (Physical violence)	42.17 (9–80)	44.73 (21–80)	39.60 (9–77)	p-value = 0.01618			
Self-harm, suicide attempt	8 (7.27% of CS) (15.50% of violence)	3 (37.5% of self-harm) (4.69% of violence) (6.12% of males) (8.82% of violent males)	5 (62.5% of self-harm) (7.81% of violence) (8.20% of females) (16.67% of violent females)	1 1	1.34 (all CS patients) 1.89 (in violent patients)	- Neurocognitive disorders: 1 (33.33%) - Schizophrenia spectrum disorders: 1 (33.33%) - Psychotic disorder associated with psychoactive drug abuse: 1 (33.33%)	- Neurocognitive disorders: 2 (40.00%) - Schizophrenia spectrum disorders: 2 (40.00%) - Prepartum psychosis: 1 (20.00%)
Mean age (Self-harm)	37.63 (16–69)	35 (28–39)	39.20 (16–69)	p-value = 0.33724			
Interpersonal violence towards family members and care-givers	40 (36.36% of CS) (62.50% of violence)	26 (65% of this category) (40.63% of violence) (53.06% of males) (76.47% of physically violent males)	14 (35% of this category) (21.88% of violence) (22.95% of females) (46.67% of physically violent females)	2.31 (all CS patients) 1.64 (in violent patients)	1 1	- Schizophrenia spectrum disorders: 16 (61.54%) - Neurocognitive disorders: 5 (19.23%) - Postictal psychosis: 2 (7.69%) - Psychotic disorder associated with psychoactive drug abuse: 2 (7.69%) - Bipolar spectrum disorders with psychotic features: 1 (3.85%) - Psychotic disorder (unspecified): 1 (3.85%)	- Neurocognitive disorders: 8 (57.14%) - Schizophrenia spectrum disorders: 3 (21.43%) - Psychotic disorder (unspecified): 3 (21.43%)
Mean age (Interpersonal violence)	41.68 (9–80)	43.46 (21–80)	38.35 (9–54)	p-value = 0.00056			
Victim: Mother	15 (37.5%)	12 (46.15%)	3 (21.42%)	2.15 p-value = 0.00149	1	- Schizophrenia spectrum disorders: 10 (83.33%) - Bipolar spectrum disorders with psychotic features: 1 (8.33%) - Psychotic disorder (unspecified): 1 (8.33%)	- Neurocognitive disorders: 1 (33.33%) - Schizophrenia spectrum disorders: 1 (33.33%) - Psychotic disorder (unspecified): 1 (33.33%)
Victim: Spouse	10 (25%)	6 (23.08%)	4 (28.57%)	1	1.23	- Schizophrenia spectrum disorders: 3 (50%) - Neurocognitive disorders: 3 (50%) - Psychotic disorder associated with psychoactive drug abuse: 1 (16.67%) - Postictal psychosis: 1 (16.67%)	- Neurocognitive disorders: 3 (75%) - Psychotic disorder (unspecified): 1(25%)

(*continued on next page*)

Table 1 (*continued*)

N = 110	Total	Males	Females	M	F	Diagnoses (M)	Diagnoses (F)
Victims: Father	7 (17.5%)	4 (15.39%)	3 (21.42%)	1	1.39	- Schizophrenia spectrum disorders: 4 (100%)	- Neurocognitive disorders: 1 (33.33%) - Schizophrenia spectrum disorders: 1 (33.33%) - Psychotic disorder (unspecified): 1 (33.33%)
Victims: Child	3 (7.5%)	–	3 (21.42%)	–	1		- Neurocognitive disorders: 1 (33.33%) - Psychotic disorder (unspecified): 2 (66.67%)
Victim: Sibling	2 (5%)	2 (7.69%)	–	1	–	- Postictal psychosis: 1 (50%) - Psychotic disorder (unspecified): 1(50%)	
Victim: Grandmother	2 (5%)	2 (7.69%)	–	1	–	- Schizophrenia spectrum disorders: 1 (50%) - Psychotic disorder (unspecified): 1(50%)	
Victim: Nurse	2 (5%)	2 (7.69%)	1 (7.14%)	1.07	1	- Schizophrenia spectrum disorders: 1 (50%) - Neurocognitive disorders: 1 (50%)	- Neurocognitive disorders: 1 (100%)
Victim: Sibling's child	2 (2.5%)	2 (7.69%)	–	1	–	- Schizophrenia spectrum disorders: 1 (50%) - Psychotic disorder (unspecified): 1(50%)	
Victim: Child-in-law	1 (2.5%)	–	1 (7.14%)				- Neurocognitive disorders: 1 (100%)
Victim: Unspecified family members	6 (15%)	2 (7.69%)	4 (28.57%)				
Female victims	29 (72.5% of CS interpersonal violence cases)	24 (92.30% of male perpetrated cases)	5 (35.7% of female perpetrated cases)			M:F (victim) ratio for male perpetrators; 1:4 p-value = 0.0002	M:F (victim) ratio for female perpetrators; 2:1 p-value = 0.0091
Male victims	16 (40% of CS interpersonal violence cases)	6 (23.07% of male perpetrated cases)	10 (71.43% of female perpetrated cases)				
Committed homicide	5 (4.54% of CS) (7.81% of physical violence)	5 (100% of homicide) (7.81% of physical violence) (10.20% of males) (14.71% of physically violent males)	0 (0% of homicide) (0% of physical violence) (0% of females) (0% of physically violent females)	1	–	- Schizophrenia spectrum disorders: 5 (100%)	–
Mean age (Homicide)	35.2 (21–44)	35.2 (21–44)	–	p-value = 0.00539			
Victim: Mother	3	3	0			(60% of homicide cases)	
Victim: Father	2	2	0			(40% of homicide cases)	
Victim: Stranger	1	1	0			(20% of homicide cases)	
Female victim	3 (60% of homicide cases)	3 (60% of homicide cases)	–			M:F (victim) ratio for male perpetrators; 1:1	–
Male victim	3 (60% of homicide cases)	3 (60% of homicide cases)	–				
Attempted homicide	14 (12.73% of CS) (21.90% of physical violence)	12 (85.71% of attempted homicide) (18.75% of physical violence) (24.50% of males) (35.29% of physically violent males)	2 (14.29% of attempted homicide) (3.13% of physical violence) (3.28% of females) (6.67% of physically violent females)	7.5 (all CS patients) 5.29 (in violent patients)	1 1	- Schizophrenia spectrum disorders: 8 (66.67%) - Neurocognitive disorders: 2 (16.67%) - Bipolar spectrum disorders with psychotic features: 1 (8.33%) - Psychotic disorder (unspecified): 1 (8.33%)	- Schizophrenia spectrum disorders: 1 (50%) - Psychotic disorder (unspecified): 1 (50%)
Mean age (Attempted homicide)	40.14 (24–80)	44.33 (30–80)	30.00 (24–36)	p-value = 0.00045			
Victim: Mother	7 (50% of attempted homicide cases)	7	–	p-value = 0.00114		- Schizophrenia spectrum disorders: 5 (71.43%) - Bipolar spectrum disorders with psychotic features: 1 (14.29%) - Psychotic disorder (unspecified): 1 (14.29%)	

(*continued on next page*)

Table 1 (*continued*)

N = 110	Total	Males	Females	M	F	Diagnoses (M)	Diagnoses (F)
Victim: Spouse	2 (14.29% of attempted homicide cases)	2	–			- Schizophrenia spectrum disorders: 1 (50%) - Neurocognitive disorders: 1 (50%)	
Victim: Grandmother	2 (14.29% of attempted homicide cases)	2	–			- Schizophrenia spectrum disorders: 1 (50%) - Psychotic disorder (unspecified): 1 (50%)	
Victim: Father	1 (7.14%)	1	–			- Schizophrenia spectrum disorders: 1 (100%)	
Victim: Child	1 (7.14%)	–	1			- Psychotic disorder (unspecified): 1 (100%)	
Victim: Sibling	1 (7.14%)	1	–			- Psychotic disorder (unspecified): 1 (100%)	
Victim: Sister's child	1 (7.14%)	1	–			- Schizophrenia spectrum disorders: 1 (100%)	
Victim: Nurse	1 (7.14%)	1	–			- Neurocognitive disorders: 1 (100%)	
Victim: Stranger	1 (7.14%)	1	–			- Schizophrenia spectrum disorders: 1 (100%)	
Victim: Unspecified	1 (7.14%)	–	1				
Female victim	13 (92% of attempted homicide cases)	13 (108.33% of attempted homicide cases)	? (≤50% of attempted homicide cases)			M:F (victim) ratio for male perpetrators; 1:4.33 p-value = 0.00466	M:F (victim) ratio for female perpetrators; unspecified
Male victim	4 (28.57% of attempted homicide cases)	3 (25% of attempted homicide cases)	1 (≥50% of attempted homicide cases)				
Homicidal behavior	19 (17.27% of CS) (29.69% of physical violence) p-value = 0	17 (34.69% of males) (50% of physically violent males)	2 (3.28% of females) (6.67% of physically violent females)	10.58 (all CS patients) 7.50 (in violent patients)	1 1		
Arson	6 (5.45% of CS) (9.38% of physically violent patients)	1 (16.67% of category) (2.04% of males)	5 (83.33% of category) (8.20% of females)	1	4.02	- Neurocognitive disorders: 1 (100%)	- Psychotic disorder (unspecified): 3 (60%) - Neurocognitive disorders: 1 (20%) - Posticta psychosis: 1 (20%)
Mean age (Arson)	52.83 (24–70)	70	49.40 (24–69)	p-value = 0.07927			
Mental disorders without organic association	56 (50.91% of CS) p-value = 0.121	28 (50% of category) (57.14% of males)	28 (50% of category) (45.90% of females)	1	1	- Schizophrenia spectrum disorders: 19 (67.86%) - Psychotic disorder associated with psychoactive drug abuse: 4 (14.29%) - Bipolar spectrum disorders with psychotic features: 3 (10.71%) - Psychotic disorder (unspecified): 1 (3.57%) - Generalized anxiety disorder with psychotic symptoms: 1 (3.57%)	- Schizophrenia spectrum disorders: 17 (60.71%) - Psychotic disorder (unspecified): 7 (25%) - Peripartum psychosis: 2 (7.14%) - Psychotic depression: 2 (7.14%)
						Violence / Males (% in males of this category) / Females (% in females of this category) / Total (% patients in this category)	
						Physical violence: 24 (85.71%) / 16 (57.14%) / 40 (71.43%)	
						Attempted homicide: 9 (32.14%) / 2 (7.14%) / 11 (19.64%)	
						Homicide: 5 (17.86%) / 0 (0%) / 5 (8.93%)	
						Serious self-harm: 2 (7.14%) / 3 (10.71%) / 5 (8.93%)	
Mean age	35.88 (11–76)	38.42 (20–76)	33.71 (11–65)	Mental disorders without organic association p-value = 0.121		Physical violence M:F ratio for this category; 1.50:1 p-value = 0.00889 Homicidal behavior M:F ratio for this category; 7.00:1 p-value = 0.00019 Serious self-harm M:F ratio for this category; 1:1.50 p-value = 0.31918	
Neurocognitive disorders	49 (44.55% of CS)	18 (36.73% of category) (36.73% of males)	30 (61.22% of category) (49.18% of females)	1	1.34		
						Violence / Males (% in males of this category) / Females (% in females of this category) / Total (% patients in this category)	
						Physical violence: 7 (38.89%) / 13 (43.33%) / 20 (40.82%)	
						Homicidal behavior: 3 (16.67%) / 0 (0%) / 3 (6.12%)	
						Serious self-harm: 1 (5.56%) / 2 (6.67%) / 3 (6.12%)	
Mean age	52.19 (9–80)	57.76 (17–80)	49.03 (9–77)	Neurocognitive disorders p-value = 0.0951		Physical violence M:F ratio for this category; 1:1.11 p-value = 0.38209 Homicidal behavior M:F ratio for this category; impossible to calculate p-value = 0.01044 Serious self-harm M:F ratio for this category; 1:1.20 p-value = 0.44038	

(*continued on next page*)

Table 1 (*continued*)

N = 110	Total	Males	Females	M	F	Diagnoses (M)	Diagnoses (F)
Mental disorders associated with epilepsy	6 (5.45% of CS)	3 (50% of category) (6.12% of males)	3 (50% of category) (4.92% of females)	1.20	1		
Mean age	35.67 (24–55)	31.67 (27–34)	39.67 (24–55)	p-value = 0.38974			
Major mental disorder co-occurring with psychoactive drug abuse	4 (3.64% of CS)	4 (8.16% of males)	0	p-value = 0.0116			
Physical violence	Total MD: ND ratio	Male MD: ND ratio	Female MD: ND ratio	**Self-harm:**		Total MD: ND ratio	Male MD: ND ratio / Female MD: ND ratio
Mental versus Neurocognitive Disorders with CS	1.74 1	2.20 1	1.32 1	**Mental versus Neurocognitive Disorders with CS**		1.46 1	1.28 1 / 1.61 1
Risk of homicide/homicide attempt Mental versus Neurocognitive Disorders with CS	Total MD: ND ratio 4.67 1	Male MD: ND ratio 2.99 1	Female ratio; impossible to calculate				
Peripartum onset	3	–	3 (4.92% of females)			Physical violence: 2 (66.67%), Serious self-harm: 1 (33.33%)	
Delusions of infidelity – Delusional jealousy	7 (6.36% of CS) p-value = 0.06944	5 (71.43% of category) (10.20% of males)	2 (28.57% of category) (3.28/% of females)	3.11	1	- Neurocognitive disorders: 3 (60%) - Schizophrenia spectrum disorders: 1 (20%) - Psychotic disorder associated with psychoactive drug abuse: 1 (20%)	- Neurocognitive disorders: 1 (50%) - Psychotic disorder (unspecified): 1 (50%)
						Violence / Males (% in males of this category) / Females (% in females of this category) / Total (% patients in this category)	
						Physical violence: 4 (80%) / 1 (50%) / 5 (71.43%)	
						Attempted homicide: 1 (20%) / 0 (0%) / 1 (14.29%)	
						Homicide: 1 (20%) / 0 (0%) / 1 (14.29%)	
						Attempted homicide: 0 (0%) / 0 (0%) / 0 (0%)	
						Serious self-harm: 1 (20%) / 0 (0%) / 1 (14.29%)	
Mean age	53 (28–78)	51.2 (28–78)	57.5 (38–77)	Delusions of infidelity p-value = 0.06944		Physical violence M:F ratio for this category; 1.6:1 p-value = 0.21476 Homicidal behavior/Serious self-harm M:F ratio for this category; impossible to calculate	
Erotomanic delusions	10 (9.09% of CS) p-value = 0.01044	1 (10% of category) (2.04% of males)	9 (90% of category) (14.75% of females)	1	7.23	- Neurocognitive disorders: 1 (100%)	- Schizophrenia spectrum disorders: 6 (66.67%) - Neurocognitive disorders: 3 (33.33%)
						Violence / Males (% in males of this category) / Females (% in females of this category) / Total (% patients in this category)	
						Physical violence: 0 (0%) / 3 (33.33%) / 3 (30%)	
						Homicide: 0 (0%) / 0 (0%) / 0 (0%)	
						Attempted homicide: 0 (0%) / 0 (0%) / 0 (0%)	
						Serious self-harm: 0 (0%) / 0 (0%) / 0 (0%)	
Mean age	40.3 (16–55)	52 (52–52)	39 (16–55)	Erotomanic delusions p-value = 0.01		Physical violence/Homicidal behavior/Serious self-harm M:F ratio for this category; impossible to calculate	

his mother (then calling her only by her name) that he believes that his actual family had been kidnapped by a well-known businessman whom he admired (idea involving grandeur) and that the people who were at home are clones of his true family-members.

3.7. Hospitalization in the Department of Forensic Psychiatry

The patient's hospitalization in the Department of Forensic Psychiatry was ordered by the national prosecuting authority for attempted murder of a family member (his maternal grandmother), with whom he had been living during the most recent years. Previously he had also attacked his mother, whom he had beaten to the head and all over her body with his feet and hands. The aggressive behavior towards his grandmother manifested during a relapse of the schizoaffective disorder after he had interrupted his medication. Specifically, he initially threatened the elderly woman that he would slit her throat, because, as he said, she had defecated and, thus, she had fouled the house. Afterwards, he hit her with his hands and feet to her face and all over her body, thus inflicting multiple injuries and blunt traumas, as well as an epidural hematoma in the frontal area. He dragged her on the floor towards the balcony threatening to throw her down. The neighbors who eye-witnessed the event alerted the police and the patient was finally arrested.

During hospitalization the following treatment was administered: olanzapine 30 mg, venlafaxine 150 mg, aripiprazole 10 mg, and lorazepam 2.5 mg on a daily basis. Although the perceptual and thought-content disorders began to subside gradually, he continued to maintain a rather reluctant and cautious attitude towards his family.

3.8. Discharge and follow-up

At discharge, the patient was prescribed the same treatment. At his first monthly follow-up session, the patient appeared euphoric and agitated without psychotic symptomatology. He had already established his own company. In the logo of the company, he had chosen to include his brothers' initials as well as his own. He made very derogatory statements about his mother, while he accused his father of having destroyed his future due to his loans and debts. The euphoric mood and irritability persisted during the next monthly follow-up session, and therefore venlafaxine was discontinued. At the following appointment he communicated that he had already shut down the company considering that it had been a very cursory decision and he was seeking for an occupation in a company as an employee. His mother disclosed that he seemed quite introverted and depressed. The patient reported that weeping had an alleviating function to him and that he deemed only auditory hallucinations as psychopathology, and thus, in their absence he considered himself to be healthy. Lamotrigine was prescribed to the patient, who followed the medical guidelines for gradual titration and as a result his affect was improved.

At present, the patient reports that ideas about clones still exist, but they are much more controllable. To accomplish this he says that he sometimes needs to rationalize his thoughts, for instance he may self-argue that if that woman was not his mother, she would not agree with his return at home after the offence. He describes himself as a perfectionist, as well as a suspicious and vigilant person who needs to feel prepared for anything disagreeable that may occur from the part of other people.

From the psychological assessment interview and the evaluation of the Rorschach test, the patient is described as a person with intense insecurity, low self-esteem, punctiliousness and inflexibility. A complex relationship with the maternal figure is reflected, as well as weakness in projection into the future, fruitlessness in creating positive impressions and subordination to power. Compulsivity appears to function as a defence mechanism for tension and anxiety, while paranoid thinking is also a conspicuous but not predominant trait.

4. Results

4.1. The sample of incidents presenting with Capgras delusion

One hundred ten[110] cases involving Capgras syndrome were studied and evaluated (Table 1). In this specific sample taken from international literature, female patients (55.5%) outnumbered males slightly, while the mean age was at 43 years for all patients (age range from 9 to 80 years. Variance = 302.10495. Standard Deviation = 17.38117). Male patients' mean age was 45 years of age at the onset of Capgras syndrome, while females' average age was in the early 40s.

Nearly half of the patients of the recorded cases suffered from mental disorders without any organic association (50.9%), among which, schizophrenia spectrum disorders were identified in 64.3%. The other half of the cases were associated with neurocognitive disorders (44.6%), such as delirium, traumatic brain encephalopathy, cerbrovascular disease, dementia, meningioma, encephalitis, multiple sclerosis, medications, while mental disorders associated with epilepsy and postictal psychosis were observed in 5.5% of the cases.

Erotomanic delusions and delusional jealousy were identified throughout the patients' thought and speech content at 9.1 and 6.4 percent respectively.

Physical violence (including auto-destructive and hetero-destructive actions towards people or inanimate objects) was expressed by 58.2% of the patient sample, while 62.5% of violent patients engaged in acts of interpersonal violence towards their close family members and care-givers. Mean age for the expression of physical violence was at 42.2 years for both genders (with age range from 9 to 80 years).

A significantly higher propensity for interpersonal violence was disclosed among male subjects in comparison to females (M:F ratio; 2.3:1). Mothers (37.5%) and spouses (25%) were the most frequently attacked group of relatives. Furthermore, homicide was committed in five cases (4.5% of Capgras cases, 7.8% of physically violent patients), which were all perpetrated by male patients suffering from schizophrenia spectrum disorders, while the victims were in majority their parents (care-givers) (mother 60%, father 40%, stranger 20% of homicide cases). No cases of infanticide or filicide were recorded.

Attempted homicide was recorded in 12.7% of the Capgras sample (21.9% of physically violent patients). Again a higher propensity for homicide attempt was disclosed among male subjects in comparison to females (M:F ratio; 7.5:1). Mothers (50%), spouses (14.3%) and grandmothers (14.3%) were the most highly attacked victims. Most of the perpetrators were males suffering from mental disorders without organic association (71.4%).

Physical violence against objects was also a common theme, while 5.5% of the sample set fire to their house or one else's property. Acts of serious self-harm and suicide attempts were observed in 7.3% of Capgras incidents (Table 1).

4.2. The sample of random psychiatry inpatients (comparison group)

This sample derived from the random recording of the last one hundred fifteen[115] hospitalizations in a random adult psychiatry department (Table 2). In this sample, male and female patients were randomly equal (absolute figures: 58 and 57 respectively), while the mean age was at 42.4 years (age range from 19 to 83 years. Variance = 236.40686. Standard Deviation = 15.37553), which was also very close to the mean age of the Capgras sample. In average, male patients were in their early 40 s at the time of hospitalization, while females' mean age was at 44.2 years.

Unsurprisingly, the clear majority of the patients of the recorded cases suffered from mental disorders without any organic association (82.6%), among which, schizophrenia spectrum disorders were identified in 25.3 percent. Neurocognitive disorders, such as delirium, toxicosis, traumatic brain encephalopathy, cerbrovascular disease, dementia, brain tumors, multiple sclerosis, undesirable effects of

Table 2
Statistical results deriving from the comparison group of random psychiatry inpatients (N = 115).

N = 115	Total	Males	Females	M	F	Diagnoses (M)	Diagnoses (F)
Random psychiatry inpatient cases	115 (100%)	58 (50.43%)	57 (49.57%)	1.02	1	- Schizophrenia spectrum disorders: 13 (22.41%) - Neurocognitive disorders: 10 (17.24%) - Psychotic disorder associated with psychoactive drug abuse: 7 (12.07%) - Major depressive disorder: 6 (10.34%) - Psychotic disorder (unspecified): 5 (8.62%) - Bipolar spectrum disorders: 5 (8.62%) - Personality disorders: 4 (6.90%) - Obsessive compulsive spectrum disorders: 3 (5.17%) - Postictal psychosis: 2 (3.45%) - Post-traumatic stress disorder: 2 (3.45%) - Delusional disorder: 1 (1.72%)	- Schizophrenia spectrum disorders: 11 (19.30%) - Bipolar spectrum disorders: 11 (19.30%) - Major depressive disorder: 8 (14.04%) - Psychotic disorder (unspecified): 7 (12.28%) - Neurocognitive disorders: 7 (12.28%) - Delusional disorder: 4 (7.02%) - Personality disorders: 3 (5.26%) - Psychotic disorder associated with psychoactive drug abuse: 2 (3.51%) - Postictal psychosis: 1 (1.75%) - Psychotic depression: 1 (1.75%) - Peripartum depressive disorder: 1 (1.75%) - Post-traumatic stress disorder: 1 (1.75%)
Mean age (Random psychiatry inpatients)	42.44 (19–83)	40.71 (19–83)	44.21 (19–76)	p-value = 0.44828			
Capgras delusion incidence	2 (1.74%)	1 (50%) (1.72% of males)	1 (50%) (1.75% of females)	1	1.02	- Schizophrenia spectrum disorders: 1 (100%)	- Bipolar spectrum disorders: 1 (100%)
Age CS	34 (27–41)	27	41	p-value = 0.49601			
Physical violence	74 (64.35% of total inpatients)	38 (51.35% of violence) (65.52% of males)	36 (48.65% of violence) (63.16% of females)	1.04	1	- Neurocognitive disorders: 8 (21.05%) - Schizophrenia spectrum disorders: 6 (15.79%) - Major depressive disorder: 5 (13.16%) - Bipolar spectrum disorders: 5 (13.16%) - Psychotic disorder (unspecified): 3 (7.89%) - Personality disorders: 3 (7.89%) - Psychotic disorder associated with psychoactive drug abuse: 2 (5.26%) - Obsessive compulsive spectrum disorders: 2 (5.26%) - Postictal psychosis: 2 (5.26%) - Post-traumatic stress disorder: 2 (5.26%)	- Bipolar spectrum disorders: 9 (25.00%) - Neurocognitive disorders: 7 (19.45%) - Major depressive disorder: 6 (16.67%) - Schizophrenia spectrum disorders: 4 (11.11%) - Psychotic disorder (unspecified): 3 (8.33%) - Personality disorders: 3 (8.33%) - Psychotic disorder associated with psychoactive drug abuse: 2 (5.56%) - Psychotic depression: 1 (2.78%) - Peripartum depressive disorder: 1 (2.78%)
Mean age (Physical violence)	41.00 (19–83)	40.03 (19–83)	42.03 (19–76)	p-value = 0.39743			
Self-harm, suicide attempt	32 (27.83% of total) (43.24% of violence)	11 (34.4% of self-harm) (14.86% of violence) (18.97% of males) (28.95% of violent males)	21 (65.6% of self-harm) (28.38% of violence) (56.14% of females) (58.33% of violent females)	1 1	2.96 (all patients) 2.01 (in violent patients)	- Major depressive disorder: 5 (45.45%) - Bipolar spectrum disorders: 2 (18.18%) - Schizophrenia spectrum disorders: 1 (9.09%) - Neurocognitive disorders: 1 (9.09%) - Personality disorders: 1 (9.09%) - Post-traumatic stress disorder: 1 (9.09%)	- Major depressive disorder: 6 (28.57%) - Bipolar spectrum disorders: 4 (19.05%) - Neurocognitive disorders: 3 (14.29%) - Personality disorders: 3 (14.29%) - Psychotic disorder (unspecified): 2 (9.52%) - Schizophrenia spectrum disorders: 1 (4.76%) - Psychotic disorder associated with psychoactive drug abuse: 1 (4.76%) - Peripartum depressive disorder: 1 (4.76%)
Mean age (Self-harm)	42.81 (19–83)	44.36 (21–83)	42.00 (19–76)	p-value = 0.01618			

(*continued on next page*)

Table 2 (*continued*)

N = 115	Total	Males	Females	M	F	Diagnoses (M)	Diagnoses (F)
Interpersonal violence towards family members and care-givers	28 (24.35% of total) (37.84% of violence)	15 (53.57% of this category) (20.27% of violence) (25.86% of males) (39.47% of physically violent males)	13 (46.43% of this category) (17.57% of violence) (22.81% of females) (36.11% of physically violent females)	1.13 (all patients) 1.09 (in violent patients)	1 1	- Neurocognitive disorders: 5 (33.33%) - Schizophrenia spectrum disorders: 2 (13.33%) - Bipolar spectrum disorders: 2 (13.33%) - Personality disorders: 2 (13.33%) - Psychotic disorder (unspecified): 1 (6.67%) - Psychotic disorder associated with psychoactive drug abuse: 1 (6.67%) - Obsessive compulsive spectrum disorders: 1 (6.67%) - Postictal psychosis: 1 (6.67%)	- Bipolar spectrum disorders: 7 (53.85%) - Schizophrenia spectrum disorders: 3 (23.08%) - Neurocognitive disorders: 2 (15.38%) - Psychotic depression: 1 (7.69%)
Mean age (Interpersonal violence)	37.14 (19–67)	35.27 (19–67)	39.31 (21–65)	p-value = 0.35197			
Victim: Mother	16 (57.14%)	9 (60.00%)	7 (53.85%)	1.11 p-value = 0.30854	1	- Neurocognitive disorders: 5 (55.56%) - Personality disorders: 1 (11.11%) - Psychotic disorder (unspecified): 1 (11.11%) - Obsessive compulsive spectrum disorders: 1 (11.11%) - Postictal psychosis: 1 (11.11%)	- Bipolar spectrum disorders: 4 (57.14%) - Schizophrenia spectrum disorders: 2 (28.57%) - Neurocognitive disorders: 1 (14.29%)
Victim: Spouse	2 (7.14%)	1 (6.67%)	1 (7.69%)	1	1.15	- Bipolar spectrum disorders: 1 (100%)	- Bipolar spectrum disorders: 1 (100%)
Victims: Father	10 (35.71%)	6 (40%)	4 (30.77%)	1.30	1	- Neurocognitive disorders: 3 (50%) - Schizophrenia spectrum disorders: 1 (16.67%) - Personality disorders: 1 (16.67%) - Psychotic disorder associated with psychoactive drug abuse: 1 (16.67%)	- Bipolar spectrum disorders: 3 (75%) - Neurocognitive disorders: 1 (25%)
Victims: Child	3 (10.71%)	2 (13.33%)	1 (7.69%)	1.73	1	- Bipolar spectrum disorders: 2 (100%)	- Bipolar spectrum disorders: 1 (100%)
Victim: Sibling	4 (14.29%)	–	4 (30.77%)	–	1		- Bipolar spectrum disorders: 2 (50%) - Schizophrenia spectrum disorders: 1 (25%) - Neurocognitive disorders: 1 (25%)
Victim: Unspecified family members	2 (7.14%)	1 (6.67%)	1 (7.69%)	1	1.15		
Female victims	22 (78.57% of interpersonal violence cases)	12 (80% of male perpetrated cases)	10 (76.92% of female perpetrated cases)			M:F (victim) ratio for male perpetrators; 1:1.71	M:F (victim) ratio for female perpetrators; 1:1.67
Male victims	13 (46.43% of interpersonal violence cases)	7 (46.67% of male perpetrated cases)	6 (46.15% of female perpetrated cases)				
Committed homicide	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	–	–	–	–
Attempted homicide	2 (1.74% of total cases) (2.70% of physical violence)	2 (100% of attempted homicide) (2.70% of physical violence) (3.45% of males) (5.26% of physically violent males)	0 (0% of attempted homicide) (0% of physical violence) (0% of females) (0% of physically violent females)	1 (all patients) 1 (in violent patients)	– –	- Schizophrenia spectrum disorders: 1 (50%) - Psychotic disorder associated with psychoactive drug abuse: 1 (50%)	–
Mean age (Attempted homicide)	32 (24–40)	32 (24–40)	–	p-value = 0.07927			
Victim: Father	2 (100%)	2 (100%)	–			- Schizophrenia spectrum disorders: 1 (50%) - Psychotic disorder associated with psychoactive drug abuse: 1 (50%)	

(*continued on next page*)

Table 2 (*continued*)

N = 115	Total	Males	Females	M	F	Diagnoses (M)	Diagnoses (F)
Female victim	0 (0% of attempted homicide cases)	0 (0% of attempted homicide cases)	0 (0% of attempted homicide cases)			M:F (victim) ratio for male perpetrators; unspecified	M:F (victim) ratio for female perpetrators; unspecified
Male victim	2 (100% of attempted homicide cases)	2 (100% of attempted homicide cases)	0 (0% of attempted homicide cases)				
Arson	2 (1.74% of total cases) (2.70% of physically violent patients)	0 (0% of males) (0% of physically violent males)	2 (3.51% of females) (5.56% of physically violent females)	–	1	–	- Psychotic disorder (unspecified): 1 (50%) - Psychotic disorder associated with psychoactive drug abuse: 1 (50%)
Mean age (Arson)	61.50 (47–76)	–	61.50 (47–76)	p-value = 0.07493			
Mental disorders without organic association	95 (82.61% of total cases)	46 (48.42% of category) (79.31% of males)	49 (51.58% of category) (85.96% of females)	1	1.08	- Schizophrenia spectrum disorders: 13 (28.26%) - Psychotic disorder associated with psychoactive drug abuse: 7 (15.22%) - Major depressive disorder: 6 (13.04%) - Psychotic disorder (unspecified): 5 (10.87%) - Bipolar spectrum disorders: 5 (10.87%) - Personality disorders: 4 (8.70%) - Obsessive compulsive spectrum disorders: 3 (6.52%) - Post-traumatic stress disorder: 2 (4.35%) - Delusional disorder: 1 (2.17%)	- Schizophrenia spectrum disorders: 11 (22.45%) - Bipolar spectrum disorders: 11 (22.45%) - Major depressive disorder: 8 (16.33%) - Psychotic disorder (unspecified): 7 (14.29%) - Delusional disorder: 4 (8.16%) - Personality disorders: 3 (6.12%) - Psychotic disorder associated with psychoactive drug abuse: 2 (4.08%) - Psychotic depression: 1 (2.04%) - Conduct disorders associated with alcohol intoxication or psychoactive drug abuse: 1 (2.04%) - Peripartum depressive disorder: 1 (2.04%) - Post-traumatic stress disorder: 1 (2.04%)
						Violence / Males (% in males of this category) / Females (% in females of this category) / Total (% patients in this category)	
						Physical violence / 28 (60.87%) / 30 (61.22%) / 58 (61.05%)	
						Attempted homicide / 2 (4.35%) / 0 (0%) / 2 (2.11%)	
						Homicide / 0 (0%) / 0 (0%) / 0 (0%)	
						Serious self-harm / 10 (21.74%) / 18 (36.73%) / 28 (29.47%)	
Mean age	42.89 (19–83)	41.02 (19–83)	44.65 (19–76)	Mental disorders without organic association p-value = 0.17361		Physical violence M:F ratio for this category; 1:1.01 p-value = 0.48405 Homicidal behavior M:F ratio for this category; unspecified p-value = 0.06944 Serious self-harm M:F ratio for this category; 1:1.69 p-value = 0.0548	
Neurocognitive disorders	17 (14.78% of total cases)	10 (58.82% of category) (17.24% of males)	7 (41.18% of category) (12.28% of females)	1.40	1	Violence / Males (% in males of this category) / Females (% in females of this category) / Total (% patients in this category)	
						Physical violence / 8 (80%) / 7 (100%) / 15 (88.24%)	
						Homicidal behavior / 0 (0%) / 0 (0%) / 0 (0%)	
						Serious self-harm / 1 (10%) / 3 (42.86%) / 4 (23.53%)	
Mean age	40.18 (19–78)	39.90 (19–78)	40.57 (22–74)	Neurocognitive disorders p-value = 0.22663		Physical violence M:F ratio for this category; 1:1.25 p-value = 0.10383 Homicidal behavior M:F ratio for this category; impossible to calculate p-value = 0 Serious self-harm M:F ratio for this category; 1:4.29 p-value = 0.05821	
Mental disorders associated with epilepsy	3 (2.61% of total cases)	2 (66.67% of category) (3.45% of males)	1 (33.33% of category) (1.75% of females)	1.97	1		
Mean age	41 (36–48)	37.50 (36–39)	48 (48–48)	p-value = 0.28434			
Major mental disorder co-occurring with psychoactive drug abuse	13 (11.3% of total cases)	10 (17.24% of males)	3 (5.26% of females)	3.28	1		
Physical violence	Total MD: ND ratio	Male MD: ND ratio	Female MD: ND ratio	**Self-harm:**		Total MD: ND ratio	Male MD: ND ratio / Female MD: ND ratio
Mental versus Neurocognitive Disorders	1 1.45	1 1.31	1 1.63	**Mental versus Neurocognitive Disorders**		1.25 1	2.17 1 / 1 1.17

(*continued on next page*)

Table 2 (*continued*)

N = 115	Total	Males	Females	M	F	Diagnoses (M)		Diagnoses (F)	
Risk of homicide/homicide attempt	Total MD: ND ratio; impossible to calculate	Male ratio; impossible to calculate	Female ratio; impossible to calculate						
Mental versus Neurocognitive Disorders									
Peripartum onset of episode	2	–	2 (3.51% of females)			Physical violence: 1 (50%), Serious self-harm: 1 (50%)			
Delusions of infidelity – Delusional jealousy	1 (0.87% of total patients)	1 (100% of category) (1.72% of males)	0 (0% of category) (0% of females)	1	–	- Schizophrenia spectrum disorders: 1 (20%)	-	-	
						Violence	Males (% in males of this category)	Females (% in females of this category)	Total (% patients in this category)
						Physical violence	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
						Attempted homicide	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
						Homicide	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
						Attempted homicide	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
						Serious self-harm	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Mean age	52 (52–52)	52 (52–52)	–	Delusions of infidelity p-value = 0.15866		Physical violence M:F ratio for this category/Homicidal behavior/Serious self-harm M:F ratio for this category; impossible to calculate			
Erotomanic delusions	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	p-value = 0		Physical violence/Homicidal behavior/Serious self-harm M:F ratio for this category; impossible to calculate			

neurosurgical interventions, and other neurodevelopmental disorders stood for a smaller portion of the sample (14.8%), while mental disorders associated with epilepsy were observed in 2.6% of the cases.

Erotomanic delusions and delusional jealousy were identified throughout the patients' thought and speech content at 0% and 0.8% respectively.

Physical violence (including auto-destructive and hetero-destructive actions towards people or inanimate objects) was expressed by 64.4% of the patient sample, while 37.8% of violent patients engaged in acts of interpersonal violence towards their close family members and care-givers. Mean age for the expression of physical violence was at 41.0 years for both genders (with age range from 19 to 83 years).

A slightly higher propensity for interpersonal violence was disclosed among male subjects in comparison to females (M:F ratio; 1.1:1). Mothers were again the most frequently attacked group of relatives (57.1%), followed by fathers (35.7%). No cases of homicide were recorded.

Attempted homicide was recorded in 1.7% of the sample (2.7% of physically violent patients). Again, a higher propensity for homicide attempt was disclosed among male subjects in comparison to females. Fathers (100%) were the most highly attacked victims. All of the perpetrators were males suffering from mental disorders without organic association (100%).

With respect to fire setting, 1.7% of the sample set fire to their house or one else's property. Acts of serious self-harm and suicide attempts were observed in 27.8% of the sample (Table 2).

5. Discussion

By comparing the sample of patients with Capgras syndrome and the sample of random psychiatric inpatients, different trends appear. The rates of physical violence (including auto-destructive and hetero-destructive actions towards people or inanimate objects) between Capgras and random patients were quite similar with a small predominance in the sample of random psychiatry inpatients (CS patients: Random patients ratio for physical violence; 1:1.1) (Z-Score = −0.9494. p-value = 0.17106), while there is significant divergence in the type of the expressed physical violence between the two groups of patients.

More specifically, the patients comprising the Capgras-syndrome sample tended to engage in significantly less actions of self-harm (CS patients: Random patients ratio for auto-destructive actions; 1:3.8) (Physically violent CS patients: Physically violent random patients ratio for auto-destructive actions; 1:2.4) (Z-Score = −4.0309. p-value = 0). A higher incidence of self-destructive violence, however, was detected among females in both samples, and even in patients with psychiatric disorders and in patients with neurodegenerative disorders of both samples when viewed as separate categories (Tables 1 and 2).

Furthermore, the patients comprising the Capgras-syndrome sample group tended to express higher and more serious levels of interpersonal violence towards their relatives and care-givers (CS patients: Random patients ratio; 1.5:1) (Physically violent CS patients: Physically violent random patients ratio; 1.7:1) (Z-Score = 1.9619. p-value = 0.0025). A higher incidence of interpersonal violence was observed among males in both samples. Mother was the most highly attacked victim in both sample groups. This may be justified by the intensity of emotions and emotional embroilments that may develop in the mother-child relationship. However, it was also observed that Capgras patients tended to express interpersonal violence towards their care-givers of the opposite gender, while in the group of random inpatients both sexes tended to attack female victims of their family environment. In the group sample of random psychiatric patients, the predominance of the female gender in the victims may be justified by the lower muscle strength or can be interpreted as a reflective identification with the maternal emotional involvement. With respect to the Capgras-syndrome sample group, it appeared that the victim was the closest care-

Table 3
Capgras cases of the international literature where functional imaging techniques were utilized.

Year/Author	Gender/Age	Diagnose(s)		Ref
2006/Horikawa et al.	F/40	Epilepsy, Interictal psychosis	Unremarkable family medical history/Personal history: Epilepsy. Misidentified persons: Family members. Other symptomatology: Emotions of fear and anxiety, social isolation. Absence of physical violence. Examinations: Cranial MRI scan disclosed right hemispheric atrophy marked in the right temporal region with osteoma in the right inferior temporal region. Functional Imaging Examinations: 99mTc-HMPAO SPECT revealed worsening of hypoperfusion in the entire right hemisphere after the onset of psychotic symptoms, while no change occurred in the perfusion defect due to the osteoma in the right inferior temporal region. The worsening of hypopefusion declined after the psychotic symptoms subsided.	91
2008/Thomas Antérion et al.	M/70	Parkinson's symptomatology. Probable Lewy body disease.	Unremarkable family and personal medical history. Misidentified persons: Spouse. Other symptomatology: Bilateral motor symptomatology, akinesia, fluctuating visual hallucinations, other misidentification episodes. Absence of physical violence. Mini-Mental State Examination score: 27/30. Examinations: Cranial CT scan disclosed right temporal atrophy involving the amygdale and hippocampus. Functional Imaging Examinations: 99mTc-HMPAO SPECT revealed a perfusion decrease in the right frontal and temporal lobes.	93
2016/Neto et al.	F/64	Psychotic disorder secondary to Limbic encephalitis associated with Diffuse B cell Lymphoma	No family history for psychiatric disorders./Personal medical history of pulmonary abscess, hypertension, depression, diabetes as well as former tobacco and alcohol abuse. Misidentified persons/objects: Spouse, house, city's most famous avenue. Other symptomatology: Dysexecutive syndrome, functional impairment, slowly progressive behavioral changes, cognitive impairment, short term memory deficit, psychomotor retardation, apathy, irritability, aggressiveness, delusional thoughts, paroxysmal events of experiencing unpleasant smells (only for some seconds). Manifestation of physical violence. Mini-Mental State Examination score: 26/30. Examinations: Brain MRI FLAIR sequence: elevated signal intensity in left mesial temporal region and in left temporal pole. EEG: diffuse slow waves (theta and delta) without epileptiform activity. Functional Imaging Examinations: PET scan with fluorodeoxyglucose: hypermetabolism in the left mesial temporal region and peri-insular cortex, severe and diffuse hypometabolism in frontal, parietal and lateral temporal cortices.	127
2017/Solla et al.	F/77	Dementia with Lewy Bodies	Unremarkable family and personal medical history. Misidentified persons: Female professional caregiver. Other symptomatology: Visual hallucinations, delusional jealousy, delusional ideas of persecution, behavioral disorders, aggressiveness, apathy, bilateral bradykinesia, rigidity, mild postural instability, hypomimia, hypophonia, rapid eye movement sleep, severe attention - executive deficits, severe deficit of visual-spatial functions. Neuropsycho-logical evaluation: moderate-severe cognitive impairment. Manifestation of physical violence. Examinations: Cranial MRI scan: without significant atrophy; EEG: normal. Functional Imaging Examinations: SPECT: moderate hypoperfusion in both occipital lobes associated with decreased perfusion in parieto-fronto-temporal lobes bilaterally.	130

giver around whom the obsessive idea of misidentification was developed (Tables 1 and 2).

In addition, with regard to the intensity of interpersonal violence, it was observed that the patients comprising the Capgras-syndrome sample group tended to express higher levels of homicidal behavior in comparison with the sample group of random psychiatry inpatients (CS patients: Random patients ratio; 9.9:1) (Physically violent CS patients: Physically violent random patients ratio; 11:1) (Z-Score = 4.0039. p-value = 0). As depicted in Table 1, the male patients experiencing the Capgras delusion expressed significantly higher levels of homicidal behavior in comparison to females of the same sample group (CS patients M:F ratio for homicidal behavior; 10.6:1) (Z-Score = 3.6002. p-value = 0.00016). The majority of the homicidal patients experienced the Capgras delusion within a relapse of a schizophrenia spectrum disorder. With respect to homicidal behavior, mother was the most highly attacked victim in the Capgras-syndrome sample group followed by father, while father was the most highly attacked victim in the random inpatients sample group (Tables 1 and 2). In the sample group of random psychiatric patients, the targeting of the father by homicidal male patients pointed to a theme of competition for power (physical ability – capacity, control – dominance) and emotions of fear produced at the encounter with the father figure. With respect to the Capgras-syndrome sample group, it appeared that again the victim was the closest care-giver around whom the obsessive idea of misidentification was developed.

Arson or fire-setting was an action rarely exhibited in both sample groups with female predominance in both sample groups as well. The levels of fire-setting incidence were slightly higher among the patients comprising the Capgras-syndrome sample group (CS patients: Random patients ratio; 3.1:1) (Physically violent CS patients: Physically violent random patients ratio; 3.5:1) (Z-Score = 1.5044. p-value = 0.06681) (Tables 1 and 2).

Delusions of infidelity (delusional jealousy) were exhibited in fairly low levels in both sample groups with male predominance also in both sample groups. The levels of frequency were significantly higher among the patients comprising the Capgras-syndrome sample group (CS patients: Random patients ratio; 7.3:1) (Z-Score = 2.2246. p-value = 0.01321). Furthermore, erotomanic delusions were encountered at 9.09 percent among the Capgras-syndrome sample group exhibiting female predominance (M:F; 1:7.2), while they were completely absent in the comparison group of random psychiatry inpatients (Z-Score = 3.3077. p-value = 0.00047) (Tables 1 and 2).

5.1. Treatment

Throughout relevant literature, no specific treatment is proposed for the syndrome. The treatment has to target the main disorder in which the syndrome appears (psychiatric or neurobiological). In most cases, the idea of misidentification subsides when the main disease is cured. However, there are recorded cases of patients throughout literature suffering from chronic disorders with psychiatric manifestations (both neurocognitive and schizophrenia spectrum disorders) in which the idea remained intact even with treatment of all other psychiatric symptoms, while most of these patients attempted to identify their relatives based on rationalizations (e.g. the reason that relatives did not abandon them during illness even when receiving violence). In addition, treatment involves psychotherapy in order to ameliorate the patient's relationship with his family, as the psychoanalytic hypothesis indicates that the emotions which the patient experiences regarding the people with whom he is confronted (fear, anger) are transferred to the "doubles/clones/impostors," and therefore, in this way from a "safe" delusional distance the patient gives himself the sanctification to reject them without guilt, sometimes manifesting an aggressive behavior towards them.[67,69,70,131] Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is an significant form of intervention in such cases, as the techniques utilized involve reframing and reality testing which can assist the patient overcome the delusional belief that the "substitution" is real.[132,133]

5.2. Functional neuroimaging

While clinical examination is an integral part of the diagnostic procedure and brain Computed Tomography (CT) scan as well as Magnetic Resonance Imaging (MRI) are very important diagnostic tools in the field of neuroscience for the identification of organic conditions, there are a number of important areas where functional neuroimaging techniques, such as brain Positron Emission Tomography (PET) scan and Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT) imaging, have the potential to provide relevant information to assist differential diagnosis and personalization of treatment to patients' specific brain system pathophysiology.[134–136] In four of the revised cases in the literature with Capgras symptomatology, functional imaging techniques disclosed important information on the functioning of the brain providing better insight to the pathophysiology of the underlying disorder and even more in different phases of the disease with concurrent alteration of the manifested Capgras symptomatology (Table 3).[91,93,127,130]

5.3. Violence

Physical violence is a common manifestation of mental disorders associated with Capgras syndrome, while anger and violence is most frequently directed towards the close family members, especially caregivers, on whom the delusional thoughts are predominantly focused (Table 1). Patients are unable to manage their emotions of anger, terror and shame, while trying to understand their condition and address apprehension from their environment. Through the defense mechanisms of projection and negation as well as dissociative (depersonalization) and psychotic phenomena, all these strong emotions are rationalized from a delusional perspective and directed towards the misidentified persons who are viewed as malicious, leading to disinhibition with regard to the expression of violence (as it happens with persecutory ideas likewise). Therefore, the probability for physical expression of aggressiveness and interpersonal violence rises.[57,65,67,71,97,131,137]

Furthermore, misidentification syndromes provide an insight to cognitive functions and indicate that memory may be also associated with a "mantle" of familiarization in which the human brain tends to "attire" the people, places and things associated to one's memories of emotions and experiences.[25,81,131,137–140]

It can be thus concluded that Capgras syndrome is a complex delusional belief of psychotic content (similar to the simpler delusional belief of persecution). Therefore, it can be inferred that Capgras symptoms may be observed in all psychiatric and medical conditions where delusions occur (e.g. mental, substance-induced, puerperal, neurodevelopmental, neurodegenerative disorders, delirium, focal neurological disease, malignancy, infectious and postinfectious syndromes, endocrine disorders, nutritional deficiencies, electrolyte disturbances, autoimmune disorders).

5.4. Case study

With regard to the case report, the authors are strongly in favor of sharing and exchanging information and clinical experience through international literature databases and support the report and study of incidents with symptomatology not commonly found in everyday clinical practice and which therefore could not be thoroughly studied due to both their low prevalence and the ongoing evolution of scientific data in the field of mental health.

When someone is experiencing both psychotic and affective symptoms, it can be difficult to determine what he or she is truly experiencing. Schizophrenia, schizoaffective disorder, and bipolar disorder with psychotic symptomatology can all involve manifestation of symptoms

such as feelings of elation for an extended period, racing thoughts, bizarre behavior, rapid speech, risk-taking behaviors, agitation, grandiose delusions, and hallucinations. Therefore, with respect to such a combination of symptoms, a high level of difficulty arises in determining the diagnosis and it often takes time for professionals and family members to assist the patient sort out what he or she is experiencing. It could as well be a psychotic disorder with mood features, or a mood disorder with psychotic features. The American Psychiatric Association explains schizoaffective disorder as well as other psychiatric disorders in the DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition). If the patient's dominant symptoms are mood symptoms but also experiences some periods of psychotic features, he most likely suffers from a mood disorder with psychotic features. If the patient experiences, however, both psychotic and mood symptoms but has at least a two-week period during which only psychotic symptoms are manifested— and mood symptoms are absent—then he most likely suffers from schizoaffective disorder. The difference between schizoaffective disorder and a mood disorder such as bipolar disorder is subtle, but the DSM-5 delineates the criteria for each, thus helping mental health professionals reach the right diagnosis (and administer the proper treatment to the patient). When differentiating the diagnosis among schizoaffective disorder and schizophrenia, one can point out that in schizoaffective disorder mood symptoms are present for most of the disorder, social dysfunction is not as pronounced as it is in schizophrenia and negative symptoms such as the inability to perform self-care are not as severe as they are in schizophrenia.[141]

Regarding the case presented in the present paper, the patient has experienced depression in most of his life since early adulthood up until recently. He featured psychotic symptoms and depression with suicidal ideation in his first hospitalization as described, and experienced solely psychotic symptoms the period prior to the crime (probably for more than a couple of months), according to the information given by both himself and his family. Moreover, he did not seem to have experienced manic or hypomanic episodes. Therefore, it was concluded that he suffered from schizoaffective disorder.[138] In regard to the present case compared to the variables examined, it can be observed that the patient was positive for manifestation of severe physical violence, in both auto- and hetero-destructive ways. The expression of interpersonal violence was directed towards close family members, who were also his main care-givers and on whom the delusional thoughts of misidentification had been centered. At the time of the violent conduct manifestation he was in his late 30's - early 40's.

6. Conclusion

The purpose of the present paper is to report a case of a schizophrenia spectrum disorder related Capgras misidentification phenomenon in which violence escalated to the endpoint of attempted murder towards the patient's grandmother. Furthermore, the authors review the relevant literature and investigate the epidemiological data, causal factors and prevalence of violent behavior among Capgras-related incidents through a comprehensive review of 109 case reports deriving from various scientific areas.

A high level of physical violence was disclosed among the examined cases. People who were close family members and care-givers were the most frequently misidentified persons, towards whom, physical violence was most frequently directed. Male predominance was noted among cases related with interpersonal violence and homicidal behavior. Anger, fear and shame are rationalized from a delusional perspective and directed towards the misidentified persons who are viewed as malicious through the defense mechanisms of projection and negation, leading to disinhibition and expression of violence to the closest people.

The treatment has to target the main disorder in which the syndrome appears, which highlights the necessity of a multidisciplinary approach for the optimal management of these incidents. A wide range of neurobiological mechanisms has been suspected to contribute to the expression of Capgras phenomenon and controversy continues to surround its nosological status. Brain functional imaging studies are a promising and valuable implement of providing insight to human brain function and pathophysiology of complex delusions such as Capgras delusion.

References

1. Salvatore P, Bhuvaneswar C, Tohen M, Khalsa HMK, Maggini C, Baldessarini RJ. Capgras syndrome in first-episode psychotic disorders. *Psychopathology.* 2014;47(4):261–269.
2. Breen N, Caine D, Coltheart M. Models of face recognition and delusional misidentification: a critical review. *Cogn Neuropsychol.* 2000 Feb 1;17(1):55–71.
3. Oyebode F. The neurology of psychosis. *Med Princ Pract.* 2008;17(4):263–269.
4. Coltheart M, Langdon R, McKay R. Schizophrenia and monothematic delusions. *Schizophr Bull.* 2007 May;33(3):642–647.
5. Capgras J, Reboul-Lachaux J. "Illusion des sosies" dans un délire systématizé chronique. *Bull Soc Clinique Méd Ment.* 1923;2:6–16.
6. Berson RJ. Capgras' syndrome. *Am J Psychiatry.* 1983;140:969–978.
7. Christodoulou GN. Syndrome of subjective doubles. *Am J Psychiatry.* 1978;135:249–251.
8. Scheid W. Über Personenverkennung. *Z Ges Neurol Psychiatrie.* 1936;157:1–16.
9. Snell L. Personenverwechslung als symptom der Geistesstorung. *Alg Z Psychiatrie.* 1860;17:545–554.
10. Ellis HD, Luauté JP, Retterstøl N. Delusional misidentification syndromes. *Psychopathology.* 1994;27(3-5):117–120.
11. Courbon P, Fail G. Syndrome d'illusion de Frégoli et schizophrenie. *Bull Soc Clin Med Ment.* 1927;15:121–125.
12. Courbon P, Tusques J. Illusions d'intermétamorphose et de charme. *Ann Med-Psychol.* 1932;90:401–405.
13. Brugger P, Blanke O, Regard M, Bradford DT, Landis T. Polyopic heautoscopy: case report and review of the literature. *Cortex.* 2006;42:666–674.
14. Papageorgiou C, Lykouras L, Ventouras E, Uzunoglu N, Christodoulou GN. Abnormal P300 in a case of delusional misidentification with coinciding Capgras and Frégoli symptoms. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry.* 2002;26:805–810.
15. Anzellotti F, Onofrj V, Maruotti C, et al. Autoscopic phenomena. *Behav Brain Funct.* 2011;7:2–13.
16. Damas-Mora JMR, Jenner FA, Eacott SE. On heautoscopy or the phenomenon of the double. *Br J Med Psychol.* 1980;53:75–83.
17. O'Duyer JM. Co-existence of Capgras and de Clerambault's syndromes. *Can J Psychiatr.* 1993;38:522–523.
18. Berrios GE, Kennedy N. Erotomania: a conceptual history. *Hist Psychiatry.* 2002;13:381–400.
19. Young AW, Leafhead KM, Szulecka TK. Capgras and cotard delusions. *Psychopathology.* 1994;27:226–231.
20. Berrios GE, Luque R. Cotard Syndrome: clinical analysis of 100 cases. *Acta Psychiatr Scand.* 1995;91:185–188.
21. Berrios GE, Luque R. Cotard's "On hypochondriacal delusions in a severe form of anxious melancholia. *Hist Psychiatry.* 1999;10:269–278.
22. Graux J, Lemoine M, Gaillard P, Camus V. Cenesthopathies: a disorder of background emotions at the crossroads of the cognitive sciences and phenomenology. *Encephale.* 2011;37:361–370.
23. Disertori B, Piazza M. Capgras syndrome or illusion of doubles: the Alcmena complex. *Giorn Psychiatr Neuropathol.* 1967;95:175–185.
24. Edelstyn NM, Oyebode F. Review of the phenomenology and cognitive neuropsychological origins of the Capgras syndrome. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1999;14:48–59.
25. Bourget D, Whitehurst L. Capgras syndrome: a review of the neurophysiological correlates and presenting clinical features in cases involving physical violence. *Can J Psychiatr.* 2004 Nov;49(11):719–725.
26. Walther S, Federspiel A, Horn H, et al. Performance during face processing differentiates schizophrenia patients with delusional misidentifications. *Psychopathology.* 2010;43:127–136.
27. Ahn BH, Kim JH, Oh S, Choi SS, Ahn SH, Kim SB. Clinical features of parricide in patients with schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatr.* 2012;46:621–629.
28. Jedidi H, Daury N, Capa R, et al. Brain metabolic dysfunction in capgras delusion during Alzheimer's disease: a Positron emission tomography study. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2015 Nov;30(7):699–706.
29. Thaipisuttikul P, Lobach I, Zweig Y, Gurnani A, Galvin JE. Capgras syndrome in dementia with Lewy bodies. *Int Psychogeriatr.* 2013;25:843–849.
30. Yogaratnam J, Jacob R. Thyrotoxicosis presenting with capgras delusion. *Ger J Psychiatr.* 2013;16(3):119–121.
31. Förstl H, Almeida OP, Owen AM, Burns A, Howard R. Psychiatric, neurological and medical aspects of misidentification syndromes: a review of 260 cases. *Psychol Med.* 1991 Nov;21(4):905–910.
32. Joseph AB. Observations on the epidemiology of the delusional misidentification syndromes in the Boston metropolitan area: April 1983-June 1984. *Psychopathology.* 1994;27(3-5):150–153.
33. Kirov G, Jones P, Lewis SW. Prevalence of delusional misidentification syndromes. *Psychopathology.* 1994;27(3-5):148–149.
34. Odom-White A, de Leon J, Stanilla J, Cloud BS, Simpson GM. Misidentification

syndromes in schizophrenia: case reviews with implications for classification and prevalence. *Aust N Z J Psychiatr.* 1995 Mar;29(1):63–68.
35. Harwood DG, Barker WW, Ownby RK, Duara R. Prevalence and correlates of Capgras syndrome in Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1999 Jun;14(6):415–420.
36. Harciarek M, Kertesz A. Prevalence of misidentification syndromes in neurodegenerative diseases. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2008 Apr-Jun;22(2):163–169.
37. Daniel DG, Swallows A, Wolff F. Capgras delusion and seizures in association with therapeutic dosages of disulfiram. *South Med J.* 1987;80:1577–1579.
38. Cutting J. Delusional misidentification and the role of the right hemisphere in the appreciation of identity. *Br J Psychiatr Suppl.* 1991;14:70–75.
39. Weinstein EA. Classification of delusional misidentification syndromes. *Psychopathology.* 1994;27:130–135.
40. Phillips ML, David AS. Facial processing in schizophrenia and delusional misidentification: cognitive neuropsychiatric approaches. *Schizophr Res.* 1995;17:109–114.
41. Shiotsuki H, Motoi Y, Nakamura S, Mizuno Y, Hattori N. Dopamine deficiency may lead to Capgras syndrome in Parkinson's disease with dementia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2010;22 e14–e15.
42. Joseph AB, O'Leary DH, Wheeler HG. Bilateral atrophy of the frontal and temporal lobes in schizophrenic patients with Capgras syndrome: a case-control study using computed tomography. *J Clin Psychiatry.* 1990;51:322–325.
43. Curcic-Blake B, Liemburg E, Vercammen A, et al. When Broca goes uninformed: reduced information flow to Broca's area in schizophrenia patients with auditory hallucinations. *Schizophr Bull.* 2013 Sep;39(5):1087–1095.
44. Enoch MD. Whose double? In: Christodoulou GN, ed. *The Delusional Misidentification Syndromes.* Basel, Switzerland: Karger; 1986.
45. Feinberg TE, Roane DM. Delusional misidentification. *Psychiatr Clin.* 2005;28:665–683.
46. Darby RR, Laganiere S, Pascual-Leone A, Prasad S, Fox MD. Finding the imposter: brain connectivity of lesions causing delusional misidentifications. *Brain.* 2017;140(2):497–507.
47. Nilsson R, Perris C. The Capgras syndrome: a case report. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1971;221:53–58.
48. Bland RC. Capgras' syndrome. A case report. *Can Psychiatr Assoc J.* 1971 Aug;16(4):369–371.
49. Hay GG, Jolley DJ, Jones RG. A case of the Capgras syndrome in association with pseudo-hypoparathyroidism. *Acta Psychiatr Scand.* 1974;50(1):73–77.
50. Alexander MP, Stuss DT, Benson DF. Capgras syndrome: a reduplicative phenomenon. *Neurology.* 1979 Mar;29(3):334–339.
51. Gangadhar BN, Chatterjee S, Appayya P, Keshavan MS, Narayanan HS. A case of de clerambault's syndrome with capgras phenomenon. *Indian J Psychiatr.* 1981 Oct;23(4):373–374.
52. Patange DV. Capgras' syndrome and cerebral dysfunction. *Indian J Psychiatr.* 1983 Apr;25(2):157–158.
53. Rea SM, Patterson DG. Capgras syndrome. *Ulster Med J.* 1986 Oct;55(2):184–186.
54. Drake Jr ME. Postictal capgras syndrome. *Clin Neurol Neurosurg.* 1987;89(4):271–274.
55. Bhatia MS, Singhal PK, Agrawal P, Malik SC. Capgras syndrome in chloroquine induced psychosis. *Indian J Psychiatr.* 1988 Jul;30(3):311–313.
56. Frankenburg FR. A variation of Capgras syndrome with anosognosia in Huntington's disease: a case report. *Hillside J Clin Psychiatry.* 1989;11(2):121–126.
57. Silva JA, Leong GB, Weinstock R, Boyer CL. Capgras syndrome and dangerousness. *Bull Am Acad Psychiatry Law.* 1989;17(1):5–14.
58. Silva JA, Leong GB, Shaner AL, Chang CY. Syndrome of intermetamorphosis: a new perspective. *Compr Psychiatr.* 1989 May-Jun;30(3):209–213.
59. Silva JA, Leong GB, Shaner AL. A classification system for misidentification syndromes. *Psychopathology.* 1990;23(1):27–32.
60. Silva JA, Leong GB, Shaner AL. The syndrome of intermetamorphosis. *Psychopathology.* 1991;24(3):158–165.
61. Silva JA, Leong GB. A case of "subjective" Frégoli syndrome. *J Psychiatry Neurosci.* 1991 Jul;16(2):103–105.
62. Silva JA, Leong GB, Weinstock R. The dangerousness of persons with misidentification syndromes. *Bull Am Acad Psychiatry Law.* 1992;20(1):77–86.
63. Silva JA, Leong GB. The Capgras syndrome in paranoid schizophrenia. *Psychopathology.* 1992;25(3):147–153.
64. Silva JA, Leong GB, Weinstock R. Delusions of transformation of the self. *Psychopathology.* 1993;26(3-4):181–188.
65. Silva JA, Leong GB, Weinstock R, Sharma KK, Klein RL. Delusional misidentification syndromes and dangerousness. *Psychopathology.* 1994;27(3-5):215–219.
66. Silva JA, Leong GB. Delusions of psychological change of the self. *Psychopathology.* 1994;27(6):285–290.
67. Silva JA, Leong GB, Garza-Treviño ES, et al. A cognitive model of dangerous delusional misidentification syndromes. *J Forensic Sci.* 1994 Nov;39(6):1455–1467.
68. Silva JA, Leong GB, Ferrari MM. Delusional misidentification of health care professionals. *Psychiatr Q.* 1995;66(1):51–61 Spring.
69. Silva JA, Leong GB, Weinstock R, Klein RL. Psychiatric factors associated with dangerous misidentification delusions. *Bull Am Acad Psychiatry Law.* 1995;23(1):53–61.
70. Silva JA, Leong GB, Miller AL. Delusional misidentification syndromes: drug treatment options. *CNS Drugs.* 1996;5(2):89–102.
71. Silva JA, Harry BE, Leong GB, Weinstock R. Dangerous delusional misidentification and homicide. *J Forensic Sci.* 1996 Jul;41(4):641–644.
72. Sharma I, Varma SL, Ancharaj V, Gsingh TB. Capgras syndrome in depression. *Indian J Psychiatr.* 1989;31(1):93—94.
73. Sagar RS, Saxena S. Capgras syndrome with disorder of copper metabolism : a case report. *Indian J Psychiatr.* 1989 Oct;31(4):344–346.
74. Collins MN, Hawthorne ME, Gribbin N, Jacobson R. Capgras' syndrome with organic disorders. *Postgrad Med J.* 1990 Dec;66(782):1064–1067.
75. Förstl H. Capgras' delusion: an example of coalescent psychodynamic and organic factors. *Compr Psychiatr.* 1990;31:447–449.
76. Signer SF, Van Ness PC, Davis RJ. Capgras's syndrome associated with sensory loss. *West J Med.* 1990 Jun;152(6):719–720.
77. Reid I, Young AW, Hellawell DJ. Voice recognition impairment in a blind Capgras patient. *Behav Neurol.* 1993;6(4):225–228.
78. Fennig S, Naisberg-Fennig S, Bromet E. Capgras' syndrome with right frontal meningioma. *Harefuah.* 1994 Mar 15;126(6):320–321 367. [Article in Hebrew].
79. Christodoulou GN, Margariti MM, Malliaras DE, Alevizou S. Shared delusions of doubles. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1995 Apr;58(4):499–501.
80. Bhatia MS, Agrwal P, Malik SC. Capgras syndrome and organic brain dysfunction. *Indian J Psychiatr.* 1996 Jul;38(3):148–153.
81. Hirstein W, Ramachandran VS. Capgras syndrome: a novel probe for understanding the neural representation of the identity and familiarity of persons. *Proc Biol Sci.* 1997 Mar 22;264(1380):437–444.
82. Tsai SJ, Hwang JP, Yang CH, Liu KM, Lo Y. Capgras' syndrome in a patient with vascular dementia: a case report. *Kaohsiung J Med Sci.* 1997 Oct;13(10):639–642.
83. Kanemoto K. Periictal Capgras syndrome after clustered ictal fear: depth-electroencephalogram study. *Epilepsia.* 1997 Jul;38(7):847–850.
84. Barker LH, Wheatley R, Silva A, Holliday S. The man who mistook his mother for a clone: a case of capgras syndrome with fahr's disease. *Arch Clin Neuropsychol.* 1998;13(1):57.
85. Huang TL, Liu CY, Yang YY. Capgras syndrome: analysis of nine cases. *Psychiatr Clin Neurosci.* 1999 Aug;53(4):455–459.
86. Jones C, Griffiths RD, Humphris G. A case of Capgras delusion following critical illness. *Intensive Care Med.* 1999 Oct;25(10):1183–1184.
87. Butler PV. Diurnal variation in Cotard's syndrome (copresent with Capgras delusion) following traumatic brain injury. *Aust N Z J Psychiatr.* 2000 Aug;34(4):684–687.
88. Lykouras L, Typaldou M, Gournellis R, Vaslamatzis G, Christodoulou GN. Coexistence of Capgras and Frégoli syndromes in a single patient. Clinical, neuroimaging and neuropsychological findings. *Eur Psychiatry.* 2002 Jul;17(4):234–235.
89. Stewart JT. Capgras syndrome related to diazepam treatment. *South Med J.* 2004 Jan;97(1):65–66.
90. Ghaffari-Nejad A, Toofani K. A report of capgras syndrome with belief in replacement of inanimate objects in a patient who suffered from grandmal epilepsy. *Arch Iran Med.* 2005;8(2):141–143.
91. Horikawa H, Monji A, Sasaki M, et al. Different SPECT findings before and after Capgras' syndrome in interictal psychosis. *Epilepsy Behav.* 2006 Aug;9(1):189–192.
92. Sidoti V, Lorusso L. Multiple sclerosis and Capgras' syndrome. *Clin Neurol Neurosurg.* 2007 Nov;109(9):786–787.
93. Thomas Antérion C, Convers P, Desmales S, Borg C, Laurent B. An odd manifestation of the Capgras syndrome: loss of familiarity even with the sexual partner. *J Clin Neurophysiol.* 2008;38:177—182.
94. Sinkman A. The syndrome of Capgras. *Psychiatry.* 2008 Winter;71(4):371–378.
95. Bhatia MS, Bhasin C. Capgras Syndrome —an atypical presentation. *Delhi Psychiatr J.* 2008;11(2):231–232.
96. Nejad AG. Incomplete capgras syndrome as a rare varient of this syndrome. *Eur Psychiatry.* 2008;23(2):S116.
97. Sharma A, Garuba M, Egbert M. Capgras syndrome in a patient with multiple sclerosis: a case report. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2009;11(5):274.
98. Corlett PR, D'Souza DC, Krystal JH. Capgras syndrome induced by ketamine in a healthy subject. *Biol Psychiatry.* 2010 Jul 1;68(1):e1–e2.
99. Peritogiannis V. Capgras syndrome and vascular dementia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2010 Winter;22(1) 123.E30.
100. Delaffon V, Vahabzadeh A, Naik S, Kinnair D, Bruce J. Capgras syndrome in a patient with severe hyponatraemia. *Ger J Psychiatry.* 2010;13(4):175–177.
101. Joshi D, Koirala S, Lamichhane S, Paladugu A, Johal R, Lippmann S. Capgras syndrome in postictal delirium. *Psychiatry (Edgmont).* 2010 Mar;7(3):37–39.
102. Brooks D, Reish AG, Segal M, Williams K. Poster 24: capgras syndrome after deep brain stimulator placement for Parkinson disease: a case report. *PM&R.* 2010;2(9):S18.
103. Matuszak J, Parra M. That's not my child: a case of capgras syndrome. *Psychiatr Times.* 2017;28(2) Available at: http://www.psychiatrictimes.com/articles/that%E2%80%99s-not-my-child-case-capgras-syndrome Accessed August 01.
104. Bilici R, Tufan AE, Uğurlu GK, Sağlam S, Namlı M. The co-occurrence of reduplicative paramnesia, intermetamorphosis and capgras syndrome: a case presentation. *Düşünen Adam.* 2011;24:149–151.
105. Mazzone L, Armando M, De Crescenzo F, Demaria F, Valeri G, Vicari S. Clinical picture and treatment implication in a child with Capgras syndrome: a case report. *J Med Case Rep.* 2012;6:406.
106. Iftikhar B, Baweja R, Tatugade A, Scarff J, Lippmann S. What do we know about delusional misidentification disorders? A focus on Capgras syndrome. *Neuropsychiatry.* 2012;2(2):127–132.
107. Luca M, Bordone A, Luca A, Patti A, Sortino G, Calandra C. Clinical features and imaging findings in a case of Capgras syndrome. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2013;9:1095–1099.
108. Salviati M, Bersani FS, Macrì F, et al. Capgras-like syndrome in a patient with an acute urinary tract infection. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2013;9:139–142.
109. Gibson RC, Lowe GA, Morgan KA, Henryl M, De La Haye W, Irons A. Capgras syndrome presenting in an adolescent girl in the Caribbean. *W Indian Med J.* 2013 Jan;62(1):95–98.
110. Talib SH, Bhattu S, Sanober G, Rahul S, Shreyas D. Chronic psychosis and capgras

delusions associated with megaloblastic anaemia. *J Dent Med Sci.* 2013;7(1):44–46.
111. Apaydin H, Benbir G. Capgras syndrome during the course of Parkinson disease dementia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2014;26(3):E46 Summer.
112. Carabellese F, Rocca G, Candelli C, Catanesi R. Mental illness, violence and delusional misidentifications: the role of Capgras' syndrome in matricide. *J Forensic Leg Med.* 2013 Nov;21:9–13.
113. Thiel CM, Studte S, Hildebrandt H, Huster R, Weerda R. When a loved one feels unfamiliar: a case study on the neural basis of Capgras delusion. *Cortex.* 2014 Mar;52:75–85.
114. Arısoy O, Tufan E, Bilici R, et al. The comorbidity of reduplicative paramnesia, intermetamorphosis, reverse-intermetamorphosis, misidentification of reflection, and capgras syndrome in an adolescent patient. *Case Rep Psychiatr.* 2014;2014:1–3 Article ID 360480.
115. Sutton S, Tiruveedhula V, Jain U, Sharma A. Capgras' syndrome in an elderly patient with dementia. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2014;16(1) PCC.13l01570.
116. Sathe H, Karia S, Desousa A, Shah N. Capgras syndrome : a case report. *PIJR.* 2014 Aug;3(8):134–135.
117. Rahman T, Cole EF. Capgras syndrome in homocystinuria. *Biol Psychiatry.* 2014 Sep 15;76(6):e11–e12.
118. Estrada-Bellmann I, Ulloa-Escobar Y, Barbosa-Flores SL, et al. Capgras syndrome as a psychiatric manifestation in Parkinson's disease: a case report and literature review. *Med Univ.* 2015;17(66):49–52.
119. Hines A, Stewart JT, Catalano G. A case of capgras syndrome related to hypothyroidism. *J Psychiatr Pract.* 2015 Nov;21(6):445–448.
120. Kyrtsos CR, Stahl MC, Eslinger P, Subramanian T, Lucassen EB. Capgras syndrome in a patient with Parkinson's disease after bilateral subthalamic nucleus deep brain stimulation: a case report. *Case Rep Neurol.* 2015 May 21;7(2):127–133.
121. Ain MK, Rosdinom R, Raynuha M. Capgras syndrome in a very late onset, treatment resistant schizophrenia. *Int Psychogeriatr.* 2015 Sep;27(9):1573–1575.
122. Marques JG. Koro, othello and capgras syndromes in one patient with drug induced psychosis. *Psychiatr Danub.* 2015;27(4):429–430.
123. Chang MH, Tsai SJ. Capgras syndrome as an initial manifestation in a patient with neurosyphilis. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2015 Winter;27(1):e73.
124. Islam L, Piacentini S, Soliveri P, Scarone S, Gambini O. Capgras delusion for animals and inanimate objects in Parkinson's Disease: a case report. *BMC Psychiatry.* 2015;15:73.
125. Raese J, Ibrahim F. Psychosis and Capgras delusions in a patient diagnosedwith Cogan's syndrome. *Clin Case Rep Rev.* 2015;1(1):6–9.
126. Sottile F, Bonanno L, Finzi G, et al. Cotard and Capgras syndrome after ischemic stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2015 Apr;24(4):e103–e104.
127. Neto HRS, Cavalcante WCP, Filho SNM, Smid J, Nitrini R. Capgras syndrome associated with limbic encephalitis in a patient with diffuse large B-cell lymphoma. *Dement Neuropsychol.* 2016;10(1):63–69.
128. Mashayekhi A, Ghayoumi A. Coexistence of reverse capgras syndrome, subjective double and cotard syndrome. *Zahedan J Res Med Sci.* 2016;18(1):e5878.
129. Marques JG, Carnot MJ. Huntington's disease in a patient with 15-year history of Capgras delusion misdiagnosed as paranoid schizophrenia. *Gen Hosp Psychiatry.* 2015;39:97–98.
130. Solla P, Mura G, Cannas A, et al. An unusual delusion of duplication in a patient affected by Dementia with Lewy bodies. *BMC Neurol.* 2017 Apr 19;17(1):78. https://doi.org/10.1186/s12883-017-0842-1.
131. Rueve ME, Welton RS. Violence and mental illness. *Psychiatry (Edgmont).* 2008 May;5(5):34–48.
132. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral Therapy: a review of meta-analyses. *Cogn Ther Res.* 2012 Oct 1;36(5):427–440.
133. Tai S, Turkington D. The evolution of cognitive behavior Therapy for schizophrenia: current practice and recent developments. *Schizophr Bull.* 2009 Sep;35(5):865–873.
134. Amen DG, Trujillo M, Newberg A, et al. Brain SPECT imaging in complex psychiatric cases: an evidence-based, underutilized tool. *Open Neuroimag J.* 2011;5:40–48.
135. Newberg AB, Moss AS, Monti DA, Alavi A. Positron emission tomography in psychiatric disorders. *Ann N Y Acad Sci.* 2011 Jun;1228:E13–E25.
136. Slough C, Masters SC, Hurley RA, Taber KH. Clinical Positron emission tomography (PET) neuroimaging: advantages and limitations as a diagnostic tool. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2016 Spring;28(2):67–71 A4.
137. Silva JA, Leong GB, Weinstock R. Regarding delusional misidentification syndromes. *Psychiatry (Edgmont).* 2006 Dec;3(12):10.
138. Serra L, Bozzali M, Cercignani M, et al. Recollection and familiarity in amnesic mild cognitive impairment. *Neuropsychology.* 2010 May;24(3):316–326. https://doi.org/10.1037/a0017654.
139. Anderson ND, Ebert PL, Jennings JM, Grady CL, Cabeza R, Graham SJ. Recollection- and familiarity-based memory in healthy aging and amnestic mild cognitive impairment. *Neuropsychology.* 2008 Mar;22(2):177–187. https://doi.org/10.1037/0894-4105.22.2.177.
140. Bawden H. Human behavior, learning, and the developing brain: atypical development. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatr.* 2010 Aug;19(3):232–233 PMC2938760.
141. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* fifth ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013:99–115.

JOURNAL OF FORENSIC SCIENCES

J Forensic Sci, 2017
doi: 10.1111/1556-4029.13365
Available online at: onlinelibrary.wiley.com

CASE REPORT

PSYCHIATRY & BEHAVIORAL SCIENCE

Maria-Valeria Karakasi,[1] M.D.; Maria Markopoulou,[2] M.D.; Ioannis K. Tentes,[3] B.Sc., M.Sc., Ph.D.; Panagiotis N. Tsikouras,[4] M.D., Ph.D.; Epameinondas Vasilikos,[1] M.D.; and Pavlos Pavlidis,[5] M.D., Ph.D.

Prepartum Psychosis and Neonaticide: Rare Case Study and Forensic-Psychiatric Synthesis of Literature

ABSTRACT: Peripartum psychosis is a rare but serious psychiatric disorder characterized by the presence of a mood episode with psychotic features. Although controversy surrounds the nosological status of peripartum mental disorders, these conditions continue to be of exceptional interest to the medical and forensic mental health communities. The aim of this study was to report a rare case of prepartum psychosis which escalated to the endpoint of neonaticide and summarize literature on peripartum mental disorders and infanticide. A 30-year-old mother murdered her newborn with the spike of her serum delivery system and planned to commit suicide while in hospital after hallucinating due to an acute puerperal psychotic disorder with a prepartum onset and postpartum deterioration. Her disorder was not managed until neonaticide. Throughout this paper, the significance of a multidisciplinary approach for the optimal management of these incidents is highlighted and diagnostic as well as therapeutic issues are addressed.

KEYWORDS: forensic science, forensic psychiatry, prepartum, puerperal, postpartum, perinatal, depression, psychosis, affective disorders, mood disorders, pregnancy, delivery, neonaticide, infanticide, filicide, biochemistry, obstetrics

Psychiatry of Childbirth

Pregnancy is usually a time happiness and emotional well-being in a woman's life. For many women, however, pregnancy and motherhood is usually a time of increased vulnerability to psychiatric conditions. Peripartum mental disorders have a negative and sometimes detrimental impact, as both the affected mother and her offspring's health and safety are jeopardized (1). These risks render peripartum mental illness a true psychiatric emergency. Although peripartum mental disorders are known to be serious and to have a high incidence, they are often underdiagnosed due to reported symptoms being incorrectly attributed to innocuous pregnancy-related changes in temperament and physiology. Even when these conditions are recognized in a timely manner, clinicians are often left with little guidance due to the relative paucity of research and clinical practice guidelines. Peripartum mental disorders include the following: (i) postpartum depression (PPD), which is the most well-known puerperal mental disorder, (ii) postpartum psychosis, as well as the less known and recognized (iii) prepartum depression, and (iv) prepartum psychosis (1,2).

Postpartum Depression

According to the literature, a large percentage of women will experience a form of affective disorder during the postpartum period, while 10–20% of them will present with PPD (1–4). Except for the usual symptoms of a depressive episode (depressed mood, irritability, tearfulness, anhedonia, sleep pattern changes, appetite changes, fatigue, psychomotor retardation, feelings of worthlessness, diminished concentration, indecisiveness, suicidality), clinical symptoms of PPD involve groundless maternal anxiety about the child's health, ideas of worthlessness about the maternal role, as well as suicidal and sometimes infanticidal ideation (4). Twenty percent of postpartum deaths are attributed to suicide due to PPD. Depressive symptoms may occur anytime during the first 12 months postpartum, but usually appear between the 6th and 12th week. Although a high incidence of PPD has been reported, a high percentage, reaching 80% of cases, remains undiagnosed and untreated (2–4). Puerperal depression is the only type of perinatal mental disorders that has been studied fairly thoroughly. A full discussion of PPD is, therefore, beyond the scope of this article.

Prepartum Depression

Prepartum depression occurs in 8.5–11% of women (4,5). However, it is often underdiagnosed due to its resemblance to

[1]Adult Psychiatry, Psychiatric Department, G. Papanikolaou General Hospital of Thessaloniki, Exohi, Asvestoxori, GR 57010 Thessaloniki, Greece.
[2]Department of Forensic Psychiatry, Psychiatric Hospital of Thessaloniki, GR 56429 Stavroupolis, Thessaloniki, Greece.
[3]Department of Biochemistry, School of Medicine, Democritus University of Thrace, GR 68100 Alexandroupolis, Greece.
[4]Department of Obstetrics and Gynecology, University General Hospital of Evros, School of Medicine, Democritus University of Thrace, GR 68100 Alexandroupolis, Greece.
[5]Laboratory of Forensic Sciences, School of Medicine, Democritus University of Thrace, GR 68100 Alexandroupolis, Greece.

Received 29 Mar. 2016; and in revised form 25 July 2016; accepted 3 Oct. 2016.

© 2017 American Academy of Forensic Sciences

common pregnancy symptoms, such as weight gain, fatigue, and sleep disturbances (major depression criteria). Interestingly, it has been found that *c.* 10–12% of PPD has a prepartum onset (6). Therefore, prepartum depression is also a high risk factor for the development of PPD. In addition, it has been documented that prepartum depression is responsible for an increased risk of spontaneous preterm birth, poor fetal growth, and infant temperament reactivity (4–10). The implications of peripartum depression (postpartum and by extension prepartum) include impaired maternal–infant interactions, chronic depression, suicide, and, rarely, infanticide (3,11,12).

Peripartum Psychosis

Peripartum (pre- and postpartum) psychosis is generally hypothesized as a subtype of bipolar affective disorder. 70–80% of the incidents are considered as mood episodes with psychotic features occurring in the spectrum of bipolar or schizoaffective disorder, while 12% of cases are episodes of schizophrenia (13,14).

Postpartum Psychosis

Postpartum psychosis is less frequently encountered and even more rarely diagnosed. Its recorded incidence ranges from 0.1% to 0.2% among childbearing women. Twenty-eight percent of women with a history of psychosis present with puerperal psychosis. The majority, however, has no previous psychiatric history. Ninety percent of hospitalizations due to postpartum psychosis occur in the first 4 weeks after delivery (15,16). The disorder is characterized by an abrupt onset, while psychotic symptoms are clinically prevalent. Perception is distorted abruptly, and behavior is disorganized. Symptomatology involves severe cognitive impairment, sudden onset of manic (bipolar spectrum disorder) symptoms, mood lability, denial of pregnancy, frequently changing delusions which are sometimes centered around the infant, insomnia, akathesia, and irritability. Frequently, there is suicidal ideation, violent or even homicidal behavior—4% infanticide (15,16). Postpartum psychosis has severe effects on functionality, high risk of suicide, and the possibility of infanticide; therefore, early detection and rigorous treatment are of paramount importance (16). A study of 88 women who had been formerly mentally ill with a postpartum psychiatric disorder reported that women with pathological anxiety and excitement (hypomania) were in higher risk of developing puerperal psychosis with an early onset, whereas the occurrence of puerperal depression had no specific association with an increased risk of psychosis (17,18).

Prepartum Psychosis

One entity, which is often missed in clinical practice, is prepartum psychosis. It was described by Brockington in 1990 as an episodic illness, with onset at least 2 weeks prior to delivery (with no nonpregnancy episode) (17,19). In 2001, Chandra studied seventy-six ($N = 76$) consecutive childbearing women who were admitted to the hospital with postpartum mental illness and observed that 10% had a prepartum onset, while 50% experienced prenatal relapses in subsequent pregnancies. Furthermore, research indicated that the onset of psychosis may occur in both 2nd and 3rd trimesters (17).

Pure prepartum psychosis with recurrent episodes occurring exclusively antenatal is very rare. On the contrary, postpartum deterioration is very frequent. This finding has a clear therapeutic impact, as it leads to the conclusion that effective and vigorous treatment in the prepartum period may prevent further worsening (puerperal and long term) (17).

Infanticide, Filicide, and Neonaticide

The earliest reference to filicide (the killing of a child by a parent) is in "Medea," an ancient Greek play of Euripides. According to the play, Medea killed her two sons after her spouse, Jason, abandoned her for the daughter of the King of Corinth (20).

According to the Infanticide Act 1938 in the U.K., "infanticide" is the term defining the deliberate killing of children younger than 12 months of age (21). In 1948, Stern coined the term "Medea Complex" to label hatred and death wishes by a mother toward her child(ren), driven by the desire for revenge toward her husband (22). In 1969, Resnick was the first to identify neonaticide, the killing of a newborn by its mother within the first 24 h after birth, as a subtype of filicide (23).

Child homicide is a significant public health problem, while the majority of young children who are homicide victims are killed by a parent. According to statistics, a child's homicide is most frequently committed during the first year of age. Filicide is most commonly committed by fathers, while most prevalent neonaticide perpetrators are mothers (during first 24 h after birth) (24–29). Suffocation, drowning, strangulation, head trauma, and exposure are the most prevalent neonaticide methods (29).

Methodology

The following case report is written in compliance with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 1983. Furthermore, a written informed consent was obtained from the patient for the publication of this case report and accompanying images. In addition, a brief literature review has been conducted regarding peripartum mental disorders and relevant aspects of the study by searching the electronic databases of PubMed, Google search, Google Scholar, Heal Link, EMBASE, Scopus, and Cochrane Library up to March 2016. The search terms were as follows: "puerperal," "postpartum," "prepartum," "perinatal," "depression," "psychosis," "affective disorders," "mood disorders," "pregnancy," "neonaticide," "infanticide," "filicide." No language restriction was applied.

Case Presentation

The objective of the following case report was to showcase the severity and significance of perinatal psychiatric disorders as psychiatric emergencies due to their potential devastating outcomes (maternal suicidality, aggression, and risk of neonaticide). It also aims to highlight the importance of awareness and multidisciplinary approach for the identification, and management/treatment of similar cases.

Background

A fatal case involving a 24-h-old female infant is described. The newborn and her mother had been missing from the obstetrics–gynecological ward for 2 h, when the infants' cadaver was detected. The victim was detected in the courtyard of the hospital where she was born and bore a fatal penetrating injury in the

anterior chest region as a result of a criminal act. The investigation revealed that the criminal instrument was the spike of a serum delivery system and that the perpetrator was the 30-year-old mother of the newborn (Figs 1 and 2). The victim's mother subsequently underwent psychiatric assessment, which revealed an acute psychiatric disorder with a prepartum onset.

The Circumstances Under Which the Neonaticide was Committed

The police investigation and forensic examination concluded the following. The mother had the infant beside her bed in the ward where she was hospitalized after delivery by cesarean section. Afterward, she placed the newborn under her pajamas and without being noticed by the clinic nurses, she departed taking the infant and the serum system. On the ground floor of the hospital and in an isolated area, the perpetrator wounded fatally her child in the front thoracic region after having pulled the peripheral venous catheter from her hand and the spike from the serum bottle. Eventually, the woman threw her offspring from the window of the ground floor to the courtyard where the female infant was found dead. The newborn's mother was found in a deserted area of the hospital 3 h after her disappearance from the obstetrics–gynecological clinic.

FIG. 1—*The wounding agent (the spike of the serum). This image was retrieved in the crime scene at the time of investigation. [Color figure can be viewed at wileyonlinelibrary.com].*

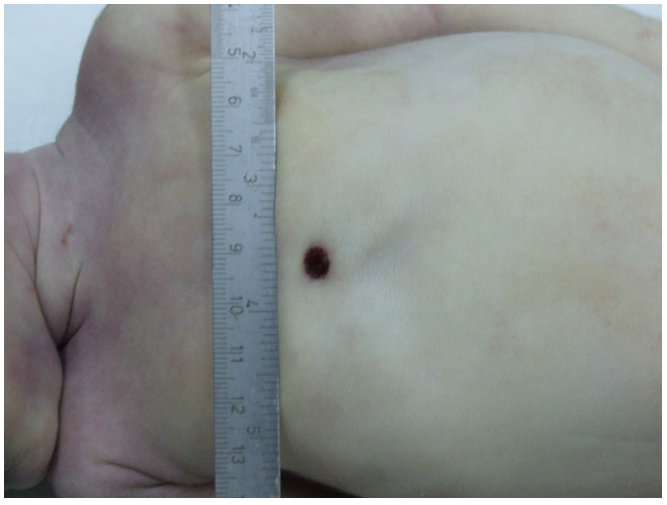


FIG. 2—*The fatal injury on the left sternal area of the infant at the height of 4th–5th intercostal space (dimensions 0.7 × 0.5 cm). This image was retrieved during the external forensic examination—autopsy of the newborn. [Color figure can be viewed at wileyonlinelibrary.com].*

Forensic Postmortem Examination—Autopsy Findings

The 24-h-aged female infant bore a circular injury with dimensions 0.7 × 0.5 cm and hemorrhagic filtered wound edges at the height of 4th–5th intercostal space in the middle of the anterior thoracic region (left sternal region). From the external examination, a nasal ecchymotic region was also detected with redness, bilaterally, in the zygomatic regions and the oral lips.

During autopsy, after the dissection of the thorax and the removal of the sternum area, left hemothorax was revealed; the thoracic cavity was found to be filled with hemorrhagic material (blood) beginning from the level of the lower limits of the thymus and extending approximately to the base of the heart. The lungs were exsanguinated due to the blood loss. An opening in the pericardium was found as well as hemopericardium. The cause of death was the perforation of the right heart by a penetrating instrument.

The newborn's facial injuries probably derived from her fall on the rocky ground and the pressure that she had undergone under the pajamas of her mother to stifle her crying.

The infant wore an undershirt (with white flowers) and a yellow sleepsuit. The undershirt had a hole on the left a well as a great amount of blood. The bodysuit bore traces of blood on its inner surface.

During the investigation of the crime scene, a serum delivery system was detected with traces of blood on the peripheral venous catheter. The results of the genetic material examination from the serum system revealed that the needle (abbocath) contained maternal blood traces, while on the spike there were blood traces matching to the infant's blood sample.

Maternal Examination and Psychiatric History

The 30-year-old mother had never faced mental health disturbances until the 4th month of gestation. Since then, she had initially began to manifest symptoms of anxiety and gradually growing concern about the fate of the fetus, as she had already been hospitalized twice for pregnancy complications in the Department of Obstetrics and Gynecology.

During the 5th month of gestation, the patient was very upset and had a negative attitude toward her pregnancy; she repeatedly said that she should originally have decided to have an abortion, but she had acknowledged her pregnancy as a fact, too late, in the 5th month (pregnancy negation). She began to form the belief that the fetus was ill and abnormal; she projected her symptoms into the child, as she could not interpret her aforementioned thoughts and emotions otherwise. She expressed ideas of worthlessness and said that she did not deserve to her spouse, as she could not bring a healthy child to life; not just their present unborn child, but any future child as well. She claimed that this was a fact that she was only aware of, but she could not reveal how, because no one would understand and she would be considered as insane (delusional ideas and probable perceptual disorders).

This belief was shaken, however, when her obstetrician assured her that everything was normal with the child. In

addition, she demonstrated a very good compliance with his medical advice. Therefore, the patient did not meet the criteria for involuntary hospitalization ex officio (in accordance with the Greek legislation—Law N.2071/1992 Articles 95-100), as only depressed affect and escalating anxiety were obvious; and neither acts/ideation of self-harm nor violence was detected nor neglect of her health care. The patient was recommended psychiatric monitoring on her own volition, but she refused to take any psychiatric care.

In the 7th month of gestation, the patient presented with the following symptoms: social withdrawal, clinophilia, increased tearfulness, depressed mood, and serious sleep disturbances (insomnia). Furthermore, she continued to express the psychotic-spectrum ideas that the fetus was severely ill or dead as well as ideas of self-deprecation. At the instigation of her relatives, the patient was then convinced to visit a psychologist in private practice. The latter, however, did not identify anything alarming in her behavior, apart from some anxiety. The patient was simply recommended to share her concerns with her family and avoid being "locked to herself."

Shortly before parturition, the mother was terrified to give birth and began to deteriorate, believing that "in her abdomen the doctors would not find a child, but something else." Despite assurances to the contrary from doctors, these beliefs could not be shaken, and ultimately, it was decided that the patient should undergo a cesarean section.

Although immediately after delivery, the mother stated feeling "wonderful" because her offspring was healthy, during the first night she slept very little and kept worrying that her infant was not crying similarly to the other newborns. The day after, very persistent delusional thoughts returned. She repeated that the infant was "bruised and blackened with shut eyes," which signified to her that the child was sick and moribund, so she decided that "the child had to die." As she described afterward, her thought was so wedded to this ideation that she could not recall having any thought that might have altered her decision.

After her infant's murder (neonaticide), the mother was hiding and hoping to escape in order to commit suicide outside of the hospital. She was convinced that her child was saved as it would be no longer tortured, and that, anyway, the child had been already half dead (psychotic libericide). When she was finally discovered by the hospital staff, she felt that she had failed, after not having succeeded to kill herself.

In the subsequent psychiatric interview, she described the events without being involved emotionally, seemed detached, and rather apathetic. Her relatives recognized this impassivity as pathological, because it did not characterize her as a trait of her personality until then, and stated that, on the contrary, she was a woman with normal emotional vibration before and during her pregnancy. The woman was neither interested in what was about to happen subsequently, nor about the possible eventualities. During the psychiatric examination, she appeared oriented in space, time, and self. In addition, no disturbances in memory, attention, and concentration were detected.

From the patient's family history, the woman's father suffered from chronic schizophrenia and had attempted suicide in 1995. His sister had died by committing suicide (fell on the railway lines). The patient's mother reported a major depressive episode in 1995 (after her husband's suicide attempt).

The psychometric tests revealed the following: WAIS-R was performed to assess intelligence and indicated borderline intelligence. The Symptom Checklist-90-R (CSL-90R) was performed to assess psychopathology and revealed high scores of depression and anxiety. BECK questionnaire for assessing depression was indicative of depression of moderate severity. From the neurological examination, MRI, and EEG, no pathology was detected. Laboratory blood tests, including thyroid-stimulating hormone TSH (1.25 mIU/L), free T4 (1.1 pmol/L), thyroglobulin antibodies TGAB (20.7 IU/mL), thyroperoxidase antibodies TPO (15.3 IU/mL), and C-reactive protein CRP (0.53 mg/L), were also within normal values.

Diagnosis

In this case, the disorder initially began as prenatal depression (onset with prevalent affective disorder symptoms), progressing into prenatal depression with psychotic features (thus, it began to transform into prepartum psychosis), which culminated after delivery and deteriorated with delusions, probable perceptual disturbances, active suicidal ideation, and neonaticide. The diagnosis in this case is prepartum psychotic depression with postpartum deterioration into postpartum psychosis.

Psychiatric Treatment and Hospitalization

Psychiatric treatment was initially provided to the patient after delivery and neonaticide. The original treatment scheme had been injectable haloperidol, chlorpromazine, and biperiden for 1 month. Afterward, she received per os treatment with haloperidol, biperiden, and lorazepam. No significant improvement was noted, however, as she remained detached and unemotional (flattened affect).

Nine (9) months after neonaticide, the patient was transferred to the Department of Forensic Psychiatry according to the decision of the Judicial Council of the Misdemeanors Court.

On admission, the patient was calm and cooperative. No delusional ideas or perceptual disorders were detected. However, reduced affect display was observed and her behavior was characterized by superficiality and shallowness. For example, she mentioned that she felt remorseful for her act, but maintained a shallow emotional reactivity, which could sometimes be characterized as inappropriate affect.

Rorschach psychometric tests on admission indicated a weak Ego and the patient's need to escape into a fictional reality. Her low self-esteem, inner insecurity, and fear of responsibility were the dominant outcomes of the test. Furthermore, the patient was characterized by repressed anger, stereotypic intelligence, and volatile affect. She was assessed as an individual with borderline intelligence who creates many but superficial relationships. Daily medication was initially set to quetiapine 900 mg and agomelatine 25 mg, which was afterward increased to 50 mg.

The patient adapted smoothly to the conditions in the psychiatric ward and it was impressive that since the very first day she developed a friendship with another patient who had also committed infanticide. It is also notable that she refrained from confessing her crime to other patients for fear of their disapproval; although they had also committed or attempted murder at a rate of almost 75%, their most common victims were their mothers or wives.

Through psychotherapeutic sessions, the patient was aided both to realize the severity of her disorder (psychoeducation) and contact her emotions about the crime. Meanwhile, she was also assisted to handle the divorce which was applied by her husband. She found her husband's act both understandable and fully justified, but admitted that it made her feel sad and upset. She supported that her marriage was her choice as well

as the pregnancy and believed that her psychological problems stemmed from her great anxiety and fear of childbirth. In addition, she imagined the time of childbirth in horror due to the physical changes and pain that she would experience. One year after admission, she stated that she was neither interested to be sexually related with another man nor bear children. Agomelatine was interrupted from the patient's medication, as no affective improvement was observed, and venlafaxine was administered in gradual increase to a daily dosage of 150 mg.

During her clinical treatment, the patient always expressed sympathy about patients in need and took care of them. For instance, she accompanied, on her own initiative, an elderly lady, who had been newly admitted to the psychiatric ward and guided her to the hospital's premises in order to assist her in her adjustment. A patient with intellectual disability was also under her protection, and she helped him in his daily routine. However, the healthcare personnel had difficulty in gaining her trust, as she was often reluctant to share the truth, even without apparent reason. Finally, she remained functional by both serving food in the dining room and helping in the morning distribution of clinical documents.

In April 2012, 2 years after admission, the patient experienced euphoric emotions without any remaining symptomatology. Therefore, the antidepressant medication was discontinued, and she remained in treatment only with quetiapine. At that time, she developed a love affair with her friend's brother (the infanticidal patient's brother). Initially, she tried to conceal their love affair, but after it had been revealed by third parties, she finally admitted the relationship. Whenever she took a therapeutic leave, she pursued to meet her partner several times, but was still reluctant to share that information with her treating psychiatrist. At that time, it was a rather dysfunctional affair with highly dependent traits and jealousy expressed by both parties.

In August 2013, after *c.* 3 years of clinical treatment, an obstetrician informed the psychiatrists of the department that the patient had visited him, apparently secretly, on her own initiative. He diagnosed an 8-week gestation. Indeed, the patient was carrying a morphologically normal fetus and wished pregnancy termination. She confessed that she had chosen to conceal her pregnancy from her psychiatrist, fearing that there would be adverse consequences in regard of her hospitalization conditions, as a punishment.

In the ninth week of gestation, physicians proceeded to the interruption of pregnancy with the patient's consent. During that time, no alterations were observed in her scope of thought, perception, or emotion. Her partner also agreed with the termination of pregnancy, although none of them was absolutely certain about their decision. Since then, an intrauterine device has been placed and the patient has been consulting a family planning practice. Regarding childbearing, she expressed the volition to have a family with her current partner, but she had some concerns on both her own mental state and any hereditary psychological problems to her offspring.

Declassification (Discharge)

In September 2014, after 4 years of inpatient care, while she had never acted in an alarming way during hospitalization, the patient's mental state was evaluated as stable. Furthermore, it was judged that she no longer constituted a threat to public safety, as she had acknowledged her disorder, as well as the necessity for psychiatric supervision and medication. Therefore, the prosecution was informed with the relevant documents and the woman was declassified.

The hearing was postponed due to elections for March 2015. During this period, the patient was quite calm and patient, despite the affect lability that was discernible throughout her clinical treatment. Risperidone was added in her medication so that it would be progressively altered from quetiapine to risperidone long-acting injection (Risperdal Consta), in order to ensure her compliance after she was discharged.

On the declassification trial, the patient was calm and expressed her wish to have a family, when she would be considered ready, in accordance with the opinion of her psychiatrist supervisor. In addition, she agreed to be supervised in the Outpatient Clinic of Forensic Psychiatry. The trial was also attended by her mother and her brother, who pledged to support her during the outpatient care.

Follow-Up Outpatient Care

Since March 2015, the patient has been being supervised continually on a monthly basis in the Outpatient Clinic of the Forensic Psychiatry Department. She continues to be in a relationship with the same partner (co-patient's brother), whom she also married. After the improvement of the patient's health and couple psychotherapy, their relationship has become more and more functional. She is now on paliperidone palmitate prolonged release injection 100 mg (Xeplion), which has a monthly maintenance dose, as they have moved to another city for occupational reasons.

During her adjustment after discharge, her moving and shortly afterward, there had been a period of *c.* 2–3 months when fatigue was observed as well as anhedonia and coping difficulty concerning the daily household tasks. Her partner noticed that she was pensive and withdrawn (Institutional syndrome). Both considered the injectable treatment responsible and insisted that it should be discontinued. Since then, the patient has been supported psychotherapeutically to address the new changes and balances in her life. No modifications were made to her medical treatment. The therapeutic group continues to believe that her reluctance to share information does not allow her to be trusted on receiving medication orally.

On her visit in August 2015, the patient was euthymic and functional. No perceptual disturbances were detected. The couple expressed happiness about the outcome and recognized that most difficulties arose due to significant changes that followed the discharge. The patient wished to be evaluated by the responsible committee so that her disability be verified and she accepted to receive a disability pension; while in treatment, she had neglected her entitlement to claim the pension, despite the social workers' assistance and encouragement, due to the adjustment difficulties that she had faced. She was also encouraged to help occasionally in her brother-in-law's shop in order to maintain functionality. Her spouse is very supportive, willing to share information about their progress, and accompanies her to her monthly visits.

Discussion

Throughout literature, peripartum psychiatric illnesses and filicide remain in the center of scientific attention among various disciplines (psychiatry, pediatrics, obstetrics, biochemistry, and endocrinology) with empirical studies examining data collected for long time periods.

Demographic Data of Female Perpetrators

Neonaticidal mothers are described in the literature on the basis of social variables as young, unmarried, and poorly educated women of low economic status. The age of neonaticidal women is reported to range between late teens and early 1920s (with few exceptions in a higher range to early 1940s). 50–88% of these women are unmarried, and 47% live with their parents. Furthermore, their common pregnancy characteristics are found to be unwanted pregnancy, presence of denial/negation, and delayed physical manifestations in pregnancy. Nearly all studies concerning neonaticide have documented barely existent prenatal care, which is explained by the negation of pregnancy or the lack of timely and effective psychiatric support (30–35).

Causative Factors of Neonaticide and Filicide

Resnick in his review on infanticide noted that 67% of filicidal women and 17% of neonaticidal women face psychiatric problems (23). Peripartum mental disorders are quite a rare phenomenon among neonaticidal mothers, while there is an elevated rate of personality disorders (24). In contrast, the leading causes among filicidal mothers are Axis I disorders (17,23).

In regard of neonaticide (during 24 h), a prevalent theme observed in the majority of cases is pregnancy negation. Denial (internally) and concealment (externally) of pregnancy are identified as different intensity levels of a flawed inner psychological rationalization of pregnancy and they are described in the same term "negation of pregnancy." The denial types may be divided into pervasive denial or affective denial (36). Women who experience pervasive denial have no emotional or physical awareness (physical manifestations) of pregnancy and are surprised at the infant's birth (12,36). Ones, who experience affective denial, are cognitively aware that they must be pregnant, yet they make no preparations and do not emotionally acknowledge the fact (32,36). Alternatively, concealment of pregnancy occurs when a woman is aware of her pregnancy, but consciously hides her pregnancy from others. Denial often occurs early and afterward the woman reaches a point when she may recognize, accept, and acknowledge her pregnancy or she may conceal it from others at a subsequent stage (32).

Regarding filicide, the leading causative factors include fatal abuse, birth of an unwanted child, delusional "altruistic" motives, an acutely psychotic parent, and spouse revenge (23). Among filicide cases, the most common is "accidental filicide," when the child's death results from fatal maltreatment, which is often the endpoint of chronic violence, neglect, or disease progression (23). In these cases, the principal cause of death is severe head trauma (28). "Altruistic filicide" occurs when parents kill their child "out of love" as they themselves have decided that this is really the best for the child. The latter ranges from a type of murder in the context of euthanasia of a severely chronically ill child to an extended suicide in which the suicidal parent refuses to leave the child behind in his own severely depressed thinking and suicidal ideation. "Spousal revenge" filicide is also known as the Medea syndrome and the least frequent pattern of filicide. It occurs when one parent kills the favored child of the other, or all the children, as a punishment (24).

Psychotic Disorder During and/or After Pregnancy as the Cause of Filicide

Mothers with peripartum (pre- and/or postpartum) psychosis may experience an astonishing range of psychiatric symptoms, including psychosis, mania, depression, and disorganization. They may experience auditory, visual perceptual disorders, and rapid mood swings. Bizarre behaviors, agitation, disorganized thinking, insomnia, delusions, and poor judgment may also occur (37). It is particularly alarming for the child safety when delusional beliefs become focused on the infant, as there are elevated rates of both suicide and infanticide among women suffering from peripartum psychosis. Up to 4% of mothers who have untreated perinatal psychosis murder their infants after delivery (28,37).

Psychotic denial of pregnancy is very rare and may occur in women who experience psychotic symptoms (36,38). Women with psychotic denial may acknowledge and deny their pregnancies at intervals or may attribute the physical manifestations of pregnancy to a delusional cause. The nosologically unspecific syndrome of the psychotic denial of pregnancy is considered to indicate a special form of Cotard's syndrome (39).

Filicide within perinatal psychiatric disorders (affective and psychotic) often has a component of delusional mercy killing (termed as "libericide") and is committed in the belief that the child's best interests are being served. In addition, a mother with active suicide ideation often kills the child to protect it from the misfortune of being motherless after her intended suicide (extended suicide). "Acutely psychotic" filicide occurs in the impact of psychotic disorder or a manic episode of bipolar disorder with psychotic symptoms, and is committed primarily due to perceptual disorders (as in response to commanding auditory hallucinations), delusions, irrational fears that do not correspond to reality, anxiety, agitation, and inadequate control of reality (17). Psychotic mothers also tend to project their unacceptable schizophrenic symptoms into the child and may murder the child in order to "kill" their own symptoms. Bender even considered child murder by parents to be a suicidal act which is committed as a result of an identification process (removal of the extended-self) (40).

Chandra was the only author who conducted a statistical research on mothers harming or thinking about harming their children due to peripartum psychiatric illness. In a sample of 60 women with peripartum psychosis, thirty percent (30%) experienced infanticidal ideations, one (1) committed infanticide, while one (1) harmed fatally an older child; filicide risk was *c.* 3.34% among women with any puerperal mental disorder. Another issue of interest that Chandra (17) posed in the area of aggression is that 50% of the women, who attempted deliberate self-harm (12/60), also tried to harm their child, which posed the filicide attempt risk to 20% among women with active suicidal ideation.

Predisposition

Childbearing women with family history of affective disorders, subclinical symptoms of mood, anxiety or psychotic disorder during pregnancy, ongoing stressor, and unplanned pregnancy are at risk for developing pregnancy-related mental disorder (41,42). Chandra reported that on the grounds of peripartum psychosis ($N = 60$) *c.* 40% of women who became mentally ill had a family history of psychiatric disorder and 75% of the affected family members suffered from affective disorders. Moreover, 30% of the women had an affected mother or sister, who had suffered from a peripartum psychiatric disorder (17).

Throughout literature, many hypotheses also draw attention to the predictive power of nonbiologic variables for maternal

aggression, such as lack of social support, marital or relationship conflict, and the stress of child care (41–43).

Postpartum Aggression and Pathogenesis of Peripartum Mental Disorders

The biological underpinnings of peripartum mental disorders and maternal aggression are far from clear, although numerous hypotheses have been put forward, but are worthy of further investigation (17,42,43).

Aggression due to peripartum mental illness, with either prepartum or postpartum onset, manifests primarily in the postpartum period. The latter has been an area of interest throughout international literature particularly because it is timed to coincide with tremendous hormonal shifts (17,43).

As a full discussion would be beyond the scope of this article, a brief reference follows on the predominant theories about the pathophysiology of peripartum psychiatric disorders.

Hormonal Fluctuations—During gestation, concentrations of estrogen, progesterone, and the 5α-reduced progesterone metabolites increase several fold, and after childbirth, they drop steeply to pregestation levels within a few days. The common hormones implicated in the causation of puerperal affective disorders and psychosis are estrogens, progesterone, adrenal corticosteroids, prolactin, thyroxine, and oxytocin (42–44).

Thyroid Autoimmunity During Gestation—Studies examine an association between affect and thyroid autoimmunity occurring in pregnancy (45).

Sleep—Sleep disturbances are among the primary symptoms of psychiatric disorders as well as pregnancy (as a consequence of the fetal movement, weight gain, and subsequent difficulty in breathing). It is examined whether interaction between sleep and affect may play a role in the development of postpartum psychotic episodes (13,19,42,46–48).

Implications

Short-term effects of both prepartum psychosis and depression are poor prenatal and self-care by the patient, substance abuse, fetal abuse, or neonaticide (1). The risk for malformations increases twofold as well as for prematurity—spontaneous preterm birth, poor fetal growth (SGA), and fetal demise (1,5,7–9). There are also longer term effects due to poor bonding, such as the offspring's increased vulnerability for psychosis and problematic relations with the mother (1,49,50).

Prognosis

In their research study, Bågedahl and his colleagues attended a total of 54 mothers with peripartum psychiatric disorder and 89 controls for 6 years after delivery (49). Their study showcased a rather pessimistic prognosis for peripartum mental illness. The following data emerged about the course of the disease. The suicide rate was 4.5%. In addition, 33% of the patients did no longer live together with their offspring, compared with only 3% of the controls. Overall, 22% of patients had taken sick leave during the previous 3 years or a disability pension due to mental illness at the time of monitoring. The readmission rate to psychiatric hospitalization due to relapse was 46% in the patient group (49).

Screening and Prevention

As joint mother-and-baby admissions become more prevalent, the safety of mother-and-baby units should be a concern. Obstetricians in advance and pediatricians after childbirth play a major role in controlling the identification of symptoms of psychosis, mania or depression, and the evaluation of the maternal–infant interaction during health surveillance visits. The unhealthy bonding is evident in both a distant mother who is not involved with the care of her baby and a mother who seems overprotective and reacts with great anxiety about minor issues. If a mother presents with depression, rapid mood swings, and confusion or hallucinations, postpartum psychosis should be considered. The infanticide risk increases steeply when delusions begin to focus on the infant, for example, when the mother accuses it of her own symptoms, when she has feelings of worthlessness, or even when she is afraid that she may hurt her offspring (24,40).

Women presenting with symptoms of perinatal psychosis are considered psychiatric emergencies (such as active suicidal ideation), and they should undergo psychiatric evaluation immediately. Depending on state and practice facilities, the mother may be escorted by members of the family, staff, or police to the emergency department for psychiatric assessment. It is critical for family members to attend the psychiatric examination in the receiving emergency department in order to provide sufficient background information, communicate concerns, and symptoms. Psychiatric hospitalization with medication is likely to be required if it complies with the patients' health interest. Unless prepartum psychosis is diagnosed and addressed in time, symptoms are likely to deteriorate and the disease can develop into postpartum psychosis with stimulation and stronger expression of aggression. In collaboration with psychiatrists, it may be deemed appropriate to communicate child protective services. Long-term psychiatric management of a patient with puerperal psychiatric illness should include the best possible way of cooperation among disciplines (psychiatry, obstetrics, pediatrics, social service) (24).

Treatment

Both perinatal depression and psychosis are treatable, and most mothers retain custody of their children. Early detection and care to all women who are at risk of mental illness from an interdisciplinary team (including GPs, obstetricians, midwives, and perinatal mental health professionals) is of very great importance (51). Multidisciplinary specialized teams hold a very important place in peripartum psychiatry because of its complexity (52).

The existing guidelines for pharmacotherapy on peripartum mental disorders inform psychiatrists that there are risks associated with psychotropic medication during gestation and risks of stopping medication taken for an existing mental health problem: the risks or harms to the woman and the fetus or infant associated with each treatment option, the need for prompt treatment because of the potential effect of an untreated mental health problem on the fetus or infant, the risk or harms to the woman, and the fetus or infant associated with stopping or changing a treatment (53).

Treatment of women with psychiatric disorders during pregnancy is a challenge for many reasons. Existing data from the few empirical research studies that have been conducted indicate that the risk of certain psychotropic medications is low during gestation. Furthermore, uncertainty should not prevent physicians

from weighing the risks and benefits of treatment with the risks of the disease symptoms (54).

Maintaining the risk–benefit equilibrium is especially important, as medication and parent disease may both have adverse effects on the fetus (54). Regarding peripartum psychosis, pharmacotherapy should depend on the underlying disorder, current symptomatology, response to previous treatments, drug tolerability, and breastfeeding preference. The medication includes mood stabilizers and antipsychotic drugs (43). In addition, psychiatrists are advised to avoid polytherapy while using the lowest effective dose of drugs. Finally, level 2 ultrasound controls should be performed in 11–13 weeks and 30 weeks (1,55–57).

Moreover, during gestation, there are certain changes occurring in the human body which in turn affect the pharmacokinetics of drugs and are worth mentioning. To begin with, gastric emptying slows, small intestine and colonic transit times increase and glomerular filtration rate increases. Furthermore, there is an increase of 5–8 L in total body water which translates into a higher volume of drug distribution. Finally, the medications which are metabolized by cytochrome P-450 2D6 (e.g., risperidone and aripiprazole) exhibit substantially lower serum concentrations in late pregnancy (1,55–57).

Side Effects

The side effects of psychotropic drugs include increased rates of gestational diabetes mellitus and deliveries by cesarean section. There are possible effects on the obstetric outcomes. Furthermore, a greater risk for prematurity or low birthweight is noted as well as perinatal syndrome including feeding problems, hypothermia, and deficiency in the infant's muscle tone. There is no association for teratogenesis among antipsychotic agents. Furthermore, benzodiazepines should be completely avoided (withdrawal syndrome) (1,55–57).

Valproic acid (VPA) and carbamazepine are anti-epileptic agents and mood stabilizers, which are associated with human teratogenicity during gestation. In regard of VPA, there are high contraindications for administration especially during the first trimester of pregnancy. Empirical research studies and case reports have indicated that the type and extent of teratogenicity that may occur depends on the timing of exposure to valproate as well as the concentration of exposure. Teratogenic effects of VPA involve major congenital malformations and neurodevelopmental anomalies. Major congenital malformations may include cardiac abnormalities, neural tube defects (spina bifida), fetal valproate syndrome (specific facial dysmorphisms), cleft lip or palate, urinary tract defects, and limb malformations. Neurodevelopmental anomalies of VPA involve reduced cognitive, behavioral problems, reduced language or learning development, and possible "autism" (58). Carbamazepine also increases the risk of neural tube defects (twofold to 10-fold). However, the risks associated with its administration during pregnancy are not as great as in VPA, as it does not increase the risk of other malformations or developmental delay (59).

In order that the side effects of medications be prevented and to safeguard the child's health, there should be thorough checks for the infant. In case of intrauterine fetal exposure to medications, the infant should be monitored for withdrawal syndrome. In case of intrauterine fetal exposure to lithium, the renal and thyroid function should be additionally monitored. Finally, if there is exposure to breastmilk, there should be further monitoring for potential adverse events (1,55–57).

Moreover, mothers are advised to take certain precautions so that breastfeeding is as safe for the infant as possible. Optimally, the infant can be breastfed by a single dose given before its longest sleep period as well as immediately before medication. Breastfeeding can be avoided for 1–2 h from the time of treatment intake (1,55–57).

Besides drug therapy, nonmedication interventions play a major complementary role. These are psychoeducation, sleep, parenting enhancement, supportive psychotherapy, cognitive behavioral therapy, interpersonal psychotherapy, and, last but not least, family-focused therapy when the patient improves and is less disorganized. Studies have indicated the benefits of the father's involvement in treatment and the usefulness of interventions that promote maternal and infant interaction (1,55–57).

In the case described formerly, prepartum psychosis was combined with depressive symptomatology. It is a case which appears to encompass many of the elements that are identified in prepartum psychiatric disorders: psychiatric history in three close family members, belated acknowledgment of pregnancy, negative attitude toward pregnancy, anxiety, sleep disorders, irrational fears, projection of the maternal unacceptable schizophrenic symptoms into the child, and delusional thoughts about the fetus/infant.

Conclusion

Perinatal mental disorders have disastrous consequences to the family with even the physical integrity of the infant and affected mother being endangered, and thus, form a true psychiatric emergency. Acute symptomatology and impairment of reality control may increase both suicide and infanticide risk. Therefore, treating physicians have to identify the symptoms and make all necessary actions to maintain both maternal and infant health.

Effective medical management and treatment of prenatal psychiatric disorders is extremely important for subsequent postnatal worsening, suicide, and infanticide prevention. As both maternal disease and side effects of an injudicious pharmaceutical administration would jeopardize the child's health, it is crucial that medication should be administered to childbearing patients after a balanced medical decision and a multidisciplinary approach is required with regular checks of the fetus.

The new case presented is noteworthy because of its scarcity. It showcases nearly all symptoms of perinatal mental illnesses, while, at the same time, combines prepartum depression with psychosis, escalating to the endpoint of neonaticide. The crime would probably be prevented, if the prepartum maternal psychiatric symptoms were detected and prompt support was provided. More research is still needed, however, to clarify the causal factors and establish an optimal treatment protocol that could improve the disease course.

Acknowledgments

Deep gratitude is extended to the Psychiatric Department and the Department of Obstetrics–Gynecology of the University General Hospital of Evros, as well as the technicians of the laboratory of the Forensic Department for their valuable help.

Thanks are also extended to the anonymous reviewers who greatly contributed to the improvement of this manuscript with their helpful and constructive comments.

References

1. Bhat A. Managing psychosis in pregnancy and postpartum: balancing the risks and benefits. Proceedings of the Pacific Northwest 37th Annual National Conference: Advanced Practice in Primary and Acute Care; 2014 Oct 9–11; Seattle, WA. Seattle, WA: University of Washington School of Medicine, 2004; http://schd.ws/hosted_files/ap2014a/ef/revised%20bhat.pdf (accessed November 2016).
2. Born L, Zinga D, Steiner M. Challenges in identifying and diagnosing postpartum disorders. Prim Psychiatry 2004;1:29–36.
3. Lindahl V, Pearson J, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. Arch Womens Ment Health 2005;8:77–87.
4. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartehner G, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. Evidence Report/Technology Assessment No. 119. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2005 Feb. AHRQ Publication Number 05-E006-1.
5. Dayan J, Creveuil C, Marks MN, Conroy S, Herlicoviez M, Dreyfus M, et al. Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care. Psychosom Med 2006;68(6):938–46.
6. Stowe Z, Hostetter A, Newport D. The onset of postpartum depression: implications for clinical screening in obstetrical and primary care. Am J Obstet Gynecol 2005;192:522–6.
7. Rice F, Jones I, Thapar A. The impact of gestational stress and prenatal growth on emotional problems in offspring: a review. Acta Psychiatr Scand 2007;115:171–83.
8. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. Infant Behav Dev 2006;29(3):445–55.
9. Field T, Diego M, Dieter J, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, et al. Prenatal depression effects on the fetus and the newborn. Infant Behav Dev 2004;27:216–29.
10. Davis E, Glynn L, Schetter C, Hobel C, Chicz-Demet A, Sandman C. Prenatal exposure to maternal depression and cortisol influences infant temperament. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007;46(6):737–46.
11. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. Nurs Res 2001;50(5):275–85.
12. Spinelli M. A systematic investigation of 16 cases of neonaticide. Am J Psychiatry 2001;158(5):811–3.
13. Sharma V. Role of sleep loss in the causation of puerperal psychosis. Med Hypotheses 2003;61(4):477–81.
14. Steiner M, Yonkers KA. Evidence-based treatment of mood disorders in women. Ment Fitness 2003;2:34–67.
15. Spinelli MG. Postpartum psychosis: detection of risk and management. Am J Psychiatry 2009;166(4):405–8.
16. Bergink V, Lambregtse-van den Berg MP, Koorengevel KM, Kupka R, Kushner SA. First onset psychosis in the postpartum period. A prospective cohort study. J Clin Psychiatry 2011;72(11):1531–7.
17. Chandra PS. The interface between psychiatry and women's reproductive and sexual health. Indian J Psychiatry 2001;43(4):295–305.
18. McNeil TF. A prospective study of postpartum psychoses in a high-risk group. Acta Psychiatr Scand 1988;77:645–53.
19. Brockington IF, Oates M, Rose G. Prepartum psychosis. J Affect Disord 1990;19:31–5.
20. Hamilton E. Mythology. New York, NY: Mentor Book, 1942.
21. Craig M. Perinatal risk factors for neonaticide and infant homicide: can we identify those at risk? J R Soc Med 2004;97(2):57–61.
22. Stern ES. The Medea complex: the mother's homicidal wishes to her child. Am J Psychiatry 1948;120:321–31.
23. Resnick PJ. Child murder by parents: a psychiatric review of filicide. Am J Psychiatry 1969;126(3):73–82.
24. Friedman SH, Friedman JB. Parents who kill their children. Pediatr Rev 2010;31:e10–6.
25. Centers for Disease Control and Prevention. Health statistics, United States, 2007, Tables (data for year 2005). http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus07.pdf#032 (accessed December 2013).
26. Marks M. Infanticide. Psychiatry 2008;8(1):10–2.
27. Bureau of Justice Statistics. Homicide trends in the U.S: infanticide; http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/homicide/children.htm (accessed June 2015).
28. Friedman SH, Resnick PJ. Child murder by mothers: patterns and prevention. World Psychiatry 2007;6:137–41.
29. Resnick PJ. Murder of the newborn: a psychiatric review of neonaticide. Am J Psychiatry 1970;26:1414–20.
30. Herman-Giddens ME, Smith JB, Mittal M, Carlson M, Butts JD. Newborns killed or left to die by a parent: a population-based study. JAMA 2003;189:1425–9.
31. Amon S, Putkonen H, Weizmann-Henelius G, Almiron MP, Formann AK, Voracek M, et al. Potential predictors in neonaticide: the impact of the circumstances of pregnancy. Arch Womens Ment Health 2012;15(3):167–74.
32. Friedman SH, Heneghan A, Rosenthal M. Characteristics of women who deny or conceal pregnancy. Psychosomatics 2007;48:117–22.
33. Friedman SH, Resnick PJ. Neonaticide: phenomenology and considerations for prevention. Int J Law Psychiatry 2009;32:43–7.
34. Putkonen H, Weizmann-Henelius G, Collander J, Santtila P, Eronen M. Neonaticides may be more preventable and heterogeneous than previously thought: neonaticides in Finland 1980–2000. Arch Womens Ment Health 2007a;10:15–23.
35. Putkonen H, Collander J, Weizmann-Henelius G, Eronen M. Legal outcomes of all suspected neonaticides in Finland 1980–2000. Int J Law Psychiatry 2007b;30:248–54.
36. Miller LJ. Denial of pregnancy. In: Spinelli MG, editor. Infanticide: psychosocial and legal perspectives on mothers who kill. Washington, DC: APPI Press, 2003;81–104.
37. Friedman SH, Resnick PJ, Rosenthal M. Postpartum psychosis: strategies to protect infant and mother from harm. Curr Psychiatry 2009;8:40–6.
38. Miller LJ. Psychotic denial of pregnancy: phenomenology and clinical management. Hosp Community Psychiatry 1990;41:1233–7.
39. Walloch JE, Klauwer C, Lanczik M, Brockington IF, Kornhuber J. Delusional denial of pregnancy as a special form of Cotard's syndrome. Case report and review of the literature. Psychopathology 2007;40:61–4.
40. Bender L. Psychiatric mechanisms in child murderers. J Nerv Ment Dis 1934;80:32–47.
41. Mendhekar DN, Srivastava PK, Jiloha RC. Recurrence of puerperal psychosis in both pre and post-partum periods: a case report. Indian J Psychiatry 2002;44(1):76–8.
42. Ross LE, Murray BJ, Steiner M. Sleep and perinatal mood disorders: a critical review. J Psychiatry Neurosci 2005;30(4):247–56.
43. Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A review of postpartum psychosis. J Womens Health 2006;15(4):352–68.
44. Wieck A, Kumar R, Hirst AD, Marks MN, Campbell IC, Checkley SA. Increased sensitivity of dopamine receptors and recurrence of affective psychosis after childbirth. BMJ 1991;303(6803):613–6.
45. Ahokas A, Atto M, Turtiainen S. Association between oestradiol and puerperal psychosis. Acta Psychiatr Scand 2000;101:167–70.
46. Kammerer M, Taylor A, Glover V. The HPA axis and perinatal depression. Arch Womens Ment Health 2006;9(4):187–96.
47. Buysse DJ, Nofzinger EA, Keshavan MS, Reynolds CF, Kupfer DJ. Psychiatric disorders associated with disturbed sleep and circadian rhythms. In: Turek FW, Zee PC, editors. Regulation of sleep and circadian rhythms. New York, NY: Marcel Dekker Inc., 1999;597–641.
48. Sharma V, Smith A, Khan M. The relationship between duration of labour, time of delivery, and puerperal psychosis. J Affect Disord 2004;83(2–3):215–20.
49. Bågedahl-Strindlund M. Parapartum mental illness: an interview follow-up study. Acta Psychiatr Scand 1997;95(5):389–95.
50. Verdoux H, Sutter AL. Obstetric complications, maternal psychopathology, and the risk of psychosis. In: Hafner H, editor. Risk and protective factors in schizophrenia. Berlin/Heidelberg, Germany: Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2002;105–12.
51. Ebeid E, Nassif N, Sinha P. Prenatal depression leading to postpartum psychosis. J Obstet Gynaecol 2010;30(5):435–8.
52. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. The Lancet 2004;363(9405):303–10.
53. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance – clinical guideline [CG192]. London, U.K.: NICE, December 2014.
54. Cott AD, Wisner KL. Psychiatric disorders during pregnancy. Int Rev Psychiatry 2003;15(3):217–30.
55. Viguera AC, Nonacs R, Cohen LS, Tondo L, Murray A, Baldessarini RJ. Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and nonpregnant women after discontinuing lithium maintenance. Am J Psychiatry 2000;157(2):179–84.
56. Stewart DE, Klompenhouwer JL, Kendell RE, van Hulst AM. Prophylactic lithium in puerperal psychosis. Br J Psychiatry 1991;158:393–7.
57. Cohen LS, Sichel DA, Robertson LM, Heckscher E, Rosenbaum JF. Postpartum prophylaxis for women with bipolar disorder. Am J Psychiatry 1995;152:1641–5.
58. Lloyd KA. A scientific review: mechanisms of valproate-mediated teratogenesis. Biosci Horiz 2013;6:1–10.
59. Matlow J, Gideon K. Is carbamazepine safe to take during pregnancy? Can Fam Physician 2012;58(2):163–4.

Additional information and reprint requests:
Pavlos Pavlidis, M.D., Ph.D.
Assistant Professor in Forensic Medicine
School of Medicine, Democritus University of Thrace
Dragana, 68100
Alexandroupolis
Greece
E-mail: pavlidi@med.duth.gr

proLékaře.cz | 7.1.2021

Sexual homicide attempt: A case report and a short review of the literature

Maria – Valeria Karakasi [1,2], Maria Markopoulou [3], Eirini Giovannopoulou [1], Maria Alexandri [1], Polychronis Voultsos [4], Athanasios Douzenis [5], Pavlos Pavlidis [1]

[1] Laboratory of Forensic Sciences, Democritus University of Thrace, School of Medicine, Dragana, Alexandroupolis, Greece.
[2] Adult Psychiatry, Psychiatric Department, George Papanikolaou General Hospital of Thessaloniki, Exochi, Asvestochorion, Thessaloniki, Greece.
[3] Department of Forensic Psychiatry, Psychiatric Hospital of Thessaloniki, Stavroupolis, Thessaloniki, Greece.
[4] Department of Forensic Medicine & Toxicology, Faculty of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece.
[5] Second Psychiatry Department, Attikon University Hospital, National and Kapodistrian University of Athens, Chaidari, Greece.

SUMMARY
The broad spectrum of sexual crime and violence includes several entities, including rape and sexual homicide, despite being legally conceived as distinct, non-correlated crimes. In some cases, rape and sexual murder are conceptualized as a continuum of violence, being sexualized and escalated due to situational and personal factors in the crime scene. The authors describe a case of sexual assault and attempted murder by a male offender against an adult female victim. The authors intend to shape the offender's psychological profile, behavioral strategies, key motivations and diagnoses. Relevant literature is reviewed briefly so that the incident be studied and discussed in correlation to the existing knowledge on the issue.

Keywords: Forensic Science – Forensic Psychiatry – Legal Medicine – Sexual Violence

Pokus o sexuálně motivovanou vraždu: Popis případu a přehled literatury

SOUHRN
Sexuální násilí je předmětem nepřetržitého výzkumu v oblasti forenzních i právních věd při určování profilů pachatelů a obětí a rozpoznávání okolností, které v daném okamžiku částečně odpovídají za vyjádření základních pobídek a podnětů.
Široká škála sexuálních zločinů a násilí se týká například sexuálního útoku, znásilnění a sexuálního zabití, které sice sdílejí některé podobné rysy, ale z právních důvodů jsou považovány za samostatné trestné činy. Znásilnění a sexuální zabití jsou některými odborníky vnímány jako různé úrovně sexuálního násilí. Příspěvek popisuje případ sexuálního napadení a pokusu o vraždu mužského pachatele spáchaný na dospělé ženě. Ačkoliv psychiatrická anamnéza pachatele byla zčásti známa, psychiatrická diagnostika byla komplikovaná, protože existovalo mnoho náznaků přítomnosti různé psychopatologie (schizofreniformní porucha, porucha osobnosti, alkoholismus), v osobní anamnéze figurovala hospitalizace s paranoidními bludy následovaná dlouhými obdobími relativně vysoké funkčnosti bez medikace, koordinovaného jednání navzdory konzumaci alkoholu i zhoršeného sebeovládání, ale s náznaky částečné promyšlenosti. Tento příspěvek by měl pomoci k lepšímu pochopení sexuálních zločinů a pachatelů.

Klíčová slova: soudní věda – forenzní psychiatrie – právní lékařství – sexuální násilí

Soud Lek 2019; 64(2): 14–19

Sexual violence has been diachronically a major issue for investigation in the field of forensic psychiatry, in terms of shaping the offenders' and victims' profiles and enlightening the specific circumstances leading to the criminal outcome. Through the extensive discussion and review, broadly accepted terms and definitions are still being shaped in the international literature.

Rape is defined in most jurisdictions as sexual intercourse, or other forms of sexual penetration, committed by a perpetrator against a victim without their consent. The definition of rape has varied historically and culturally.

The definition of sexual homicide has been evolving during the last decades (1). Previously, the involvement of sexual assault during the action of killing was not a prerequisite to define a murder as "sexual homicide," given the fact that an underlying sexual conflict, sadism or activity were identified as part of the killing. However, the latest re-defined terms, exclude from the classification of sexual homicide any instances that do not include evidence of sexual assault. Based on recent literature definitions, sexual assault on genital areas associated with the sequence of events leading to murder constitutes the key element of sexual homicide. The lack of solid classification criteria and their evolution has led to significant discrepancies between different studies over the years, and thus accurate epidemiologic data are difficult to obtain. Over the years, classifications have been created with increasingly credible methodological data and more specificities at sample selection, examined parameters and classification criteria.

The broad spectrum of sexual crime and violence includes several entities, including rape and sexual homicide, which despite being conceived as distinct, non-correlated crimes, especially due to limitations posed by law and its enforcement, do share similarities (2). Many investigators attribute the divergence between rape and murder to the existing variations of individual

✉ ***Correspondence address:***
Pavlos Pavlidis MD PhD, Assistant Professor Forensic Medicine
School of Medicine, Democritus University of Thrace
Dragana, 68100, Alexandroupolis, Evros Prefecture, Greece.
tel.: +30 25513 53822
fax: +30 25513 53824
e-mail: pavlidi@med.duth.gr

proLékaře.cz | 7.1.2021

aggressive strategies and behaviors (2). In some cases, rape and sexual murder are conceptualized as a continuum of sexual violence, being escalated by specific behavioral strategies used by the perpetrators on the crime scene (2).

METHODOLOGY

The authors describe a case of sexual assault and attempted murder by a male offender against an adult female victim. The sequence of events is presented in detail. The authors intend to shape the offender's profile, diagnosis, underlying motivations and behavioral strategies. Nevertheless, a short descriptive review of the literature is conducted in order to study and discuss the incident in comparison to the existing knowledge on the issue. The following case study is written in compliance with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 1983. The complete anonymity of the victim and the offender has been assured.

CASE PRESENTATION

The offender's demographic characteristics, educational and marital status

The offender was a 49-year-old male at the time of the assault. He had two siblings, a brother and a sister. His educational status was relatively low, since he graduated primary school and attended only two years of secondary school, when he discontinued education. He served at the commercial navy for nine years in order to financially support his family, and then, served his military duty ordinarily. Subsequently, he was employed as a car driver. The nature of his relationships with his parents was unknown, while his father was not mentioned at no time and seemed to be absent since his teenage life and thenceforth.

The offender married a Greek female and had two children. They divorced ten years later, and their children moved permanently in Germany with their mother. His brother was also living permanently in Germany. Three years after the divorce he immigrated there, as well, and got occupied as an employee to his ex-spouse's restaurant. After the rapprochement, the couple got re-married, leading however to a new divorce three years later.

During the following three years, he led a rather unstable lifestyle, as he successively moved between Greece and Germany. In 1991, he got married to a woman, who permanently resided in Stuttgart and was the owner of two restaurants. The offender was employed in one of her restaurants. Despite that they eventually ended up living separately, he continued to have partial employment to her restaurant in order to get by. He was also allowed to dwell in a room, located in the loft above it.

The victim

The victim was a 35-year-old woman from Checz Republic, who arrived in Stuttgart in 1997. Mutual acquaintances brought the victim and the offender in contact due to the fact that she was searching for occupation. The perpetrator offered her a post as a waitress in his ex-spouse's restaurant, as well as accommodation in the floor above it.

Background of the incident

Four days after the victim's employment in the restaurant and following the consumption of a large amount of alcohol by the offender, he ordered her to be "more delightful" to the customers, wear a skirt and remove her underwear and let them touch her body. The woman was insulted by his statement, refused and distanced herself by staying for most of the time away from the customers during the shift. Apart from the customers, the perpetrator's wife and nephew were also present in the scene at that time.

The victim's refusal for obedience triggered the perpetrator's rage, who became increasingly frustrated and aggressive during the night. However, the victim followed the advice of the perpetrator's spouse, who told her that her husband would calm down if she also remained calm and polite. A few hours later, the victim went to the kitchen and started preparing a meal for herself, when the perpetrator approached her, dragged the plate out of her hands, smashed it on the wall and rebuked her for taking a break instead of working. Following that incident, the victim told the offender's spouse that she refused to continue working under those circumstances and wished to go upstairs, pack her bags and leave. As soon as the perpetrator's wife conveyed that piece of information to him, he immediately grabbed victim's room key, put it in his pocket and left the restaurant along with a customer.

Approximately an hour later, the perpetrator returned to the restaurant leading an outrageous conduct towards the customers, overturning the tables, throwing down the customers' plates, glasses and bottles. The vast majority of the customers were irritated and started leaving the place one by one. The perpetrator subsequently sat next to a friend of his and started chatting while drinking heavily. The victim was waiting sited at a remoted table of the restaurant, when the perpetrator invited her to join their company and offer sexual gratification to his friend. When his companion immediately stated that he was opposed to that statement, the perpetrator started swearing and slapping him.

The victim, who felt more and more intimidated by the perpetrator's unpredictable and unstable conduct, begged his spouse to go with her to her home, but her request was immediately rejected. Subsequently, the victim begged the perpetrator's spouse and nephew to help her recover her room key, which was still in the possession of the perpetrator. Both witnesses, however, refused to support her in fear of the offender's violent conduct. When the offender comprehended that the victim wanted to go to her room and pack her belongings, he left his company and physically assaulted the victim with a forceful kick at her tibia, which caused her fall to the ground while banging her head against the restaurant counter.

Sexual assault and homicide attempt

Later, as soon as the victim saw the offender take her key out of his pocket and lean against the counter to put beer in the glasses from the barrel, she seized the opportunity to recover it, ran upstairs and stayed locked in her room. Only a few minutes later, however, the perpetrator appeared outside the victim's door and started kicking it hard in order to break it. As the door seemed ready to fall apart, the victim unlocked trying to avoid an imminent escalation of his rage. The perpetrator rushed into her room, punched her chest, grasped her hair and dragged her down the staircase. He afterwards slapped her so hard that her mouth and nose bled.

The victim continued begging the three witnesses (wife, nephew and friend) to help her out, but no-one reacted. The offender requested that his wife and nephew left the restaurant and they obeyed in fear. The victim once again begged the perpetrator's wife to let her get into her taxi, but she refused with a nod. The victim tried to run behind the taxi, but the perpetrator stopped her by giving her such a powerful hit on her face that threw her to the ground. Then, the perpetrator tried to force a broom inside the victim's vagina. As the victim reacted and avoided his actions, he engaged in hitting her multiple

proLékaře.cz | 7.1.2021

times by kicks. Thereafter, the offender described in detail to the victim his sexual fantasy and all the sexual actions that he was intending to enact.

After a while, the defendant remembered again that his friend was still present in the restaurant and told the victim to perform fellatio to him. The victim refused, while the witness said he did not wish that to happen if the victim did not participate voluntarily. Subsequently, the offender began slapping the witness again. He pushed him violently out of the restaurant and told him that since he did not want to participate he was a useless coward. Afterwards, the perpetrator locked the door of the restaurant so that the victim could not leave and turned off the lights. He continued describing in detail to the victim his sexual fantasies and what kind of intimidating consequences her refusal would have.

The victim attempted once again to escape and started shouting for help. The offender tightened a towel around her neck to force her silence, and at the same time revealed his penis out of his trousers in order to force it into her mouth, while holding her lip downwards with his other hand. He was trying to subdue the victim with verbal and physical threats. He multiply lit cigarettes and extinguished them by pressing them onto her body. He also threatened that if she screamed, he would burn her eyes with them. Finally, he pushed her off while calling her an "ugly whore, who could not manage to give him sexual arousal."

As the victim managed to gain some distance, he threw her a chair from the restaurant bar that hit her back, and afterwards, he grasped a knife. He approached her again and waved the knife in front of her face. Under the threat that he would lacerate her breasts and face with the knife, the perpetrator commanded the victim to remove her clothes, with the intention to engage in anal sexual intercourse with her. As the victim seemed to disobey, he tried to undress her by ripping her clothes with the knife, causing her a sharp laceration of about 30cm length at the area of the left breast. The victim reacted and managed to abstract the knife from the offender's hand, but meanwhile, he pulled down her underwear and pantyhose to her knees and pinched her nipples very hard in order to overpower her. The woman fell to the ground due to the extremely painful stimuli. He subsequently commanded her to clean up some broken glass from the floor and attempted to copulate with her anally while she was lying on the floor. The victim managed to kick and repel the offender and, finally, succeeded to escape from the back door of the restaurant into a side alley with the perpetrator running after her.

The victim hid behind the parked cars along the road and started to ring the bells from the nearby houses. As the perpetrator realized that the nearby residents were awaken and were watching from the windows, he returned into the restaurant. The police were informed and more than one hour later finally tracked the perpetrator, who lied locked inside a wardrobe in his room at the floor above the restaurant.

The victim was hospitalized for two weeks. Apart from the thermal burns and the 30-cm-long chest laceration, upon examination, permanent cutaneous sensory disorder was detected in her finger-extremities due to dorsal spinal nerve injury by the thrown chair.

Forensic evaluation of the perpetrator

After his arrest, the perpetrator did not justify his act and did not confess the motive of the crime. He claimed that he experienced a memory gap from 22:00 to 04:00 that day (the violent incident occurred between 00:00 and 04:30). He also added that he had been experiencing frequent memory gaps and occasional memory loss since 1993 (four years previously), when a car accident occurred. He also claimed that after the car accident, he experienced a behavioral change, felt nervousness while being among people, experienced bursts of anger and his conduct was occasionally uncontrollable.

The offender's blood alcohol content at the time of the arrest was 21.2 mg/dL, but with analogue methods it was calculated that the peak of the concentration occurred around 01:30 am at approximately 358.28 mg/dL (toxic concentration), indicating that the perpetrator asserted that he consumed 4.5 liters of beer less than he actually did.

The relevant persecutory authorities and court-appointed experts who investigated the case examined the offender's files from the Hohenasperg Prison in Germany, where he was detained upon arrest. In these the offender was reported to suffer from an undefined chronic schizophreniform psychosis with significant residual status. The perpetrator was transferred to the prison hospital, where during his stay he was reported to have been experiencing auditory hallucinations, paranoid ideation, fear of being poisoned, persecutory delusions, displayed depressed affect and difficulty in controlling aggressive impulses. He then reported that for many years he had been suffering from depression with intense anxiety and fear in closed and narrow spaces, often perceived other people as enemies, and often spoke with Christ, who warned him not to eat food offered from other people. He also reported experiencing auditory hallucinations of a voice that sometimes commanded him to commit suicide. In addition, he was uncooperative. Psychometric or imaging exams could not be performed.

Evidence from former hospitalizations indicated that, in 1972, the offender had been hospitalized for a 2.5 months' duration in a psychiatric clinic in the United States, as during a voyage in his employment as a sailor in the commercial navy, he had been expressing delusional ideas of persecution and influence (he believed someone was trying to poison him). In 1973, after having attempted to commit suicide, he had spent six more months in a psychiatric ward in Greece.

During 1980's, he had been four times deported from Germany due to illegal entry and accommodation. At that time, he had also claimed to have served a prison sentence during 1970's for assaulting his ex-mother-in-law. In 1985, he had been diagnosed with paranoid - illusory schizophrenia and had been then hospitalized in a closed psychiatric department of the Dusseldorf State Hospital, when during his arrest and temporary detention for illegal entry in the country the offender hit another inmate in the posterior side of the head with a pot of hot water, because he had believed that the other man wanted to harm him, and afterwards, during his temporary detention the offender had injured himself. Due to the unshakeable belief of someone intending to poison him in prison, he did not eat for 15 days, while causing himself bite injuries on both his arms and cutting injuries in the abdominal area so that the supposed poison would run out of his body.

From the family history it was acknowledged that his mother and sister had also been hospitalized for mental illness. Their exact diagnoses never became known.

The offender was convicted in Stuttgart for violating articles 309 and 336 of the Penal Code (sexual coercion and assault as well as causation of dangerous bodily harm / attempted homicide). The relevant authorities and court-appointed experts concluded that due to chronic schizophreniform psychosis, the offender could insufficiently control his aggressive emotions and impulses in acute psychotic states, while new psychotic episodes were expected to emerge in the future without his adherence to the appropriate medication. It was also decided that the defendant was not in a state of acute alcohol intoxication

proLékaře.cz | 7.1.2021

during the crime, as there was no evidence of impairment in his reflexes, attention, balance or coordination. He was considered dangerous to the public and was deemed unpunished for his offenses. He was imposed the security measure of imprisonment in a psychiatric clinic, as the necessary administration of psychiatric medication could only be ensured under permanent supervision, since the offender discarded all medications that were given to him in prison and lacked insight.

The perpetrator was transferred from the German psychiatric foundation to Greece in continuation of the legal security measures according to the Strasbourg declaration five years after conviction and was admitted to the Department of Forensic Psychiatry in Thessaloniki (in January 2002). He was uncooperative and broke away from the department one month later, was re-admitted in June 2003 and escaped again in August of the same year. His diagnosis in the Department of Forensic Psychiatry was chronic alcohol abuse disorder and undefined recurrent schizophreniform disorder on the ground of impulsive borderline personality disorder. The total duration of his confinement in Greece lasted for only three months and thereafter he was never re-arrested. He was found dead in 2012 aged 64 in his proprietary house in Greece. The forensic examination revealed that the cause of death was abdominal aortic aneurysm rupture.

DISCUSSION

The present case is important to be thoroughly examined as the victim survived with dangerous bodily injury and thus it was possible to fully describe the incident to the investigative authorities. In addition, the perpetrator was a patient of the Department of Forensic Psychiatry and his full records are available.

According to Ressler et al. (3), the offenders of sexual homicides of mixed victim types are categorized in two distinct categories: "organized" and "disorganized" offenders. The former enact in terms of premeditation and self–control. This type of offenders has a high level of functionality in everyday life and "construct" an organized crime scene without profound self-incriminating evidence. In contrast, the latter act on impulse without former planning and do not eliminate the existence of incriminating data on the crime scene. The present case has characteristics of a disorganized offender.

Keppel et al. (4) classified four different types of sexual killers of mixed victim types, based on their modus operandi: (i) the power-assertive (ii) the power-reassurance (iii) the anger-retaliation and (iv) the anger-excitation type. In the present report, the perpetrator seems to fall into the second type of power-reassurance. Although he might have intended the rape itself, the killing of the victim (in this case, attempted and not realized) seemed not to have been premeditated. The perpetrator seemed initially motivated by the idea of power and dominance though sexual activity on the victim who refused to comply to his initial commands, a behavior perceived as disrespectful by the offender. The sexual assault of the victim had a punitive character (attempt for anal and oral intercourse, attempt for vaginal insertion of a broom) and verbal humiliation along with the idea of sexual fantasy. The continued resistance of the victim and reluctance to fulfill his fantasy (to react in the way she was supposed to according to the offender's expectations) pushed the perpetrator to escalate physical violence in a feeling of rage due to failure to regain control of the situation and overpower the victim. The means of bodily damage infliction are also suggestive of this type. The action of killing was not planned, and therefore the perpetrator did not have a pre-decided weapon. At first, he attempted a kind of "controlled" strangulation by using a towel and afterwards grasped a knife, which was incidentally present in the restaurant. The multiple thermal burns inflicted by cigarettes as well as the physical pain and agony caused during the incident had a punitive and power-reassurance character with sadistic traits referring to sexual fantasy as well as the fact of the offender describing his sexual fantasies during the attempt to overpower the victim. The long duration of pain and bodily injuries was also consistent with sadistic traits. It seemed however that the purpose of the aforementioned was to intimidate the victim in order to comply to sexual activity rather than the offender gaining sexual satisfaction through sadism, as he immediately afterwards began to rage for not being offered sexual stimulation. In addition, the perpetrator displayed reduced effectiveness in establishing intimate relationships.

Beech et al. (5,6) studied the typology of sexual killers of mixed victim types according to their motivation and concluded on the existence of three distinct motivational patterns (i) calculated pain infliction to the victim (prototypical sexual killer) (ii) grievance driven murderer (iii) rape plus murder. In the present report, the perpetrator seems to be falling into the second type of grievance driven offender, as the sexual dominance and not the murder itself was intended to provide sexual gratification. The motivation of the assault was the offender's grievance towards his victim (also consistent with poor self-control and anger outbursts). The "overkill" pattern is usually observed in realization of the murder due to emotions of rage and reduced impulse control.

The taxonomy of sexual killers of mixed victim types in catathymic and compulsive was established by Meloy in 2000, and thereafter was broadly used in forensic psychiatry (7,8). The main distinction is made on the different clinical judgement of the offenders. It is difficult to place the offender of the present case in a category according to this taxonomy, as there is a frequent co-occurrence of diagnoses and continuum of clinical profiles. The perpetrator of the present case seemed to be falling closer to the unplanned compulsive sexual offender, but also shares traits from other categories as well. The chronic catathymic offenders are described to be driven by negative emotions of anger and sexual inadequacy, while experiencing obsessional thoughts, depression, and even suicidal ideation. The feeling of anger bursts hetero-destructively when homicidal obsessional thoughts become uncontrollable, and self-destructively unless the tension is released. In the present case the offender went to hide in the closet and did not engage in any self-destructive actions immediately after the offence. However, he suffered suicidal ideation and displayed depressed affect during his hospitalizations, while he had carried out self-destructive actions with paranoid justification. Acute catathymic offenders are motivated by anger, jealousy and fear that stem from underlying sexual conflicts. Strangulation and dissection often occur during and after the crime. These offenders victimize mostly strangers and leave behind a disorganized crime scene. Unplanned compulsive offenders, on the other hand, are sexually motivated and experience gratification through violence. They exhibit lower levels of premeditation and target their victim opportunistically due to an internal impulse. They are often socially immature individuals with disorganized personalities (borderline, schizotypal, schizoid personality disorder or personality traits), schizophrenia or psychotic disorder.

While the aforementioned taxonomies are associated with sexual perpetrators with mixed victim types (males, females and children included), Beauregard and Proulx focused on the cases of non-serial sexual murderers targeting exclusively adult female victims and analyzed parameters such as offenders' characteristics in precrime, crime, and postcrime phases and modus

proLékaře.cz | 7.1.2021

operandi (9). The sadistic and anger patterns are classified according to the existence of premeditation, motivation, quality characteristics of the action and organization. In this case, the offender did not seem to be falling into a certain category, as he expressed anger through sadism, pain infliction, and humiliation towards the victim. The victim's mental and physical suffering was extensive in time. In addition, there were many elements of premeditation, but in the context of insobriety and bursts of anger. Sadistic traits were sparsely present aiming at the intimidation and punishing of the victim, and assurance of power by the offender, rather than achieving sexual gratification through sadism.

Concerning the classification of rape offenders, no homogeneity exists as well, as varied mental disorders and multiple motivations may lie underneath such complex behavioral disorders.

There are many available taxonomies, among which the most robust, widely used, and methodologically sound typological systems to date is the Massachusetts Treatment Centre Rapist Typology: Version 3 (MTC:R3) which examines multiple motivating dimensions according to both theory and empirical data in order to address the meaning of aggression and sexuality in the offences (10-14). The examined parameters include juvenile and adult antisocial behavior, offense planning, global or pervasive anger, overt / muted sadism, sexualization (sexual thoughts and fantasies, paraphilic behaviors), and hostility towards women. In the present case, the primary intent of the perpetrator's sexual behavior was to express anger and rage, rather than being sexually motivated, while aggression was intended to harm the victim physically and psychologically. The pervasively angry rape offender is driven by extreme gratuitous aggression, severe violence, and has a history of past illegal or violent acts, while serious physical injury is inflicted to the victim (10-13). Sparse sadistic traits did exist, however, through fantasies of humiliation, power and control over the victim and prolonged pain infliction. The perpetrator's rage was also physically manifested towards both sexes. Low levels of premeditation were observed in the description of the incident. Neither psychotic nor paranoid symptomatology was evident prior or during the offense. In addition, high levels of impulsivity were noted in the perpetrator's life style. People around him seemed to feel fearful and were acquainted with his violent behavior. He also seemed quite manipulative, as even though his relationships were dysfunctional, he managed to survive and reserve occupation, habitation, nutrition and alcohol. Abnormal attachment with his family was also suspected, even though the perpetrator never shared any information about them.

Although the offender primarily expressed rage through physical violence and sexualization, the categorization was challenging as there was multiple evidence of psychopathology on multiple axes, personal history of hospitalizations with paranoid delusions and incoherence followed by long periods of relatively high functionality without adherence to medication, coordinated mode of action despite toxic levels of alcohol consumption, high levels of impulsivity and lower levels of premeditation, as well as multiple underlying motives.

Borderline personality disorder, also known as an emotionally unstable personality disorder, is a long-term pattern of dysfunctional conduct characterized by unstable and chaotic interpersonal relationships, distorted self-image, and emotional lability. There is frequently impulsive or dangerous conduct, hetero-destructive actions and self-damaging behavior. The patients experience bursts of anger, emotions of emptiness, fear of abandonment, dissociation and splitting. Symptoms may be triggered by confrontation and stressful situations, but also by seemingly normal events perceived negatively. Dysfunctional behavior usually becomes apparent from early adulthood. The causes are unclear, but appear to be multifactorial, as genetic, neurological, environmental and social factors have been associated. Adverse life events and childhood trauma also appear to play a role. Borderline personality disorder is frequently accompanied by depression, anxiety, anger, substance abuse, or rage. In addition, recent findings indicate that about 20–50% of patients with borderline personality disorder report experiencing psychotic symptoms. Hallucinations imitate those in patients with psychotic disorders in terms of phenomenology, emotional impact, and persistence over time (15).

CONCLUSION

Sexual violence has been a subject of timeless research in the field of forensic psychiatry in shaping the profiles of offenders and victims and identifying the specific circumstances that at a time contributed to the expression of the underlying motives. This article describes a case of sexual assault and attempted murder by a male offender against an adult female victim. Although the psychiatric history of the perpetrator was partially known, the categorization was intricate, as there were multiple indications of psychopathology in multiple axes (schizophreniform disorder, personality disorder, alcoholism), personal history of hospitalizations with paranoid delusions and inconsistency followed by long periods of relatively high functionality without compliance to medication, coordinated mode of action despite alcohol consumption, impulsivity but with signs of premeditation and multiple underlying motivations. Personality traits play a pivotal role in obtaining an effective insight into the incident.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare that there is no conflict of interest regarding the publication of this paper.

REFERENCES

1. **Chan HC, Heide KM.** Sexual homicide: a synthesis of the literature. *Trauma Violence Abuse* 2009; 10(1): 31-54.
2. **Salfati CG, Taylor PJ.** Differentiating sexual violence: A comparison of sexual homicide and rape. *Psychology, Crime and Law* 2006; 12(2): 107-125.
3. **Ressler RK, Burgess AW, Douglas JE.** Sexual homicide: Patterns and motives. Lexington, MA, England: Lexington Books/D. C. Heath, 1988.
4. **Keppel RD, Weis JG, Brown KM, Welch K.** The Jack the Ripper Murders: A Modus Operandi and Signature Analysis of the 1888–1891 Whitechapel Murders. *J Investig Psych Offender Profil* 2005; 2(1): 1–21.
5. **Kerr KJ, Beech AR, Murphy D.** Sexual homicide: Definition, motivation and comparison with other forms of sexual offending. *Aggress Violent Behav* 2013; 18: 1–10.
6. **Beech A, Oliver C, Fisher D, Beckett RC.** STEP 4: The Sex Offender Treatment Programme in prison: Addressing the needs of rapists and sexual murderers. Birmingham, UK: University of Birmingham, 2006. ISBN 070-442-5335.
7. **Meloy JR.** The nature and dynamics of sexual homicide: An integrative review. *Aggress Violent Behav* 2000; 5(1): 1-22.
8. **Schlesinger LB.** Sexual homicide: differentiating catathymic and compulsive murders. *Aggress Violent Behav* 2007; 2(2): 242-256.
9. **Beauregard E, Proulx J.** Profiles in the offending process of nonserial sexual murderers. *Intl*

proLékaře.cz | 7.1.2021

J Off Ther Comp Criminol 2002; 46(4): 386-399.
10. **Prentky R, Cohen M, Seghorn T.** Development of a rational taxonomy for the classification of rapists: the Massachusetts Treatment Center system. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1985; 13(1): 39-70.
11. **Marshall W, Laws D, Barbaree H, Knight Prentky R,** editors. Handbook of Sexual Assaults: Issues, Theories and Treatment of the Offender. NY: Plenum; 1990. Classifying sexual offenders: The development and corroboration of taxonomic models: 23–52.
12. **Knight RA.** Typologies for rapists: The generation of a new structural model. In: **Schlank A**, editor. The Sexual Predator. Vol. 4. New York: Civic Research Institute; 2009: 1–28.
13. **Sarkar J.** Mental health assessment of rape offenders. *Indian J Psychiatry* 2013; 55(3): 235–243.
14. **Karakasi MV, Vasilikos E, Voultsos P, Vlachaki A, Pavlidis P.** Sexual homicide: Brief review of the literature and case report involving rape, genital mutilation and human arson. *J Forensic Leg Med* 2017; 46: 1-10.
15. **Schroeder K, Fisher HL, Schäfer I.** Psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder: prevalence and clinical management. *Curr Opin Psychiatry* 2013; 26(1): 113-119.

JOURNAL OF FORENSIC SCIENCES

J Forensic S
doi: 10.1111/1556-4029.14498
Available online at: onlinelibrary.wiley.com

PAPER

PSYCHIATRY & BEHAVIORAL SCIENCE

Stavroula A. Papadodima,[1,†] *M.D., Ph.D; Maria - Valeria Karakasi*,[2,3,†] *M.D.; Pavlos Pavlidis*,[3] *M.D., M.Sc., Ph.D.; Evangelos Nastoulis*,[3] *M.D., M.Sc.; Kallirroi Fragkou*,[1] *M.D.; Konstantinos Dimitriou*,[1] *M.D.; Maria Alexandri*,[1] *M.D.; Maria Markopoulou*,[4] *M.D.; Athanassios Douzenis*,[5] *M.D., Ph.D.; and Chara Spiliopoulou*,[1] *M.D., Ph.D.*

Self-immolation Suicide in Greece: A Forensic Psychiatric Autopsy Study between 2011 and 2019

ABSTRACT: Self-immolation is a rare suicide method in the developed countries of the western world (0.06–1%); however, it has relatively higher prevalence rates in the developing countries of Asia and Africa (6–57%). The present study aims to examine self-immolation suicides within the Greek mainland (Attiki, Thrace, and Peloponnese) over a period of 9 years (2011–2019) in order to investigate the phenomenon in the Greek population forensically, identify the characteristics and motivations of suicide victims, explore its associations to socio-cultural or psychiatric factors, and describe a fatal case of suicide by self-immolation that was partially recorded on camera. The medical files (autopsy reports) of cases performed at the Departments of Forensic Medicine of the National and Kapodistrian University of Athens, Democritus University of Thrace, and the Forensic Service of Messinia—Peloponnese were retrospectively examined yielding 19 cases of suicides by self-immolation. A 3.7% prevalence of suicide by self-immolation among suicide fatalities within the Greek population was estimated. A distinctive feature of the Greek population regarding self-immolation was disclosed that it is being practiced predominantly by the elderly (mean age 2–3.5 decades higher than other countries). The phenomenon correlated strongly with poorly controlled mental disorders (mostly affective and adjustment disorders). Unlike other countries, there was no significant association with domestic or sexual violence, social or political protest, or religious issues. Therefore, the suicide victims preferred secluded or private outdoor locations (not public). Findings deriving from the examined variables localize Greek population culturally between the Western European and Asian African countries, but with its own idiosyncrasies.

KEYWORDS: forensic psychiatry, forensic pathology, suicide, self-harm, self-immolation, thermal burn, fire, incineration

Suicide, the act in which an individual takes their own life intentionally, stands as the 10th leading cause of death worldwide (1–3). Firearms, hanging, falling from a height and deliberate poisonous substance intake represent the most lethal suicidal methods.

Epidemiological data on suicide as a phenomenon are of major interest, as approximately 800,000 people terminate their own life every year and many more attempt suicide (4). With respect to Greece, a noticeable increase in deaths by suicide has been described since 2010 (during the period of recession 2009–2015), and although a historically high record was reached in 2014–2015, suicide rates in Greece still remain relatively low at a worldwide level (suicide rank: 133) (5–9). Greece belongs to the group of countries with a low suicide rate, with five suicide cases out of 100, 000 inhabitants and 526 suicide cases per year (incidence) (M:F ratio; 4.05:1) (10).

Self-immolation is defined as the act of deliberately setting fire to oneself (usually drenching oneself with combustible liquid followed by subsequent deliberate ignition, without excluding alternative ways of deliberate ignition, such as jumping on a pile of burning material, for instance). Burns due to electricity and caustic agents, however, do not fall into this category. Although self-immolation remains an unusual fatal phenomenon because of the degree of brutality that it encompasses, it has been a diachronically socially and historically widely known method of suicide recognized as the most extreme form of protest achieved by mankind. In some ancient cultures, a painful death in the flames was seen as an atonement of earthly faults for the divine-religious significance of fire, and thus, immolation can be linked to the conceptual framework of purification and sacrifice (11,12). Self-immolation as a suicide method is a rare condition in the developed countries and the western world (prevalence 0.06–1% in total suicides); however, it is relatively more frequent in the developing countries of Asia (Middle East, South Asia) and Africa accounting for 6–57% of total suicides

[1]Department of Forensic Medicine and Toxicology, National and Kapodistrian University of Athens, Goudi, Athens, GR 11527, Greece.
[2]Third University Department of Psychiatry, AHEPA University General Hospital – Department of Mental Health, Aristotle University - Faculty of Medicine, Thessaloniki, GR 54124, Greece.
[3]Laboratory of Forensic Sciences, School of Medicine, Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, GR 68100, Greece.
[4]Department of Forensic Psychiatry, Psychiatric Hospital of Thessaloniki, Stavroupolis, Thessaloniki, GR 56429, Greece.
[5]Second Psychiatry Department, Attikon University Hospital, National and Kapodistrian University of Athens, Chaidari, GR 12462, Greece.
Corresponding author: Pavlos Pavlidis, M.D., M.Sc., Ph.D. E-mail: pavlidi@med.duth.gr
[†]Authors contributed equally.

Received 30 Mar. 2020; and in revised form 8 May 2020, 5 June 2020; accepted 5 June 2020.

© 2020 American Academy of Forensic Sciences

(prevalence). In India (7–9% of total suicides), where deliberate self-burning has a ritualistic connotation, it is closely associated with religion, culture, political protest, bereavement, and escape from maltreatment (e.g., the practice of "Jauhar" against enslavement, sexual coercion, and dishonor) (12–15). In some rural areas of Iran, self-immolation rates even reach 71% of total suicides (prevalence) with 22.4 cases out of 100,000 inhabitants (incidence), affecting mostly young women (16–18). Due to its extreme dramatic nature, the choice of self-immolation as a method of suicide has been associated with adjustment disorders (grief/grievance), delusional thought content (especially religious type), and schizophrenia (due to abnormal pain indifference).

With respect to key motivations, three broad groups of victims can be generally identified: (i) psychopathology related to mental illness (Western and Middle Eastern countries); (ii) as a way to escape misery and degradation due to personal reasons (relationship problems, life discomforts, health issues, economic problems, situational factors perceived as ignominy, as a way to escape imminent dishonor) (India, Sri Lanka, Papua New Guinea, and Zimbabwe); and (iii) politically or religiously motivated behavior (in acts of martyrdom) usually taking place in front of a crowd (India, South Korea, and Tunisia) (19). Apart from isolated acts carried out individually, people in groups have also been involved in incidents of self-immolation, sometimes through replication or what has been called the "copycat phenomenon" (20).

Regarding forensic practice, deaths caused by self-immolation can often be perplexing and difficult to investigate, especially in cases in which no eyewitnesses exist. It is a duty of forensic experts to identify the victim, determine intent, and establish the time, causes, and manner of death. Although criminal immolations are less frequent, when establishing whether an accident, suicide, or homicide occurred, all deaths associated with fire are considered suspicious. There are also rare cases of complex suicide which may complicate investigations due to the use of multiple fatal methods in parallel. The extensive damage delivered by the fire on the body often complicates the examination, while the identification of incinerated human remains is often intricate requiring DNA examination and dental identification methods (21).

The following key elements play a pivotal role in the forensic investigation of human immolation incidents: (i) determining whether the victim was alive or deceased at the onset of the fire; (ii) determining the method of ignition (21). Combustible liquids are products in general available to populations of lower socioeconomic status. Gasoline has been recorded as the most often used accelerant followed by alcohol, methylated spirits, kerosene, petroleum, paraffin, and even propane–butane gas (12).

Upon death scene investigation, black marks, associated with traces of skin and fatty tissue on the ground, trace the different positions of the burning body. Forensic external examination of the body yields significant indications by investigating the burn distribution on the clothing and skin on the body surface of the decedent. In the areas that the fabric has come into contact with the ignited accelerant, if the carbonization of the fabric is incomplete (usually in case of heavy fabrics such as jeans), patterns of black streaks may be observed on the fabric corresponding to splashes of accelerant (12). Ascertaining to what degree the thermal injury was fatal is often difficult, as the victim usually continues burning postmortem. An uneven distribution of the depth of the thermal wounds is indicative of the use of an accelerant, with deeper burn lesions in the areas of the body where the combustible liquid had been poured (22,23). Even if the soft tissues of the head appear intact, lashes and eyebrows may be found scorched due to the thermal wave that is produced by the ignition (flash fire resulting from the use of accelerant). Carbonized cadavers take a pugilistic posture with flexed elbows and knees and clenched fists due to the shrinkage of body tissues and muscles due to dehydration caused by heating (12).

In cases of suicide by self-immolation, a number of pathological processes may lead to death: (i) apnea due to laryngospasm, bronchospasm, or vagal reflex due to the inhalation of hot gases (flash fire) produced by the ignition of the accelerant; (ii) intoxication by carbon monoxide and cyanide (a toxic compound produced by the combustion of synthetic fabrics such as nylon or rigid polyurethane)—carbon monoxide causes asphyxia by binding the hemoglobin of the red corpuscles stably, thus, impeding the transfer of oxygen to the body tissues even if the oxygen has not been fully consumed by the fire, while cyanide poisoning causes vital function paralysis through histotoxic hypoxia (rendering cells unable to create Adenosine triphosphate, ATP) and death within seconds; (iii) asphyxia due to the rapid depletion of oxygen by the fire in constricted spaces (e.g., room interior) (carbon dioxide); (iv) heat shock involving the reallocation of blood circulation due to skin exposure to heat; and (v) heat rigor of the thorax leading to functional impairment of the thorax (12).

During autopsy, careful layer dissection and examination of the remaining tissues and organs are required in search for traumatic lesions that do not seem to fit within the scene (21). Furthermore, autopsy findings of the presence of soot particles and inhalation injuries within the airways (including nose, mouth, larynx, trachea, and mainstem bronchi) as well as toxicological findings of elevated carboxyhemoglobin (HbCO) (stable compound formed from the binding of inhaled carbon monoxide and hemoglobin) and cyanide values in blood above 0.20 mg/L are indicative that the decedent was breathing during the fire. Variable HbCO levels have been described throughout international literature. HbCO levels above 50% have been described in cases of long survival time in constricted spaces, while much lower HbCO levels have been reported in rapid deaths. Null HbCO levels have been also found, however, in a lot of self-immolation cases as a result of a number of situational factors such as open-air location, or due to the rapidity of death by asphyxia through another mechanism (described in the previous paragraph) because of the fast depletion of oxygen (in constricted spaces), or even due to the rapidity of fatal cyanide intoxication which can develop very fast depending on the adjacent material burnt (in constricted spaces), or due to apnea because of functional impairment of breathing (spasm or rigor) resulting from flash fire by the ignition of the accelerant. In general, short survival time, low or undetectable HbCO levels, presence of minimal soot in the respiratory tract, and divergent burn injuries of uneven depth are findings suggestive of the use of accelerant. All the above-mentioned variables are not absolute criteria, but only indicative parameters disclosing significant information on the manner of death (12,22). The absence of additional fatal lesions, investigative indications that the victim acting alone could have accomplished the suicide, evidence that the decedent was alive upon ignition, and death resulting from burn injury, flash burn, cyanide, or carbon monoxide poisoning are strongly suggestive of suicide versus homicide.

In Greece, although several methods of committing suicide have been extensively described, no previous reports on self-immolation exist (24–26). The present study aims to (i) illustrate the investigative findings of self-immolation completed suicides (autopsy cases) occurring in the Greek mainland—under the jurisdiction of the Departments of Forensic Medicine and Toxicology of the National and Kapodistrian University of Athens, Democritus

University of Thrace, and Peloponnese over a period of 9 years (1 January 2011–31 December 2019)—in order to (i) identify the profile of suicide victims; (ii) determine the circumstances of the incidents; and (iii) discover suicidal motivations; as well as (iv) their association to socio-cultural, pathological, or psychiatric factors and (v) describe a fatal case of suicide by self-immolation that was partially filmed by a surveillance camera.

Materials and Methods

In this study of suicide cases by self-incineration having been examined at the Departments of Forensic Medicine and Toxicology of the National and Kapodistrian University of Athens, Democritus University of Thrace, and the Forensic Service of Messinia—Peloponnese during the 9-year period 2011–2019, 9868 medical files (autopsy reports) of deceased patients were examined and 19 cases of suicides by self-immolation were identified. A possible limitation is certainly that the number of cases could have been subject to (underestimation) deviation as some of the fatalities due to burn injuries that had been classified as accidental in reality might not have been so, but actually self-inflicted with the aim of committing suicide. Data were obtained from the examination of the documents, prior to and after the autopsy, in order to reconstruct epidemiological, physiological, and psychological profiles. The variables subjected to analysis were as follows: demographics (nationality, gender and age, marital status, and occupational status), seasonality, indications of previous suicide ideation (previous actions of self-harm, suicidal threats, and death wishes), suicide notes, personal psychiatric history and medications, personal medical history, personal history of alcohol and drug abuse, place of occurrence, methods used to commit suicide (accelerants) as well as duration and outcome of hospitalization (if any).

In addition, a review of the literature was conducted regarding suicide cases by self-incineration by searching the electronic databases of PubMed, Google search, Google Scholar, Heal Link, EMBASE, Scopus, and Cochrane Library up to December 2019. The search terms were as follows: "self-immolation," "self-burning," "suicide fire," "self-incineration," "death fire," "forensic," "suicide burn," and "suicide immolation." No language restriction was applied. All the articles have been evaluated and supplemented by searches of the bibliographies of key papers. The study is in compliance with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 1983. The complete anonymity of all persons involved is assured.

Results

During the 9-year time period, a total of 9868 autopsies were performed, among which 19 cases of self-immolation were detected (0.19% of the total autopsies performed in this time range). The total number of suicides for this period was 514, yielding a 3.7% prevalence of suicide by self-immolation among total suicide fatalities in the Greek population. According to the statistics of suicides in Greece, it can be estimated that across the Greek territory, the incidence of the phenomenon corresponds to two incidents of deliberate self-immolation out of 10,000 inhabitants and 20 suicide cases per year (Tables 1 and 2).

TABLE 1—*Trends of self-immolation suicide cases as juxtaposed to total suicide statistics for Greece between 2011 and 2019.*

Year	Suicides by Self-immolation in the Greek population	Suicide Statistics in the Greek Population
2011	0	477
2012	3	508
2013	6	533
2014	2	565
2015	1	529
2016	4	551
2017	2	545
2018	0	535
2019	1	526

The trends are consistent with each other and disclose two peaks (2013–2014 and 2016) over the examined time frame related to the increase in suicides in the country (p-value < 0.05).

Demographics

Eleven (57.9%) were males, and eight (42.1%) were females, with a male:female ratio of 1.4:1. The distribution between genders was not statistically significant $p > 0.10$), but by applying the gender ratio correction from the country's total suicide statistics (M:F ratio; 4.05: 1), a barely detectable statistically significant preference for the method can be noted, in comparison with other suicide methods, by the female individuals in the Greek population (p-value = 0.08076; Table 3).

Victims from all age decades were involved in self-immolation, ranging from 20 to 82 years, with a mean age of 63 years (variance = 300.15205; standard deviation = 17.3249), and a median age of 72 years. In females, the average age was 61 years (median 66), while in males it was 64 years (median 73). Most deaths occurred in the 50–80 age range (15 cases; 79%; p-value = 0.00018) and especially during the 70s decade (nine cases; 47.4%; p-value = 0.01831), followed by the 50s age range (four cases; 21.1%; $p > 0.10$). All 19 victims were Greeks ($p < 0.01$). In seven cases (36.8%), the victim was married, in seven cases widowed (36.8%), in two unmarried (10.5%) and in one case divorced (5.3%); ($p < 0.02$). Furthermore, 14 suicide victims (73.68%) were parents (parent:childless ratio; 2.8:1; p-value = 0.00175), and nine (47.37%) were retired (retired: occupied/unemployed ratio; 1.8:1; p-value = 0.08851). There was an equal distribution between occupied and unemployed suicide victims (ratio 1:1; p-value = 0.5). Most of the incidents occurred during spring (nine cases; 47.4%; $p < 0.10$), which was a moderately significant result.

Place of Occurrence

The place of occurrence was classified in two environments: indoor (home, work or other house, and hospital) and outdoor (yard, street, cemetery, and car). A total of 11 (57.9%) suicides occurred outdoors (indoor: outdoor ratio 1:1.4; p-value = 0.16602). The most common site of occurrence was the decedent's house exterior (26.3%) without a gender divergence. None of the incidents took place in front of a crowd.

Method of Ignition

In 11 cases (57.9%), fire accelerants were used (self-immolation with accelerant: without accelerant ratio; 1.7:1; p-value = 0.05262), and specifically alcohol (five cases; 26.3%), gasoline (three cases; 15.8%), and oil (one case; 5.3%); ($p > 0.10$).

Psychiatric Variables and Medical History

In order to understand the psychopathological condition of the victims, data were analyzed in relation to indications of previous

TABLE 2—*Pivot table depicting the examined group sample of self-immolation incidents in Greece (2011–2019)* (N = *19*).

Year	Gender	Age	Nationality	Marital Status	Children	Location	Accelerant	% Burns on Body Surface	Survival Period (days)	Psychopathology	Prescribed Psychiatric Medicine	Toxicological Results	Malignancies	Other Personal Medical History	Previous Attempts	Other Comments
2012	F	74	Greek	Married	Yes	Unknown	Gazoline	30%	25	Major depressive disorder	Antidepressants	Not performed	Breast cancer in 2008, undergoing chemotherapy, lung metastases	Heart failure, diabetes mellitus under insulin therapy, hypothyroidism	No	
2012	F	20	Greek	Unwed	No	Decedent's residence (house exterior)	Unknown accelerant	100% (carbonization)	None	Schizophrenia	Unknown medication	Negative	No	No	No	Motivation: relationship problems, erotic frustration 2 years ago. Eyewitnesses.
2013	M	34	Greek	Unknown	Unknown	Unknown	Petroleum	40%	20	Undiagnosed	No	Not performed	No	No	Multiple attempts with drugs	Eyewitnesses
2013	M	78	Greek	Unknown	Unknown	Residence next door	Alcohol (five bottles)	>50%	None	Undiagnosed	No	Codeine	Large intestine and kidney metastatic cancer, colostomy, nephrostomy	No	No	Motivation: life discomforts, severe physical pain; self-perceived as suffering
2013	F	72	Greek	Widowed	Yes	Cemetery grave of spouse	No	40%	13	Dementia	No	Not performed	No	Dementia, Arterial hypertension	No	Went to light the candle at her spouse's grave
2013	M	50	Greek	Divorced	Yes	On the road	Gazoline	80%	1	Major depressive disorder	Venlafaxine	Venlafaxine	No	Diabetes mellitus	One cutting his wrists (2 weeks prior)	Eyewitnesses
2014	M	57	Greek	Married	Yes	Boiler room at workplace	Unknown	100% (carbonization)	None	Undiagnosed	No	0.59 ethanol	No	Chronic obstructive pulmonary disease	No	Had recently done paperwork for voluntary retirement. Told his wife that he better leave due to the situation. That morning he greeted her normally.
2014	M	57	Greek	Married	Yes	At the beach	No	80%	1	Major depressive disorder	Unknown medication	Negative (not taking medication)	No	Diabetes mellitus, chronic obstructive pulmonary disease, inguinal hernia surgery	No	At times he threatened to commit suicide
2015	M	66	Greek	Married	Yes	Decedent's residence	Unknown	40–45%	4	Undiagnosed	No	Not performed	Meningioma with residual disabilities, several surgeries (last in 2009)	Right hemiparesis due to stroke	One, with drugs	Eyewitness (spouse)

TABLE 2—*Continued.*

Year	Gender	Age	Nationality	Marital Status	Children	Location	Accelerant	% Burns on Body Surface	Survival Period (days)	Psychopathology	Prescribed Psychiatric Medicine	Toxicological Results	Malignancies	Other Personal Medical History	Previous Attempts	Other Comments
2012	F	76	Greek	Widowed	Yes	Decedent's residence (yard)	Alcohol	14%	35	Major depressive disorder	Unknown medication	Not performed	No	Diabetes mellitus, Arterial hypertension, Thyroid dysfunction	No	
2013	M	74	Greek	Widowed	Yes	Boiler room at decedent's house	Gazoline	>80%	1	Undiagnosed	No	Not performed	No	Arterial hypertension	No	
2013	F	74	Greek	Widowed	Yes	Decedent's residence	Alcohol	85%	3	Psychotic disorder (unspecified	Unknown medication	Not performed	No	No	No	
2016	F	43	Greek	Widowed	No	Hospital	No	65%	7	Bipolar Disorder	Benzodiazepines, antidepressants	Not performed	No	No	Attempt to cut her veins with her teeth; self-immolation attempt	Treatment discontinuation 1 week prior. Involuntary hospitalization. Bit her left hand to cut her veins, then set fire to the mattress. Was placed in isolation. Set fire to her leggings with a lighter she had concealed in her genitals.
2016	M	72	Greek	Married	Yes	Decedent's residence (house exterior)	Unknown accelerant	90%	1	Mixed anxiety–depressive disorder	Buspirone	Not performed	No	No	No	Treatment discontinuation. Eyewitnesses.
2016	M	78	Greek	Widowed	Yes	Decedent's residence (yard)	Unknown	100% (carbonization)	None	Major depressive disorder	Antidepressants	Nordiazepam-oxazepam	No	Coronary heart disease, osteoporosis	No	Eyewitnesses
2016	F	48	Greek	Married	Yes	Farm	Alcohol	65%	None	Gambling disorder	No	Nifedipine	No	No	No	Had stolen large financial amount from her work. Eyewitnesses.
2017	M	82	Greek	Widowed	Yes	Decedent's car (interior)	Unknown	100% (carbonization)	None	Undiagnosed	No	Negative	Skin cancer	Chronic obstructive pulmonary disease, aortic stent, Diabetes mellitus, benign prostatic hypertrophy	Yes undefined	Had undergone three skin cancer removal surgeries and had been re-scheduled for another in 2 weeks because it reappeared
2017	M	54	Greek	Unwed	No	Decedent's residence (interior)	Unknown accelerant	100% (carbonization)	None	Schizophrenia	Risperidone 4m, Escitalopram 20, Levomepromazine 25 Mg/Daily	Citalopram, levomepromazine	No	No	No	Caught on security camera
2019	F	79	Greek	Married	Yes	Decedent's residence (yard)	Alcohol	70%	1	Undiagnosed	No	Negative	No	No	No	

TABLE 3—*Statistical results deriving from the examined group sample of self-immolation incidents in Greece (2011–2019)* (N = *19*).

							Diagnoses	
							Males	Females
N = 19	Total	Males	Females	M		F		
Self-immolation cases	19 (100%)	11 (57.89%)	8 (42.11%)	1.38		1	• Undiagnosed: 6 (31.57%) • Major depressive disorder: 3 (15.79%) • Schizophrenia spectrum disorders: 1 (5.26%) • Mixed anxiety–depressive disorder: 1 (5.26%)	• Undiagnosed: 2 (10.53%) • Major depressive disorder: 2 (10.53%) • Schizophrenia spectrum disorders: 1 (5.26%) • Bipolar spectrum disorders: 1 (5.26%) • Psychotic disorder (unspecified): 1 (5.26%) • Gambling disorder: 1 (5.26%) • Dementia: 1 (5.26%)
Mean age (Self-immolation)	62.53 (20–82)	63.82 (34–82)	60.75 (20–79)		*p*-value = 0.01191		Variance = 300.15205 Standard Deviation = 17.3249	20–49 years old: 4 (21.05%) 50–80 years old: 15 (78.95%) *p*-value = 0.00018
Median age	72	66	73	1	*p*-value = 0.14007	1.1	**Location of incident** **Males**	**Females**
Manner of death: suicide	19 (100% of total cases)	11 (57.89% of category) (100% of males)	6 (42.11% of category) (100% of females)	1	*p*-value = 0.00001	1	Decedent's house exterior: 2 (10.53%) Decedent's house interior: 2 (10.53%) On the road: 1 (5.26%) Boiler room at workplace: 1 (5.26%) At the beach: 1 (5.26%) Boiler room at decedent's house: 1 (5.26%) Inside decedent's car: 1 (5.26%) Residence next door: 1 (5.26%)	Decedent's house exterior: 3 (15.79%) Decedent's house interior: 1 (5.26%) Cemetery (grave of spouse): 1 (5.26%) Hospital: 1 (5.26%) Farm: 1 (5.26%)
Percentage of burns on body surface (total cases)	70.63% (14–100%)	79.36% (40–100%)	58.63% (14–100%)	1.35		1	Variance = 726.80117 Standard Deviation = 26.95925 *p*-value = 0.00111	
Demographics: Married	7 (36.84% of total)	4 (57.14% of category) (36.36% of males)	3 (42.86% of category) (37.50% of females)	1	*p*-value = 0.48006	1.03	Married: Widowed ratio; 1:1 *p*-value = 0.5 Married/ Widowed: Unwed ratio; 3.5:1 *p*-value = 0.02807 Married/ Widowed: Divorced ratio; 7:1 *p*-value = 0.00842	
Demographics: Unwed	2 (10.53% of total)	1 (50.00% of category) (9.09% of males)	1 (50.00% of category) (12.50% of females)	1	*p*-value = 0.40517	1.38		
Demographics: Divorced	1 (5.26% of total)	1 (100% of category) (9.09% of males)	– (0.00% of category) (0.00% of females)		*p*-value = 0.18943			
Demographics: Widowed	7 (36.84% of total)	3 (42.86% of category) (27.27% of males)	4 (57.14% of category) (50.00% of females)	1	*p*-value = 0.15625	1.83		
Demographics: Parent	14 (73.68% of total) *p*-value = 0.08851	8 (57.14% of category) (72.72% of males)	6 (42.86% of category) (75.00% of females)	1	*p*-value = 0.4562	1.03	Parent: Childless ratio; 2.8:1 *p*-value = 0.00175	
Demographics: Childless	5 (26.32% of total)	3 (60.00% of category) (27.27% of males)	2 (40.00% of category) (25.00% of females)	1.09		1		
Demographics: Occupied	5 (26.32% of total)	3 (60.00% of category) (27.27% of males)	2 (40.00% of category) (25.00% of females)	1.09	*p*-value = 0.4562	1	Retired: Occupied/ Unemployed ratio; 1.8:1 *p*-value = 0.08851 Occupied: Unemployed ratio; 1:1 *p*-value = 0.5	

TABLE 3—*Continued.*

$N = 19$	Total	Males	Females	M		F	Diagnoses: Males	Diagnoses: Females
Demographics: Unemployed	5 (26.32% of total)	3 (60.00% of category) (27.27% of males)	2 (40.00% of category) (25.00% of females)	1.09	*p*-value = 0.4562	1		
Demographics: Retired	9 (47.37% of total)	5 (55.56% of category) (45.45% of males)	4 (44.44% of category) (50.00% of females)	1	*p*-value = 0.42074	1.1		
Previous suicide attempts	5 (26.32% of total cases)	4 (80.00% of category) (36.36% of males)	1 (20.00% of category) (12.50% of females)	2.91		1	**Previous suicide attempts**	
Age (suicide attempts)	55 (34–82)	58 (34–82)	43 (43–43)		*p*-value = 0.121		**Males** Attempt to cut his veins; intentional self-poisoning with pills • Major depressive disorder: 1 (5.26%) • Undiagnosed: 1 (5.26%)	**Females** Attempt to cut her veins with her teeth; setting the mat on fire (self-immolation attempt) • Bipolar spectrum disorder: 1 (5.26%) • Undiagnosed: 1 (5.26%)
							Previous: not previous suicide attempts ratio; 1:2.8 *p*-value = 0.00175	
Hospitalization ante-mortem	12 (63.16% of total cases)	6 (50.00% of category) (54.55% of males)	6 (50.00% of category) (75.00% of females)	1		1.37		
Mean age (Hospitalized)	64.25 (34–79)	58.83 (34–74)	69.67 (43–79)		*p*-value = 0.18141			
Mean duration of hospitalization (days)	9.33 (1–35)	4.67 (1–20)	14.00 (1–35)				Variance = 132.06061 Standard Deviation = 11.49176	
Percentage of burns on body surface (category)	60.17% (14–90%)	69.67% (40–90%)	50.67% (14–85%)	1.37		1	Variance = 652.69697 Standard Deviation = 25.54793 *p*-value = 0.00298	
Found deceased (Not hospitalized)	7 (36.84% of total)	5 (71.43% of category) (45.45% of males)	2 (28.57% of category) (25.00% of females)	1.8		1	Ante-mortem hospitalization: Death at site ratio; 1.71:1 *p*-value = 0.05262	
Mean age (Not hospitalized)	59.75 (20–82)	69.80 (54–82)	34.00 (20–48)		*p*-value = 0.18141			
Percentage of burns on body surface (category)	88.57% (55–100%)	91.00% (55–100%)	82.50% (65–100%)	1.10		1	Variance = 389.28571 Standard Deviation = 19.73032 *p*-value = 0.04648 Percentage of burns on body surface; hospitalization: Death at site ratio; 1:1.47 *p*-value = 0.00001	
Presence of soot particles in trachea	8 (42.11% of total cases)	6 (75.00% of category) (54.55% of males)	2 (25.00% of category) (25.00% of females)	2.18		1	Hospitalization: Death at site ratio (category); 1:7 *p*-value = 0.00135	
Mean age (category)	61.38 (20–82)	70.50 (54–82)	34.00 (20–48)		*p*-value = 0.09853			
Percentage of burns on body surface (category)	88.13% (55–100%)	90.00% (55–100%)	82.50% (65–100%)	1.09		1	Variance = 22981.25 Standard Deviation = 151.59568 *p*-value = 0.07353	
Inhalation injury	4 (21.05% of total cases)	1 (25.00% of category) (9.09% of males)	3 (75.00% of category) (37.50% of females)	1		4.13	Hospitalization: Death at site ratio (category); 3:1 *p*-value = 0.07927	
Mean age (category)	60.75 (43–74)	54 (54–54)	63 (43–74)		*p*-value = 0.06681			

TABLE 3—*Continued.*

N = 19	Total	Males	Females	M		F	Diagnoses	
							Males	Females
Presence of soot particles and inhalation injury	1 (5.26% of total cases)	1 (100% of category) (9.09% of males)	- (0.00% of category) (0.00% of females)		*p*-value = 0.18943		Hospitalization: Death at site ratio (category); 0:1 *p*-value = 0.07927	
Carboxyhemoglobin positive tests	3 (42.86%)	2 (66.67% of category) 40.0% of males)	1 (33.33% of category) (50.0% of females)	1	*p*-value = 0.40517	1.25		
HbCO measurements	11.47% (0–27.60%)	10.30% (0–25.20%)	13.80% (0–27.60%)	1		1.34	Variance = 172.77867 Standard Deviation = 13.14453 *p*-value = 0.19215	
Alcohol detected in blood	1 (5.26% of total cases)	1 (100% of category) (9.09% of males)	– (0.00% of category) (0.00% of females)		*p*-value = 0.18943		**Other substances detected in urine**	
Mean age (alcohol in blood)	57 (57–57)	57 (57–57)	–		Blood Alcohol Concentration Variance = 0.01832 Standard Deviation = 0.13536		**Males** Codeine (5.26%) Morphine (5.26%) Venlafaxine (5.26%) Nordiazepam (5.26%) Oxazepam (5.26%) Citalopram (5.26%) Levomepromazine (5.26%)	**Females** Nifedipine (5.26%)
Blood Alcohol Concentration (% by vol.)	0.59 (0.59–0.59)	0.59 (0.59–0.59)	–					
Suicide note	0 (0.00% of total cases)	0 (0.00%) (0.00% of males)	0 (0.00%) (0.00% of females)		*p*-value = 0.00001			
Accelerant	12 (63.16%)	6 (50.00%) (54.54% of males)	6 (50.00%) (75.00% of females)	1		1.36	With accelerant: Without accelerant ratio; 1.7:1 *p*-value = 0.05262	
Mean age (category)	62.38 (20–79)	62.86 (34–78)	61.83 (20–79)		*p*-value = 0.18141		**Type of accelerant**	
Eyewitnesses on site	8 (42.11%)	5 (62.50%) (45.45% of males)	3 (37.50%) (37.50% of females)	1.2		1	**Males** Gasoline: 2 (10.53%) Alcohol: 1 (5.26%) Petroleum: 1 (5.26%)	**Females** Gasoline: 1 (5.26%) Alcohol: 4 (21.50%) Petroleum: 0 (0.00%)
Mean age (category)	54 (20–78)	57.60 (34–78)	48 (20–76)		*p*-value = 0.36317			
Personal medical history of chronic health problems	12 (63.16%)	8 (66.7% of category) (72.7% of males)	4 (33.3% of category) (50.0% of females)	1.5		1	**Personal medical history of chronic health problems**	
Mean age (Personal history)	71.45 (57–82)	70.50 (57–82)	74 (72–76)		*p*-value = 0.15625		**Males** • Neuropsychological disorders: 6 (31.58%) • Malignancy: 3 (15.79%) • Chronic obstructive pulmonary disease: 3(15.79%) • Diabetes mellitus: 2 (10.53%) • Arterial hypertension: 2 (10.53%) • Coronary disease: 1 (5.26%)	**Females** • Neuropsychological disorders: 7 (36.84%) • Malignancy: 1 (5.26%) • Thyroid dysfunction: 2 (10.53%) • Diabetes mellitus: 2 (10.53%) • Arterial hypertension: 2 (10.53%) • Heart failure: 1 (5.26%)
Malignancy	4 (21.05%)	3 (75% of category) (27.27% of males)	1 (25% of category) (12.50% of females)	2.18		1	**Neoplasmatic types**	
Mean age (Malignancy)	75 (66–82)	75.33 (66–82)	74 (74–74)		*p*-value = 0.2177		**Males** • Meningioma (5.26%) • Large-intestine cancer and kidney cancer (5.26%) • Skin cancer (5.26%)	**Females** • Breast cancer, under chemotherapy, lung metastatic cancer (5.26%)

TABLE 3—*Continued.*

$N = 19$	Total	Males	Females	M		F	Diagnoses	
							Males	Females
Diagnosed psychopathology	11 (57.89%)	5 (45.5% of category) (45.5% of males)	6 (54.5% of category) (75.0% of females)	1	*p*-value = 0.09853	1.65	Diagnosed: Undiagnosed psychopathology ratio; 1.38:1 *p*-value = 0.16602	
Undiagnosed psychopathology	8 (42.11%)	6 (75.0% of category) (54.5% of males)	2 (25.0% of category) (25.0% of females)	2.18	*p*-value = 0.09853	1	Diagnosed: Undiagnosed males ratio; 1:1.2 *p*-value = 0.3336 Diagnosed: Undiagnosed females ratio; 3:1 *p*-value = 0.02275	
Healthy (without severe health problems or major psychopathology)	5 (26.32%)	3 (60.0% of category) (27.27% of males)	2 (40.0% of category) (25.0% of females)	1.09		1	**Motivations in healthy subjects (without severe health problems or major psychopathology)**	
Mean age (without remarkable history)	58.4 (34–79)	55 (34–74)	63.5 (48–79)		*p*-value = 0.4562		**Males** • Unknown (10.53%) • Imminent retirement (5.26%)	**Females** • Unknown (5.26%) • Financial offenses (5.26%)
Addiction/abuse	8 (42.11%)	6 (75.0% of category) (54.5% of males)	2 (25.0% of category) (25.0% of females)	2.18	*p*-value = 0.09853	1		
Heavy smokers	8 (42.11%)	6 (75.0% of category) (54.5% of males)	2 (25.0% of category) (25.0% of females)	2.18	*p*-value = 0.09853	1		
Alcohol abuse	2 (10.53% of total)	2 (100% of category) (18.18% of males)	– (0.00% of category) (0.00% of females)		*p*-value = 0.10027			
Drug abuse	0 (0.00% of total cases)	0 (0.00%) (0.00% of males)	0 (0.00%) (0.00% of females)		*p*-value = 0.00001			
Associated with Grief/ Grievance	15 (78.95%) *p*-value = 0.04363	8 (53.3% of category) (72.72% of males)	7 (46.7% of category) (87.5% of females)	1	*p*-value = 0.2177	1.2		
Incurable severe health problems (Motivation)	4 (21.05%)	3 (75.0% of category) (27.27% of males)	1 (25.0% of category) (12.5% of females)	2.18	*p*-value = 0.2177	1	Uncontrolled mental disorder without severe health problems: Life discomforts due to health problems (Motivation) ratio; 3.5:1 *p*-value = 0.00058	
Uncontrolled mental disorder without severe health problems	14 (73.68%) *p*-value = 0.08851	7 (50.0% of category) (63.64% of males)	7 (50.0% of category) (87.5% of females)	1	*p*-value = 0.121	1.37	Affective: Psychotic disorder (Diagnosis) ratio; 2.3:1 *p*-value = 0.04363	

suicide ideation or attempts. Five (26.3%) victims had already tried to commit suicide, two by intentional self-poisoning by drug ingestion and two by cutting their wrists and one by self-immolation. However, in the vast majority of the cases, no formerly enacted actions of self-harm preceded (previous: not previous suicide attempts ratio; 1:2.8; p-value = 0.00175). No suicidal notes were left, and none of the victims had revealed their suicidal intentions to relatives and acquaintances. The majority of the subjects were diagnosed with a mental disorder at the time of enactment (11 cases; 57.9%), with major depressive disorder as the most prevalent diagnosis (five cases; 26.3%), followed in frequency by schizophrenia spectrum disorders (two cases; 10.5%), mixed anxiety–depressive disorder (one case; 5.26%), bipolar disorder (one case; 5.26%), unspecified psychotic disorder (one case; 5.26%), gambling disorder (one case; 5.26%), and dementia (one case; 5.26%). Affective disorders accounted for 63.6% (p-value = 0.00391) of the diagnoses and were 2.3 times more frequent than psychotic disorders of any type (p-value = 0.04363), which was a statistically significant difference. An interesting finding was that although the "diagnosed: undiagnosed psychopathology" ratio was unremarkable (1.38:1; p-value = 0.16602) when the subjects were examined integrally, on examination of the genders separately, different trends appeared. While there was an almost equal distribution of diagnosed versus undiagnosed males (p-value = 0.3336) in the research group, deceased female suicide victims by self-immolation tended to be diagnosed with a mental disorder prior to the incident, and more specifically were threefold in comparison with nondiagnosed females (diagnosed: undiagnosed females ratio; 3:1; p-value = 0.02275), but the disorder was poorly controlled.

Motivation

In the data analysis, the probable underlying motivations as declared by the family members or medical records ante-mortem were also taken into account. The main incentives which were detected involved: (i) expression of emotions associated with grief and/or grievance for any personal reason (15 cases; 78.95%; p-value = 0.04363); (ii) delusional reasons in the context of uncontrolled mental disorder without other severe health issues (14 cases; 73.68%; p-value = 0.08851); (iii) life discomforts and physical pain due to severe or incurable health problems (four cases; 21.05%) (one patient with meningioma with residual disabilities, one with large-intestine cancer and kidney metastatic cancer, one with recurrent skin cancer, and one with breast cancer under chemotherapy and lung metastatic cancer); (iv) escaping punishment and abasement for committing offenses (one case; 5.3%). None exhibited politically or religiously motivated behavior. In two cases (10.5%), the motive remained unknown. History of alcohol abuse was reported in two cases (10.5%). None of the cases had a history of drug abuse. In eight cases (42.11%), victims were heavy smokers, especially male subjects (M:F ratio; 2.18:1; p-value = 0.09853).

Length of Survival

In seven cases (36.8%), the victim died immediately after self-induced immolation. In the majority of the cases (12 cases; 63.2%) (p-value = 0.05262), the suicide victims survived and were hospitalized from 1 to 35 days (average hospitalization 9 days).

Autopsy Findings

The average total body surface with burns was 70.63% ranging from 14% to 100% (carbonization) (variance = 726.80117; standard deviation = 26.95925; p-value = 0.00111). The percentage of burns on the body surface was 1.5 times greater among victims found deceased at the site (mean value 88.57%; range 55–100%; variance = 389.28571; standard deviation = 19.73032) in comparison with those hospitalized (mean value 60.17%; range 14–90%; variance = 652.69697; standard deviation = 25.54793), and the latter was a statistically significant finding (p-value = 0.00001).

Toxicology Screen

Toxicological examination for alcohol in postmortem peripheral blood samples was performed in 11 out of 19 cases (57.9%) (survival <1 day) and revealed no alcohol use in 10 out of 11 (91%) of cases (p-value = 0.02807). Detection of other substances in postmortem urine samples was performed for the cases with survival up to 4 days and revealed in different cases codeine and morphine, nordiazepam and oxazepam, midazolam (administered during victim's hospitalization), nifedipine, venlafaxine, and in another citalopram and levomepromazine. Cannabis, cocaine, or heroin were not detected in any case (p-value = 0.00001).

Carboxyhemoglobin tests were positive in 43% of the examined cases, while positive measurements ranged from 16% to 27.60% (mean value 11.47%; variance = 172.77867; standard deviation = 13.14453).

Case Presentation

Background

A fatal case involving a 53-year-old male patient is described. The deceased was found by the police carbonized on his bed in his apartment.

Death Scene Investigation

During the death scene investigation, officers of the Police Department, Security Division, and Fire Brigade were present. The decedent was in the bedroom of his house in a supine position on the bed, charred into a pugilistic posture. During the body examination, the usual cadaveric phenomena were not found due to carbonization, thus, making the estimation of the exact time of death impossible. The remaining rooms of the house were relatively neat, while at the living-room table, the following pharmaceutical drugs were placed: risperidone 4 mg, escitalopram 20 mg, and levomepromazine 25 mg.

Surveillance Camera Footage

The police investigation yielded the footage of a surveillance camera (soundless visual material) which was placed outside the door of the opposite apartment in order to film the floor. In the material of the recorded video, the man could be seen outside the door of his apartment on the floor with the door of his apartment wide open (video view from across). On the same floor, the doors of other apartments could be also seen as well as a staircase leading upstairs. He did not wear clothes except for his underwear (briefs). White fabric strips could be seen hanging

through his underwear (possibly cut strips of linen cloth—bed sheet). He was holding a cigarette and a lighter. His face looked calm (flat affect) while he was smoking and trying to set fire with the lighter to the fabrics, which initially did not ignite. He walked in and out of his apartment twice. After a while, one of the fabrics seemed to kindle, while the man was sitting apathetically on the staircase in the floor for several minutes. Then, he stood up and walked into the apartment leaving again the door open. After a while, a glow could be seen coming from the bedroom and smoke appeared from the room (probable use of flammable substance).

Forensic PostMortem Examination—Autopsy Findings

Carbonization was observed at the soft tissues of the head and the bones of the skull. Burns of full thickness were observed on the largest surface of the body, mainly on the right and left lateral abdominal wall and on both femoral surfaces. The bones of the left tibia and ankle joint were stripped and projected, with postmortem fractures (heat-related fractures due to carbonization). Except for fire-induced injuries, other *in vivo* skeletal injuries were not detected.

The brain presented lesions compatible with the effect of high temperatures, as the rest of the internal organs (intrathoracic and intrabdominal). Soot particles were found in the oral cavity, larynx, trachea, and bronchi. The hyoid bone was intact. The heart weighted 420 g. The coronary arteries presented atherosclerotic lesions resulting into lumen constriction up to 40%. The decedent's stomach was found empty. Both kidneys were congested, with a small granular surface, while the cross-sections disclosed moderate-degree disruption of the parenchymal architecture. The urinary bladder was full of urine.

Toxicology Results

The blood toxicology screen detected citalopram at therapeutic concentrations. Urine toxicology testing disclosed citalopram and levomepromazine. The presence of HbCO was not detected.

Medical History

The decedent was diagnosed with schizophrenia. He was a theology teacher by profession. He had a position in school, but due to his mental illness, he had been transferred to a secretarial position and he did not teach in the classroom anymore. The deceased had preoccupied the authorities with an alleged arson attempt, as the result of delusional ideation, in which he had tried to set fire to a store of a German global discount supermarket chain allegedly "in retaliation against the Germans." He had multiple hospitalizations in the psychiatric ward. He had no other known medical history. From the family medical history, his brother had a psychiatric diagnosis as well and was under treatment.

Discussion

In regard to the incidence of the phenomenon, the present study indicates that suicide by self-inflicted burning is an uncommon, yet not exceptional, practice in Greece (19 cases in 9 years —out of total of 9868 deaths among which 514 cases of suicide; prevalence 3.7% among total suicides; $p < 0.01$), which occurs in a relatively low rate as juxtaposed to the reported prevalence of the phenomenon throughout literature in the developing countries of Asia (Middle East and South Asia) and Africa (6–57% of total suicides), India (7–9% of total suicides) ($0.01 < p\text{-value} < 0.05$), and Iran (up to 71% of total suicides), but at a higher frequency in comparison with the prevalence of self-immolation in the developed countries of the western world (0.06–1% of total suicides), such as Switzerland (1.02% of total suicides) ($0.05 < p\text{-value} < 0.10$).

Two studies based on the American Burn Association's National Burn Repository (NBR) concerning patients who sustained self-inflicted burns reached quite different conclusions compared to the present study. These studies found the mean age of the victims ranging between 36.5 and 39.1 years, percentage of male patients in the study sample ranging between 62.0% and 66.3%, and percentage of whites 68.4–71.4% (27,28). Similar patterns concerning age and gender were found by studies on data coming from other high-income countries, such as Italy, Australia, and the United Kingdom (29–31). It is noteworthy that the above studies concern burn center patients (suicide attempters), a proportion of whom passed away. The mean age of the victims of completed suicide with self-immolation (autopsy cases) seems to be higher (almost one decade) as shown in studies from Italy and Switzerland (32,33). This is probably due to the increased mortality of burn patients with age (34,35). As juxtaposed to the latter, the present study indicated that, with respect to self-immolation in Greece, the median age of the victims was estimated two decades higher with an average age of 63 years (range 20–82 years). In addition, a single study by Tsati *et al*. (36) on attempted suicides by self-immolation in the Greek population estimated that the mean age of attempters was 51.7 years (48 years for males and 53.5 years for females), which is again a decade lower compared to the age of fatalities within the Greek population, but two decades higher in comparison with other developed countries. This difference is statistically significant ($p < 0.01$) and cannot be attributed to age differences between populations, as the median age of the populations of these countries varies slightly (median age in Switzerland 42.4 years, in Greece 43.8 years, and in Italy 45.7 years during the year 2019; $p > 0.10$) (37). In Africa and Asia, people who die after committing suicide by self-immolation are even younger, with a mean age of 34.1 years in Tunisia and 27.3 in Iran, which is at least three decades younger compared to the Greek population sample (17,38). It can, therefore, be observed that in the Greek population this suicide method is practiced by older age groups. Furthermore, various studies concerning the impact of economic austerity on the suicide rates in Greece noted a significant increase in suicides committed by the middle-aged and the elderly and found unemployment to correlate with suicide rates of males aged 20–24, 50–54, and 60–64 years ($p < 0.001$), probably because middle-aged men traditionally carry the main burden of the economic well-being of the family (6,39).

Regarding male:female gender ratio, a slight male predominance was observed among fatalities although not statistically significant due to the limited number of examined cases ($p > 0.10$) leading to the conclusion of a rather random distribution between the sexes: (males) 58%–(females) 42%. The results of literature studies examining self-immolation cases in developed countries (Switzerland, Germany, UK, Denmark, Italy, France, USA, Canada, and Turkey) are also in agreement with these findings formulating gender rates as follows: almost (males) 62%–(females) 38% (12,23,32,33,40,41), but indicate a statistically significant clear male preponderance ($p < 0.00001$). The aforementioned study by Tsati *et al*. (36) on self-inflicted

burn cases admitted to state hospitals in Athens from 1997 to 2003, detected a female predominance (57%) compared to male attempters (43%), which was also a statistically significant result ($p < 0.00001$). The above figures are suggestive of the conclusion that within the Greek population, most suicide attempts by self-immolation are committed by females, but males tend to engage in more violent attempts that prove fatal (42,43).

Several studies have indicated that suicide victims usually prefer isolated places to engage in the act of suicide in privacy (32,41,44), probably because of their reluctance to be prevented or witnessed by others. On the contrary, it has been observed that when suicide by self-immolation takes place as a symbolic response to the feeling of injustice, the act is more likely to occur in public places, usually in front of a crowd (45). In the present study, in 58% of the cases there was no witness, although suicide by self-immolation was enacted in exteriors (not inside the decedents' residence) (statistically nonsignificant rate due to small sample size suggestive of random proportion; p-value < 0.10). None of the incidents occurred in front of a crowd. Gauthier *et al*. (2014) in their search of the literature for deaths due to self-burning found a similar proportion concerning the location of the occurrence; half having taken place indoors and half outdoors.

Suicides by self-immolation were found increased in spring (47.4%), which is a moderately significant result ($p < 0.10$) also compatible with a study from Tunisia (17). Formerly conducted studies have also reported findings of a seasonal pattern for suicides, while a significant peak of suicides in general during spring has been shown for Greece again before (46,47). Only a few studies have examined seasonality in association with suicide. While Rothschild *et al*. did not find any seasonal or monthly prevalence, in some studies an increase during winter months was shown (33,40,48).

The majority (58%) of the victims in the present study used flammable substances as accelerants (alcohol, gasoline, and petroleum) to fuel combustion, which was a statistically significant finding (p-value ~ 0.05), consistent with previous studies conducted in Europe, the United States, and Africa disclosing the use of accelerants at a percentage between 53% and 93% of the cases (17,33,40,49,50). Alcohol and gasoline were the most frequently used fire accelerants within the sample of Greek population. Gasoline has been identified as the most frequent accelerant among European (Germany, Scotland, Switzerland) and North American studies, while the majority of decedents in Iraq, Iran, India, Sri Lanka, Jordan, Korea, and Zimbabwe have been found to use kerosene or gasoline (32,33,40,44,51–53). This has been noted to depend on the availability of the flammable material (33,53).

Similarly to other studies reported throughout literature, a considerable proportion of the cases (58%) had a known history of mental disease, which was, however, poorly controlled (17,29,32,33,40,50). Suicide in general correlates with major mental disorders, and especially major depressive disorder, but according to Thombs *et al*., mental health problems seem to be even more common in suicides by self-immolation compared to suicides in general (28,54).

In the present study on a Greek population sample, in 5 out of 19 cases (26%) the victim had a history of previous suicide attempt, but in the vast majority (74%) of the cases, there were no formerly enacted suicide attempts (p-value < 0.01). On the contrary, studies from Italy (32), Switzerland (33), Germany (40), France (41), and the United States (51) on completed suicides by self-immolation found the rate of previous suicide attempts to range between 34.5% and 93.2%. Aforementioned data indicate that past history of suicide attempts is a weak predictor of suicidal ideation that may be active at a given time.

The underlying motives for such a spectacular and painful manner of suicide have been repetitively investigated by several researchers (15,17,33,55,56). Laloë (19) identified three groups of most recurrent motives: a decompensation of psychiatric illness (Western and Middle Eastern countries), interpersonal conflicts (especially family, including domestic violence) (India, Iran, Sri Lanka, Papua New Guinea, and Zimbabwe), and social or political motivation (India and South Korea). In the present study examining a sample of the Greek population, the main incentives involved were associated with (i) grief and/or grievance for any personal reason (78.95%; $0.01 < p$-value < 0.05); (ii) delusional reasons in the context of uncontrolled mental disorder without other severe health issues (73.68%; $0.05 < p$-value < 0.10); (iii) life discomforts and physical pain due to severe or incurable health problems (21.05%); and (iv) escaping punishment and abasement for committing offenses (5.3%). In no case, a political or religious motivation was expressed. It is noteworthy that in the Indian subcontinent, Iran, and Africa, marital problems (including domestic violence) stand for a predominant reason for intentional burns, which did not correspond to any of the cases of our study (19). The common denominator in almost all motives for suicide by self-immolation across all countries is escaping painful situations in combination with grief and a feeling of injustice. Findings place Greek population culturally with respect to the practice of self-immolation between the Western European and Asian African countries. It can be observed that, within the Greek population, deterioration of the body tissues due to a severe chronic condition often tends to be perceived as abasement of the body and personality leading to a deplorable quality of life and a gruesome death (which is indicated by the symbolisms and significations this kind of "preferred" death encompasses).

With respect to findings of toxicology screening for alcohol and illicit drugs, according to relevant literature, victims of suicide by self-immolation are often alcohol and drug-free at the time of death, which is a finding congruent with literature (12). Toxicological examination was performed in 11 out of 19 cases (survival period less than 1 day) and revealed no alcohol use in 91% of the cases, which was a statistically significant finding ($0.01 < p$-value < 0.05). The limited number of cases in our study does not permit us to draw safely further conclusions, except that the role of alcohol seems to be minimal in those casualties within the Greek population. Studies in the Italian and German populations have shown alcohol blood concentrations between 12% and 18% (32,40). Concerning the use of drugs, the present study revealed the use of medications with antidepressants, benzodiazepines, neuroleptics, and analgesics in 26.3% of the investigated sample (of the Greek population), similarly to the findings of other European studies, such as Amadasi *et al*. (2018) and Rothschild *et al*. (2001) who found similar medicinal substances in 12.0% and 36.0% of their examined samples, respectively (32,40).

In general, being married or living in a partnership is said to be a protective factor against committing suicide. Living alone has been found to be a factor in many other studies regarding self-immolation in the United States (51) and Europe, such as Italy (50), Germany (57), Switzerland (33); this is totally different from the findings in studies from other regions, such as Iran, Iraq, and India, where self-immolation is the result of partnership difficulties and domestic suppression as mentioned above. In the

present study examining a sample of the Greek population, none of these patterns was observed. People living without a partner (52.6%) were almost equal to the proportion of individuals living in a relationship. Furthermore, married and widowed individuals comprised the two equally major categories (36.8%) that were statistically significant over other relational categories (divorced and unwed) (p-value < 0.05). Being a parent or grandparent is also traditionally considered to be a protective factor from a relational perspective, however, in the present study, the vast majority (73.7%) of self-immolation victims were parents, meaning that a suicide victim by self-immolation was 2.8 times more likely to be a parent (p-value < 0.01).

Conclusion

The purpose of present study was to examine all autopsy cases of suicidal self-immolation having occurred within the Greek mainland (Attiki, Thrace, and Peloponnese) over a period of 9 years (2011–2019) in order to study the characteristics of this phenomenon in the Greek population, identify the profile of suicide victims and their motivations, as well as their association to socio-cultural, pathological, or psychiatric factors, and describe a fatal case of suicide by self-immolation that was partially filmed by a surveillance camera. A 3.7% prevalence of suicide by self-immolation is estimated among total suicide cases within the Greek population corresponding to two cases per 10,000 inhabitants. With respect to the practice of self-immolation, findings deriving from the examined variables localize Greek population culturally between the Western European and Asian African countries, but with its own idiosyncrasy. A distinctive feature is that within the Greek population self-immolation is practiced predominantly by the elderly (difference from other countries in median age ranging from two to more than three decades). The phenomenon correlated strongly with poorly controlled mental disorders (mostly affective disorders), emotions of grief and grievance, and escaping painful, unfair, or demeaning situations (adjustment disorder). There was no association with domestic or sexual violence, social or political protest, or religious issues. Among suicide victims, a predominance of individuals who were parents was noted, as well as a slight preponderance for retired, and widowed or married individuals. Most individuals were already diagnosed with a mental disorder. Alcohol was used as an accelerant, but almost zero alcohol intake was noted. The suicide victims preferred secluded or private outdoor locations. None of the incidents took place in front of a crowd. The relational parameters of living in a relationship or being a parent did not function as inhibitors.

References

1. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. Lancet 2009;373(9672):1372–81.
2. Värnik P. Suicide in the world. Int J Environ Res Public Health 2012;9 (3):760–71.
3. Miller M, Azrael D, Barber C. Suicide mortality in the United States: the importance of attending to method in understanding population-level disparities in the burden of suicide. Annu Rev Public Health 2012;33:393–408.
4. WHO. Suicide data. https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/ (accessed April 21, 2020).
5. Arie S. Health effects of Greece's austerity measures are "worse than imagined", report researchers. BMJ 2013;346:f2740.
6. Fountoulakis KN. Suicides in Greece before and during the period of austerity by sex and age group: relationship to unemployment and economic variables. J Affect Disord 2020;260:174–82.
7. Fountoulakis KN. Suicide and the economic situation in Europe: are we experiencing the development of a 'reverse stigma'? Br J Psychiatry 2016;209(4):273–4.
8. Fountoulakis KN. Suicide rate in Greece stabilizes at historically high levels but still lowest in Europe. J Affect Disord 2019;254:117–9.
9. Economou M, Madianos M, Peppou LE, Theleritis C, Patelakis A, Stefanis C. Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. World Psychiatry 2013;12(1):53–9.
10. World Population Review. Suicide rate by country, 2019. http://worldpopulationreview.com/countries/suicide-rate-by-country/. (accessed April 24, 2020).
11. Topp DO. Fire as symbol and as a weapon of death. Med Sci Law 1973;13:79–86.
12. Alunni V, Grevin G, Buchet L, Gaillard Y, Quatrehomme G. An amazing case of fatal self-immolation. Forensic Sci Int 2014;244:e30–3.
13. Kelly BD. Self-immolation, suicide and self-harm in Buddhist and Western traditions. Transcult Psychiatry 2011;48(3):299–317.
14. Ahmadi A. Suicide by self-immolation: comprehensive overview, experiences and suggestions. J Burn Care Res 2007;28(1):30–41.
15. Romm S, Combs H, Klein MB. Self-immolation: cause and culture. J Burn Care Res 2008;29:988–93.
16. Ahmadi A, Mohammadi R, Stavrinos D, Almasi A, Schwebel DC. Self-immolation in Iran. J Burn Care Res 2008;29(3):451–60.
17. Ben Khelil M, Zgarni A, Zaafrane M, Chkribane Y, Gharbaoui M, Harzallah H, et al. Suicide by self-immolation in Tunisia: a 10 year study (2005–2014). Burns 2016;42(7):1593–9.
18. Rane A, Nadkarni A. Suicide in India: a systematic review. Shanghai Arch Psychiatry 2014;26(2):69–80.
19. Laloë V. Patterns of deliberate self-burning in various parts of the world. A review. Burns 2004;30(3):207–15.
20. Greenberg B, Strous RD. Werther's syndrome: copycat self-immolation in Israel with a call for responsible media response. Isr Med Assoc J 2012;14(8):467–9.
21. Byard RW. The autopsy evaluation of "straightforward" fire deaths. Forensic Sci Med Pathol 2018;14(3):273–5.
22. Prahlow J, Byard RW. Burns and fire-related deaths. In: Prahlow J, Byard RW, editors. Atlas of forensic pathology. New York, NY: Springer Publishers, 2012;753–84.
23. Leth P, Hart-Madsen M. Suicide by self-incineration. Am J Forensic Med Pathol 1997;18(2):113–8.
24. Kranioti EF, Kastanaki AE, Nathena D, Papadomanolakis A. Suicidal self-stabbing: a report of 12 cases from Crete, Greece. Med Sci Law 2017;57(3):124–9.
25. Kastanaki AE, Kranioti EF, Papavdi A, Theodorakis PN, Michalodimitrakis M. Suicide by firearms on the island of Crete: a 9-year record. Crisis 2010;31(1):43–52.
26. Boumba VA, Georgiadis M, Mirescu N, Vougiouklakis T. Fatal intoxications in a forensic autopsy material from Epirus, Greece, during the period 1998–2010. J Forensic Sci 2013;58(2):425–31.
27. Modjarrad K, McGwin G Jr, Cross JM, Rue LW 3rd. The descriptive epidemiology of intentional burns in the United States: an analysis of the National Burn Repository. Burns 2007;33(7):828–32.
28. Thombs BD, Bresnick MG, Magyar-Russell G. Who attempts suicide by burning? An analysis of age patterns of mortality by self-inflicted burning in the United States. Gen Hosp Psychiatry 2007;29(3):244–50.
29. Castellani G, Beghini D, Barisoni D, Marigo M. Suicide attempted by burning: a 10-year study of self-immolation deaths. Burns 1995;21(8):607–9.
30. Cameron DR, Pegg SP, Muller M. Self-inflicted burns. Burns 1997;23 (6):519–21.
31. Malic CC, Karoo RO, Austin O, Phipps A. Burns inflicted by self or by others – an 11 year snapshot. Burns 2007;33(1):92–7.
32. Amadasi A, Boracchi M, Gentile G, Maciocco F, Maghin F, Zoja R. Observations on self-incineration characteristics in 24 years (1993–2016) of autopsies in the city of Milan. Med Sci Law 2018;58(1):32–8.
33. Gauthier S, Reisch T, Bartsch Ch. Self-burning – a rare suicide method in Switzerland and other industrialised nations – a review. Burns 2014;40(8):1720–6.
34. Smith DL, Cairns BA, Ramadan F, Dalston JS, Fakhry SM, Rutledge R, et al. Effect of inhalation injury, burn size, and age on mortality: a study of 1447 consecutive burn patients. J Trauma 1994;37:655–9.
35. Suzuki M, Aikawa N, Kobayashi K, Higuchi R. Prognostic implications of inhalation injury in burn patients in Tokyo. Burns 2005;31:331–6.
36. Tsati E, Iconomou T, Tzivaridou D, Keramidas E, Papadopoulos S, Tsoutsos D. Self-inflicted burns in Athens, Greece: a six-year retrospective study. J Burn Care Rehabil 2005;26(1):75–8.

37. World Population, 2019. https://www.worldometers.info/ (accessed April 21, 2020).
38. Parvareh M, Hajizadeh M, Rezaei S, Nouri B, Moradi G, Esmail Nasab N. Epidemiology and socio-demographic risk factors of self-immolation: a systematic review and meta-analysis. Burns 2018;44(4):767–75.
39. Basta M, Vgontzas A, Kastanaki A, Michalodimitrakis M, Kanaki K, Koutra K, et al. Suicide rates in Crete, Greece during the economic crisis: the effect of age, gender, unemployment and mental health service provision. BMC Psychiatry 2018;18(1):356.
40. Rothschild MA, Raatschen HJ, Schneider V. Suicide by self-immolation in Berlin from 1990 to 2000. Forensic Sci Int 2001;124(2–3):163–6.
41. Makhlouf F, Alvarez JC, de la Grandmaison GL. Suicidal and criminal immolations: an 18-year study and review of the literature. Leg Med 2011;13(2):98–102.
42. Tsirigotis K, Gruszczynski W, Tsirigotis M. Gender differentiation in methods of suicide attempts. Med Sci Monit 2011;17(8):PH65–PH70.
43. Karakasi MV, Nastoulis E, Kapetanakis S, Vasilikos E, Kyropoulos G, Pavlidis P. Hesitation wounds and sharp force injuries in forensic pathology and psychiatry: multidisciplinary review of the literature and study of two cases. J Forensic Sci 2016;61(6):1515–23.
44. Squires TJ, Busuttil A. Suicide by fire in Scotland: 1980–1990. J Clin Forensic Med 1996;3(2):81–5.
45. Lévy BT, Prudent C, Liétard F, Evrard R. From querulous to suicidal: self-immolation in public places as a symbolic response to the feeling of injustice. Front Psychol 2017;8:1901.
46. Vougiouklakis T, Boumba VA, Mitselou A, Peschos D, Gerontopoulos K. Trends in suicide mortality in the deprived region of Epirus (north-west Greece) during the period 1998–2002. Med Sci Law 2005;45(1):39–46.
47. Christodoulou C, Douzenis A, Papadopoulos FC, Papadopoulou A, Bouras G, Gournellis R, et al. Suicide and seasonality. Acta Psychiatr Scand 2012;125(2):127–46.
48. Chan RC, Burd A. Suicidal burn in Hong Kong. Burns 2012;38(6):937–41.
49. Krummen DM, James K, Klein RL. Suicide by burning: a retrospective review of the Akron Regional Burn Center. Burns 1998;24(2):147–9.
50. Cave Bondi G, Cipolloni L, Parroni E, Cecchi R. A review of suicides by burning in Rome between 1947–1997 examined by the Pathology Department of the Institute of Forensic Medicine, University of Rome "La Sapienza". Burns 2001;27(3):227–31.
51. Cimino PJ, Williams TL, Fusaro A, Harruff R. Case series of completed suicides by burning over a 13-year period. J Forensic Sci 2011;56(Suppl 1):S109–11.
52. Al-Zacko SM. Self-inflicted burns in Mosul: a cross-sectional study. Ann Burns Fire Disasters 2012;25(3):121–5.
53. Ghaleiha A, Khazaee M, Afzali S, Matinnia N, Karimi B. An annual survey of successful suicide incidence in Hamadan, Western Iran. J Res Health Sci 2009;9:13–6.
54. Dold M, Bartova L, Fugger G, Kautzky A, Souery D, Mendlewicz J, et al. Major depression and the degree of suicidality: results of the European Group for the Study of Resistant Depression (GSRD). Int J Neuropsychopharmacol 2018;21(6):539–49.
55. Poeschla B, Combs H, Livingstone S, Romm S, Klein MB. Self-immolation: socioeconomic, cultural and psychiatric patterns. Burns 2011;37(6):1049–57.
56. Jedidi M, El Khal MC, Mlayeh S, Masmoudi T, Mahjoub M, Brahem MY, et al. Suicide and fire: a 20-year study of self-immolation death in Sousse, Tunisia. J Burn Care Res 2017;38(4):e734–8.
57. Theodorou P, Phan VT, Weinand C, Maegele M, Maurer CA, Perbix W, et al. Suicide by burning: epidemiological and clinical profiles. Ann Plast Surg 2011;66(4):339–43.