

## ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗΣ ΒΙΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ: ΜΙΑ ΝΕΑ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Μαρτινάκη Σοφία<sup>1</sup>, Παπαϊωάννου Αγγελική<sup>2</sup>, Βερικάκη Όλγα<sup>3</sup>

### Περίληψη

Η αύξηση της εγκληματικότητας και των ψυχικών διαταραχών παγκοσμίως κατέδειξαν την ανάγκη δημιουργίας ειδικών υπηρεσιών παροχής εξειδικευμένης φροντίδας από καταρτισμένους επαγγελματίες σε θέματα νομικής και ψυχιατρικής επιστήμης. Η Ψυχιατροδικαστική Κοινωνική Εργασία αποτέλεσε την ειδικότητα που ανταποκρίθηκε στη νέα αυτή κοινωνική και επιστημονική απαίτηση. Η εκτίμηση επικινδυνότητας βίαιης συμπεριφοράς αποτελεί μέρος της καθημερινής κλινικής πρακτικής των κοινωνικών λειτουργών στις ψυχιατροδικαστικές δομές του εξωτερικού.

Η παρούσα μελέτη είχε ως σκοπό να εκτιμήσει την πιθανότητα σε ασθενείς, που νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρικό τμήμα γενικού ή ειδικού νοσοκομείου, να εκδηλώσουν βίαιη συμπεριφορά. Ειδικότερα εξετάστηκε η προβλεπτική αξιοπιστία και εγκυρότητα της κλίμακας **HCR-20v2** και **PCL:SV** σε σχέση με την πορεία των ασθενών μετά την έκδοση εξηγήριου. Διακόσιοι ενενήντα πέντε (295) ψυχιατρικοί ασθενείς από διαφορετικά ψυχιατρικά τμήματα νοσοκομείων αξιολογήθηκαν με τη συμπλήρωση των κλιμάκων HCR-20v2, PCL:SV και GAF. Χρησιμοποιήθηκαν επίσης οι ατομικοί φάκελοι, οι συνεντεύξεις αλλά και οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν από τους έμμεσους πληροφοριοδότες. Οι ασθενείς αυτοί παρακολουθήθηκαν για μελλοντική εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς (αποτυχημένη έκβαση) για τα επόμενα τρία χρόνια μετά το εξητήριο.

1. Κοινωνική λειτουργός, MSc, PhD. Υπεύθυνη Κοινωνικών Λειτουργών Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών – Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Βασ. Σοφίας 74, 11528, Αθήνα. Τηλ.: 210-7289131, 6944820087 e-mail :smartinaki@yahoo.gr.
2. Κοινωνική λειτουργός, MSc, ψυχοθεραπεύτρια, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών – Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Βασ. Σοφίας 74, 11528, Αθήνα. Τηλ.: 6972228982, e-mail: papaioua@eginitio.uoa.gr.
3. Κοινωνική λειτουργός, MSc, Ψυχιατρικός Τομέας ΓΝΑ « Ο Ευαγγελισμός», Υψηλάντου 45-47, 10676, τηλ.:2132045751, 6977716435, email: olga\_verikaki@hotmail.com.

Τόσο η HCR-20v2 όσο και η PCL:SV και οι υποκλίμακές τους, αποδείχτηκαν ισχυροί προβλεπτικοί παράγοντες αναφορικά με τις επανεισαγωγές, την επιτυχή απόπειρα και εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς. Μια σειρά άλλων παραγόντων όπως η οικογενειακή κατάσταση, το φύλο, το ιστορικό προηγούμενης εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς, η διάγνωση κ.α. βρέθηκαν να σχετίζονται θετικά με τον κίνδυνο εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς.

Τα αποτελέσματα της έρευνας συνάδουν με αυτά πολλών άλλων ερευνητικών εργασιών και συνηγορούν πως η κλίμακα HCR-20v2 μπορεί τελικά να χρησιμοποιηθεί και στη χώρα μας, ως ένα αξιόπιστο εργαλείο αξιολόγησης του κινδύνου για ψυχικά ασθενείς που νοσηλεύονται ή διαβιούν στην κοινότητα.

**Λέξεις Κλειδιά:** επικινδυνότητα, εκτίμηση κινδύνου, πρόβλεψη βίαιης συμπεριφοράς, ψυχιατροδικαστική κοινωνική εργασία

## 1. Εισαγωγή

Καθώς οι κοινωνίες στρέφονται όλο και περισσότερο προς το σύστημα δικαιοσύνης για την εξεύρεση λύσεων σε ποικίλα και πολύπλοκα θέματα, όλο και περισσότεροι επαγγελματικοί κλάδοι καλούνται να συνδράμουν αναφορικά με τη διαχείρισή τους. Επιπλέον, τα αυξημένα ποσοστά εγκληματικότητας και ψυχικών διαταραχών παγκοσμίως, κατέδειξαν την ανάγκη δημιουργίας ειδικών υπηρεσιών παροχής εξειδικευμένης φροντίδας από καταρτισμένους επαγγελματίες σε θέματα νομικής και ψυχιατρικής επιστήμης.

Η Ψυχιατροδικαστική Κοινωνική Εργασία (*Forensic Social Work*) αποτέλεσε την ειδικότητα που ανταποκρίθηκε στη νέα αυτή κοινωνική και επιστημονική απαίτηση. Πρόκειται για ένα τομέα που απαιτεί εξειδικευμένη γνώση και πρακτική εμπειρία και που προκύπτει τόσο από τις επιστημονικές αρχές του επαγγέλματος της Κοινωνικής Εργασίας, όσο και αυτές της Νομικής. Η Ψυχιατροδικαστική Κοινωνική Εργασία αποτελεί την εξειδίκευση που εστιάζει στη διασύνδεση μεταξύ της κοινωνίας δικαίου και των συστημάτων παροχής υπηρεσιών στα άτομα. Ουσιαστικά, η Ψυχιατροδικαστική Κοινωνική Εργασία, σύμφωνα και με τον Εθνικό Οργανισμό Ψυχιατροδικαστικής Κοινωνικής Εργασίας των ΗΠΑ, NOFSW, εφαρμόζει τις αρχές και μεθόδους της κοινωνικής εργασίας σε θέματα που αφορούν στην εφαρμογή των νόμων και στην απονομή δικαιοσύνης. Υπερβαίνει τα όρια της κλινικής κοινωνικής εργασίας, ιδιαίτερα, επειδή ορίζεται ως αρμοδιότητα και ευθύνη της η αξιολόγηση και η αντιμετώπιση των

ποινικά κρατούμενων. Ένας ευρύτερος ορισμός περιλαμβάνει την εφαρμογή της κοινωνικής εργασίας με οποιοδήποτε τρόπο σε ζητήματα που σχετίζονται με αντιδικίες του κώδικα ποινικής ή αστικής δικονομίας.

Οι ρίζες της Ψυχιατροδικαστικής Κοινωνικής Εργασίας τοποθετούνται αρχικά στους Αγγλικούς Νόμους περί Φτώχειας (1601) και στην αποικιοκρατική περίοδο αλλά και στην εγκαθίδρυση εγκληματολογικής πολιτικής στις αποικίες της Β. Αμερικής. Περί τα τέλη του 19<sup>ου</sup> και τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα ανευρίσκονται στην εμφάνιση του επαγγέλματος της κοινωνικής εργασίας με τις ψυχιατροδικαστικές όψεις αυτού και εν τέλει στις σύγχρονες εκφράσεις των Ψυχιατροδικαστικών Κοινωνικών Λειτουργών που καλούνται να αντιμετωπίσουν ή να τροποποιήσουν τις εκάστοτε εγκληματολογικές πολιτικές (Maschi & Killian, 2011, p. 8-36).

Καθόλη τη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας και τα τελευταία χρόνια σε παγκόσμια και καθολική κλίμακα, σε διάφορα κράτη, η κοινωνική δικαιοσύνη και τα ανθρώπινα δικαιώματα αποτελούν τον πυρήνα της θεωρίας και πρακτικής της Ψυχιατροδικαστικής Κοινωνικής Εργασίας. Οι Ψυχιατροδικαστικοί Κοινωνικοί Λειτουργοί προσφέρουν ψυχοκοινωνική αξιολόγηση (Μαρτινάκη & Μπουρίκος, 2014) συνδυάζοντας τις επιστημονικές αρχές, την τεχνογνωσία, τις δεξιότητες της κοινωνικής εργασίας και τη γνώση του νομικού πλαισίου. Είναι υπεύθυνοι για τη διαμόρφωση, το σχεδιασμό, την υλοποίηση και την αξιολόγηση της φροντίδας και θεραπείας στο πλαίσιο της θεραπευτικής συμμαχίας με άτομα που εμπλέκονται με την ποινική δικαιοσύνη. Πρέπει ωστόσο να τονιστεί, πως η Ψυχιατροδικαστική Κοινωνική Εργασία περιλαμβάνει ένα ευρύ πεδίο δράσης (π.χ. υιοθεσία, αντιδικίες συζύγων σε περίπτωση διαζυγίου, συνηγορία κ.α) και δεν περιορίζεται μόνο στην αξιολόγηση και θεραπεία των ποινικά κρατούμενων.

Στις ΗΠΑ και στο Ηνωμένο Βασίλειο, η συμμετοχή των Ψυχιατροδικαστικών Κοινωνικών Λειτουργών στη διαδικασία εκτίμησης επικινδυνότητας για την εκδήλωση στο μέλλον βίαιης συμπεριφοράς, αποτελεί μέρος της καθημερινής τους κλινικής πρακτικής στις ψυχιατροδικαστικές δομές. Αφορά μια σημαντική διαδικασία αξιολόγησης δεδομένων, στην οποία βασίζεται η μετακίνηση ενός ασθενούς από μια δομή μέσης ασφάλειας σε μια άλλη χαμηλής ασφάλειας στην κοινότητα και αντίστροφα.

Η «επικινδυνότητα», με τη νομική ή την ψυχιατρική διάσταση της έννοιας, ανέκαθεν αποτελούσε κοινωνική απειλή και ως εκ τούτου κάθε προηγμένη πολιτεία έχει καταβάλλει προσπάθεια για την πρόβλεψη και αντιμετώπισή της. Τα τελευταία 30 χρόνια,

από τότε που η απόφαση Tarasoff στις ΗΠΑ ανέθετε στους ψυχιάτρους το καθήκον να προστατεύσουν την κοινωνία από ασθενείς που εκφράζουν απειλές για την πρόκληση σημαντικής βίας, η εκτίμηση της επικινδυνότητας για την εκδήλωση στο μέλλον βίαιης συμπεριφοράς, έγινε αναπόσπαστο μέρος της καθημερινής πρακτικής στην ψυχική υγεία, που επεκτάθηκε σε διάφορους βαθμούς παγκοσμίως (McNiel, et al., 2008, p. 195-200).

Ωστόσο, η πρόβλεψη μελλοντικής εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς έχει να επιδείξει μακρά και δύσκολη πορεία. Πλήθος ερευνητικών εργασιών στο παρελθόν αμφισβητούσαν τη δυνατότητα πρόβλεψης μιας μελλοντικής συμπεριφοράς που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί επικίνδυνη. Για πολλά χρόνια η επιστημονική κοινότητα εμφανιζόταν διχασμένη καθώς οι δυσκολίες αφορούσαν τόσο στον προσδιορισμό της έννοιας «επικινδυνότητα» όσο και στη μεθοδολογία προσέγγισής της. Η κύρια αιτία της αμφισβήτησης θα μπορούσε να αποδοθεί σε ασάφειες, έλλειψη κριτηρίων αξιοπιστίας και αντικειμενικότητας και φυσικά σε υποκειμενικούς παράγοντες (Andrews, et al, 2006, p. 7-27, Cocozza & Steadman, 1976, p.1084-1101).

Από τις αρχές της δεκαετίας του '90 έχουν παρατηρηθεί αξιοσημείωτες πρόοδοι στην προσπάθεια πρόβλεψης της επικινδυνότητας που οδήγησαν στην ανάπτυξη δομημένων εργαλείων αξιολόγησης, όπως της Historical Clinical Risk Assessment-20v2, τα οποία επιτρέπουν μια πιο συστηματοποιημένη προσέγγιση στη λήψη αποφάσεων. Κάτι τέτοιο είχε ως συνέπεια την ανατροπή της υφιστάμενης κατάστασης και την καλλιέργεια ενός κλίματος αισιοδοξίας κυρίως λόγω της σημαντικής προβλεπτικής εγκυρότητας και αξιοπιστίας που έχουν επιδείξει, αλλά και της ευχρηστίας τους στην καθημερινή κλινική πρακτική.

Στη χώρα μας ο κίνδυνος εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει: **α)** την προβλεπτική εγκυρότητα των κλιμάκων επικινδυνότητας **HCR-20v2** και ψυχοπαθητικότητας **PCL:SV**, για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς και την επιτυχημένη ή μη έκβαση Ελλήνων ψυχικά ασθενών, μετά την ολοκλήρωση της νοσηλείας τους και κατά το χρονικό διάστημα της μεταπαρακολούθησής τους (3 χρόνια) και **β)** τους παράγοντες εκείνους που σχετίζονται με την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς στο μέλλον και που συμβάλλουν στην αποτυχημένη έκβαση (επανεισαγωγή, επιθετική συμπεριφορά, απόπειρα αυτοκτονίας).

## 2. Μεθοδολογία

### 2.α. Δείγμα

Προκειμένου να διασφαλιστούν θέματα που αφορούν στην αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, επιλέχθηκαν μεγάλα εδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία αλλά και ψυχιατρικές κλινικές γενικών νοσοκομείων από την περιοχή της Πρωτεύουσας και την Περιφέρεια. Το δείγμα των ασθενών προέκυψε με τυχαία επιλογή. Έτσι, κατά το χρονικό διάστημα έναρξης του πρώτου ερευνητικού χρόνου (1<sup>η</sup> Απριλίου 2007) της παρούσης εργασίας έως τη λήξη του (31 Μαρτίου 2008), 354 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε κάποιο ψυχιατρικό τμήμα γενικού ή ειδικού νοσοκομείου πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης σε αυτή. Ωστόσο, μόνο 295 ασθενείς (83,3%) ανταποκρίθηκαν θετικά δίνοντας συναινετική απάντηση. Για τους υπόλοιπους 59 (16,6%) δεν συμπληρώθηκε κάποια κλίμακα. Εντούτοις, για αυτούς τους 59 ασθενείς (31 άνδρες και 28 γυναίκες) δεν βρέθηκε κάποια διαφορά στα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, επαγγελματική κατάσταση). Το τελικό δείγμα αποτέλεσαν **295 ασθενείς**, 159 άνδρες (53,9%) και 136 γυναίκες (46,1%). Από αυτούς, 208 (70,5%) μετά τη νοσηλεία τους πήραν εξπέρτιο από ψυχιατρικό τμήμα ειδικού νοσοκομείου και 87 (29,5%) από ψυχιατρικό τμήμα γενικού νοσοκομείου.

**Πίνακας 1.** *Εισαγωγές Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων το χρονικό διάστημα Απριλίου 2007 – Μαρτίου 2008 και αριθμός συμμετεχόντων στην έρευνα*

Α/α	Νοσηλευτικό Ιδρυμα	Εισαγωγές *	Αριθμός Συμμετεχόντων	
			N	%
1.	ΑΨυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών- Αιγινήτειο Νοσοκομείο-.	627	98	15,6
2.	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (ΨΝΑ) «Δαφνί».	490**	73	14,9
3.	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας.	290	37	12,8
4.	Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου «Ο Ευαγγελισμός».	430	52	12,0
5.	Ψυχιατρική Κλινική «Μαμάτσειου» Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης.	303	35	11,6
<b>Σύνολο</b>		<b>2140</b>	<b>295</b>	<b>13,7</b>

\* Πηγή: Γραφείο Κίνησης Νοσηλευτικού Ιδρύματος.

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

Σύμφωνα με το ερευνητικό πρωτόκολλο, οι ασθενείς εκτιμήθηκαν πριν το εξιτήριο από το νοσοκομείο και παρακολουθήθηκαν για έξι συνεχόμενες εξαμηνες περιόδους (1<sup>η</sup> Μαΐου 2008 έως 30 Απριλίου 2011).

Τα κριτήρια επιλογής ήταν:

- Ασθενείς με διάγνωση Μείζονος Ψυχικής Διαταραχής (κατά DSM-IV TR™ Γοτσαμάνης, 2004), 18 έως 70 ετών και από τα δύο φύλα.
- Η παρούσα νοσηλεία να είναι εκούσια είτε ακούσια.
- Να έχουν εκδηλώσει κάποιας μορφής βίαιη/επιθετική συμπεριφορά αυτό ή ετεροκατευθυνόμενη μέχρι και την ημέρα της παρούσας εισαγωγής τους. Η συμπεριφορά αυτή πιθανά να είχε εκδηλωθεί παλαιότερα και απλά να καταγράφεται στο ιστορικό του ασθενή ή μπορεί να είναι πρόσφατη και ίσως να αποτελεί το λόγο που οδήγησε στην παρούσα νοσηλεία.
- Να διατηρούν συχνή και σταθερή επαφή με τον έμμεσο – συμπληρωματικό πληροφοριοδότη (collateral informant) που έχουν προσδιορίσει οι ίδιοι (τουλάχιστον ανά 3ήμερο).
- Να έχουν ή να μην έχουν ενταχθεί σε κάποια εξωνοσοκομειακή δομή μετά το εξιτήριό τους.

Αντίστοιχα κριτήρια αποκλεισμού αποτέλεσαν :

- Η διακοπή της νοσηλείας με ευθύνη του ασθενούς ή των οικείων του, πριν την ολοκλήρωση της θεραπείας.
- Το πειθαρχικό εξιτήριο στον ασθενή λόγω μη συμμόρφωσής του με τους κανόνες του τμήματος.
- Η αλλαγή περιβάλλοντος του ασθενούς στο μεσοδιάστημα της μεταπαρακολούθησης (π.χ. μετακίνηση σε άλλη πόλη) με αποτέλεσμα να καθεί η επαφή με τον έμμεσο πληροφοριοδότη.

## *2.β. Ερευνητικά Εργαλεία*

Για την εκτίμηση της επικινδυνότητας χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα **Historical Clinical Risk Assessment -20 v2 (HCR-20)** (Webster, et al, 1997). Πρόκειται για ψυχομετρικό εργαλείο το οποίο βοηθά τους επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας να εκτιμήσουν την πιθανότητα να εκδηλώσει ένα άτομο βίαιη συμπεριφορά. Η πρώτη της έκδοση το 1995 προκάλεσε το έντονο ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας. Δύο χρόνια αργότερα προέκυψε η πρώτη αναθεώρηση η οποία αποτελεί και την πιο εύχρηστη μορφή της. Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τη συμπλήρωσή της συντελούν στον καθορισμό της καλύτερης

δυνατής θεραπείας και των στρατηγικών που απαιτούνται για την πρόληψη της εκδήλωσης βίας σε ψυχικά ασθενείς συμπεριλαμβανομένων παραβατών, ψυχιατροδικαστικών ασθενών κ.α.

Παλαιότερες μετρήσεις ήταν περισσότερο υποκειμενικές, λιγότερο εστιασμένες, περιείχαν αμυδρές εκτιμήσεις των κλινικών συμπτωμάτων ή συνέκριναν τα ατομικά χαρακτηριστικά του αξιολογούμενου με ποσοστά βίαιης συμπεριφοράς σε πληθυσμούς με παρόμοια χαρακτηριστικά. Η HCR-20 ενίσχυσε αυτές τις παλαιές μετρήσεις με την προσθήκη δυναμικών μεταβλητών όπως το άγχος και η απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος, παράγοντες που και οι δύο είναι ιδιαίτερα σημαντικοί για τη μελλοντική προσαρμογή του ατόμου. Αυτή η αναφορά ενισχύει την ακρίβειά της και αυξάνει την ευχρηστία της. Η HCR-20, όπως έχει διαπιστωθεί από στατιστικές αναλύσεις, προσφέρει αξιόπιστες προβλέψεις και για ψυχιατρικούς ασθενείς που νοσηλεύονται.

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

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

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

πλαίσιο αξιολόγησης της επικινδυνότητας σημειώνοντας το σημείο «*Μέσα*» (εκδήλωση βίας κατά τη διαμονή σε ίδρυμα) και «*Εξω*» (εκδήλωση βίας στην κοινότητα). (Τσόπελας, Μαρτινάκη, Λαμπράκη, 2009).

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

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

*Κλινικά στοιχεία :* Η συμπλήρωσή τους απαιτεί συνέντευξη μεταξύ αξιολογητή και αξιολογούμενου. Ο επαγγελματίας Ψυχικής Υγείας μπορεί να χρησιμοποιήσει και την προσωπική του εκτίμηση. Τα κλινικά στοιχεία είναι :

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

*Στοιχεία διαχείρισης επικινδυνότητας :* Αυτά περιλαμβάνουν:

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

Η HCR-20 δεν οδηγεί σε απόλυτη πρόβλεψη επικινδυνότητας. Οι προβλέψεις κατά HCR-20 εκτιμούν την πιθανή επικινδυνότητα και πρέπει να σημειώνεται με βάση την κατηγοριοποίηση: χαμηλή, μέση, υψηλή πιθανότητα εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς.



Για την κατηγοριοποίηση αυτή ο αξιολογητής θα πρέπει να λάβει υπόψη του τις συνθήκες, να είναι εστιασμένος στο χρόνο και να έχει συμπεριλάβει τους πιθανούς παράγοντες που θα αντιμετωπίσει το άτομο. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν περιστάσεις και καταστάσεις ζωής που μπορεί να ωθήσουν εύκολα το άτομο να εκδηλώσει βία ή να το βοηθήσουν να θωρακιστεί ψυχικά ώστε να τις αντιμετωπίσει. Αναφορά σε τέτοιους παράγοντες προσφέρει τα μέγιστα στην εκτίμηση της μορφής και του βαθμού επικινδυνότητας που μπορεί να εκδηλώσει το άτομο και στην επιλογή των στρατηγικών παρέμβασης με τις οποίες επιχειρείται η μείωση της πιθανότητας εκδήλωσης επικίνδυνης συμπεριφοράς. Αυτές οι στρατηγικές όταν εφαρμόζονται συνολικά θεωρούνται ως σχέδιο διαχείρισης της επικινδυνότητας.

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

Η κλίμακα ψυχοπαθητικότητας στην αρχική της μορφή PCL:R αποτελεί το μόνο σχετικό εργαλείο που έχει αναπτυχθεί μέχρι τώρα στον τομέα που αναφέρεται σε καθιερωμένα ψυχομετρικά δεδομένα ψυχοπαθητικότητας. Αποτελείται από 2 κύριους παράγοντες. Ο **παράγοντας 1** επικεντρώνεται στα συναισθηματικά – διαπροσωπικά γνωρίσματα, ενώ ο **παράγοντας 2** αναφέρεται στα συμπεριφοριστικά γνωρίσματα. Περιλαμβάνει **20 λήμματα** και η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από **0 έως 40**. Καθοριστικά χαρακτηριστικά της ψυχοπαθητικότητας, όπως η παρορμητικότητα, η εγκληματική μεταβλητότητα, η απάθεια και η έλλειψη συμπόνιας ή μεταμέλειας συνδέουν εννοιολογικά τη βία με την ψυχοπαθητικότητα. Η παράλληλη χορήγησή της με την HCR-20 κατέδειξε πως ορισμένα λήμματά της ήταν λίγο πολύ περιττά σε σχέση με τα άλλα λήμματα της υποκλίμακας H της HCR-20. Επιπρόσθετα, η κλίμακα PCL:R δεν διαθέτει στοιχεία που να αφορούν στο γενικό ψυχιατρικό πληθυσμό. Θέματα που αφορούν στη στάθμιση, εσωτερική εγκυρότητα, παραγοντική ανάλυση, αποτέλεσαν αντικείμενο παλαιότερων ερευνών και αναφέρονται διεξοδικά στο εγχειρίδιο της κλίμακας (Hare, 1991).

Η κλίμακα PCL:SV (Hart, et al., 1995) αποτελεί έκδοση διαλογής της PCL:R. Πρόκειται για ένα συνοπτικό, περιεκτικό και εύχρηστο εργαλείο εκτίμησης της ψυχοπαθητικότητας, και διαθέτει στοιχεία που αφορούν το γενικό ψυχιατρικό πληθυσμό – βασικός λόγος που τον προτείνουν οι κατασκευαστές, όταν πρόκειται για μελέτες σε γενικά ψυχιατρικά πλαίσια. Η PCL:SV βαθμολογείται με γνώμονα τη γενικότερη λειτουργικότητα του ατόμου καθόλη τη διάρκεια της ζωής του. Τα λήμματα δεν πρέπει να συμπληρώνονται με βάση την παρούσα κατάσταση καθώς αυτή είναι πιθανόν να επηρεάζει άτυπα τη

λειτουργικότητα του ατόμου εξαιτίας κάποιων ειδικών συνθηκών, όπως π.χ. η εκδήλωση συμπτωμάτων ενεργής ψυχοπαθολογίας κλπ. Σε περιπτώσεις που στη συμπεριφορά του ατόμου υπάρχει διαφοροποίηση, όπως παρατηρείται στις διπολικές διαταραχές, τότε οι αξιολογητές θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους για τη συμπλήρωση της κλίμακας, κατά προσέγγιση, τη μέση λειτουργικότητα που είχε το άτομο στη διάρκεια της ζωής του. Πρέπει να σημειωθεί πως ακριβώς επειδή η ψυχοπαθητικότητα αποτελεί μια διαταραχή προσωπικότητας που εξ ορισμού είναι χρόνια, θα πρέπει να παραμένει σχετικά σταθερή στη διάρκεια της ζωής.

Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει η PCL:SV να χρησιμοποιείται για να εκτιμήσει την ψυχοπαθητικότητα της παρούσας κατάστασης (π.χ. σοβαρότητα την προηγούμενη εβδομάδα, προηγούμενο μήνα, χρόνο) ή για να προσδιορίσει αλλαγές στην ψυχοπαθητική συμπτωματολογία κατά χρονικά διαστήματα συντομότερα του χρόνου. Η κλίμακα PCL:SV αποτελείται και αυτή από *2 βασικές ομάδες, έξι λημμάτων η κάθε μια*. Η *πρώτη* περιλαμβάνει στοιχεία που αφορούν στην *συναισθηματική ένδεια* (επιφανειακές/ρηχές σχέσεις, ιδέα μεγαλείου, προσπάθεια για εξαπάτηση, απουσία συμπόνιας, απουσία ενσυναίσθησης, δεν αποδέχεται ευθύνη για τις πράξεις του). Η *δεύτερη* αφορά σε *συμπεριφορικά θέματα* (παρορμητικότητα, φτωχός έλεγχος συμπεριφοράς, απουσία σκοπών, ανευθυνότητα, αντικοινωνική συμπεριφορά ως έφηβος και ως ενήλικας). Κάθε λήμμα της βαθμολογείται με βάση μια *υποκλίμακα 3 σημείων*, σε σχέση πάντα με το πόσο η προσωπικότητα και η συμπεριφορά του ατόμου ταιριάζει με την περιγραφή του λήμματος. Η βαθμολόγηση είναι υποκειμενική και προϋποθέτει κρίση και αποδείξεις. Ειδικότερα τα *3 σημεία της βαθμολογίας* αναλύονται ως εξής:

- **0**=όταν ό, τι περιγράφεται στο λήμμα δεν ταιριάζει στον αξιολογούμενο ή όταν ο αξιολογούμενος δεν παρουσιάζει αυτό το χαρακτηριστικό ή παρουσιάζει εντελώς αντίθετα χαρακτηριστικά από αυτά του λήμματος.
- **1**=όταν η κατάσταση που περιγράφεται υπάρχει σε κάποιο βαθμό, όχι όμως με σαφήνεια ώστε να τεθεί η βαθμολογία 2 ή υπάρχουν αμφιβολίες ή όταν προκύπτει διάσταση μεταξύ των στοιχείων που συγκεντρώθηκαν από τη συνέντευξη και αυτών του ατομικού φακέλου.
- **2**=όταν η κατάσταση που περιγράφεται ταιριάζει απόλυτα στο προφίλ του αξιολογούμενου ή όταν η συμπεριφορά του ατόμου αποδίδεται πλήρως στην περιγραφή του λήμματος.

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

χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, παρά ένα σύμπτωμα το οποίο μπορεί να είναι παρόν για σύντομο χρονικό διάστημα ή σπάνια. Παράλειψη λημμάτων επιτρέπεται μόνο όταν είναι απολύτως απαραίτητο (π.χ. όταν ο αξιολογητής δεν έχει επαρκή στοιχεία). Μόνο ένα λήμμα από το πρώτο μέρος ή το δεύτερο μπορεί να παραληφθεί χωρίς να επηρεαστεί η απαντητικότητα. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται *από 0 έως 24*. Για τα μέρη 1 και 2 από το 0 έως το 12. Η τελική βαθμολογία που προκύπτει συγκρίνεται ως προς την αντιπροσωπευτικότητα του αξιολογούμενου σε σχέση με την πληθυσμιακή ομάδα από όπου προέρχεται. Το συνολικό αποτέλεσμα της PCL:SV συμπληρώνεται στο λήμμα **H7** της κλίμακας HCR-20. Συνολική βαθμολογία **>13 βαθμολογείται με το 0**, από **13-17 με το 1** και **από 18-24 με το 2**.

Για την εκτίμηση της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα **GAF** (APA, 1994). Η κλίμακα χρησιμεύει στην παρακολούθηση της κλινικής προόδου ατόμων με σφαιρικό τρόπο. Για την συμπλήρωσή της θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη μόνο η ψυχολογική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα. Οι οδηγίες προσδιορίζουν: *«μην περιλαμβάνετε έκπτωση στη λειτουργικότητα που οφείλεται σε φυσικούς ή περιβαλλοντικούς περιορισμούς»*.

Η κλίμακα GAF (ΣΕΛ) διαιρείται σε *10 περιοχές λειτουργικότητας*. Η βαθμολογία στην GAF περιλαμβάνει την επιλογή μιας μόνο τιμής που αντιπροσωπεύει κατά τον καλύτερο τρόπο το επίπεδο της γενικής λειτουργικότητας. Η περιγραφή της κάθε μιας δεκαβάθμιας περιοχής της κλίμακας GAF αποτελείται από δύο συστατικά μέρη: το πρώτο μέρος καλύπτει τη βαρύτητα των συμπτωμάτων και το δεύτερο μέρος καλύπτει τη λειτουργικότητα. Η βαθμολογία στην GAF βρίσκεται μέσα στο συγκεκριμένο δέκατο είτε η βαρύτητα των συμπτωμάτων είτε το επίπεδο της λειτουργικότητας βρίσκονται στην αντίστοιχη περιοχή. Σε περίπτωση που η βαρύτητα των συμπτωμάτων και το επίπεδο λειτουργικότητας δεν συμφωνούν, η τελική βαθμολογία της GAF αντιπροσωπεύει πάντα το χειρότερο από τα δύο. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι υπολογισμοί της κλίμακας GAF θα πρέπει να αφορούν την τρέχουσα περίοδο (δηλαδή το επίπεδο λειτουργικότητας κατά το χρόνο της αξιολόγησης), επειδή ο υπολογισμός της τρέχουσας λειτουργικότητας αντανάκλα, γενικά, την ανάγκη για θεραπεία ή περίθαλψη. Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να είναι χρήσιμο να σημειώνεται η βαθμολογία στην κλίμακα GAF τόσο στη χρονική στιγμή της εισαγωγής, όσο και με την ευκαιρία του εξιτηρίου (Γοτσαμάνης, 2004).

Για τη συμπλήρωση των κλιμάκων εκπαιδεύτηκαν ειδικά επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η συμπλήρωση των κλιμάκων πραγματοποιήθηκε μια εβδομάδα πριν το εξιτήριο μέσω :

- α) προσωπικών συνεντεύξεων με τους ασθενείς, β) επαφών με τους έμμεσους

πληροφοριοδότες, γ) συζητήσεων με μέλη της θεραπευτικής ομάδας από το τμήμα νοσηλείας και δ) της συνολικής μελέτης του ατομικού φακέλου.

Μετά το εξιτήριο, η επαφή με τους ασθενείς και τους έμμεσους πληροφοριοδότες πραγματοποιούνταν στο τέλος κάθε εξαμήνου περιόδου για συγκέντρωση πληροφοριών σχετικά με το ενδεχόμενο αποτυχημένης έκβασης. Ως αποτυχημένη έκβαση θεωρήθηκαν: 1) η άμεση επιστροφή σε ψυχιατρικό τμήμα (1-2 ημέρες μετά το εξιτήριο), 2) η επανεισαγωγή μετά το εξιτήριο και τη διαμονή στην κοινότητα (2-4 μήνες), 3) η επανάληψη βίαιης/επιθετικής συμπεριφοράς μετά το εξιτήριο π.χ. απόπειρας, 4) η εκδήλωση για πρώτη φορά κάποιας βίαιης/επιθετικής συμπεριφοράς.

## 2.γ. Στατιστική Ανάλυση

Οι μέσες τιμές (*mean*), οι τυπικές αποκλίσεις (*Standard Deviation=SD*), οι διάμεσοι (*median*) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (*interquartile range*) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's  $\chi^2$  test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Η σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων πραγματοποιήθηκε με το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni. Η σύγκριση των βαθμολογιών μεταξύ των μετρήσεων έγινε με τον μη παραμετρικό έλεγχο Wilcoxon-signed rank test. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (*r*). Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Cronbach's  $\alpha$ . Πραγματοποιήθηκε ακόμη λογαριθμική παλινδρόμηση με τη διαδικασία διαδοχής ένταξης/αφαίρεσης (*stepwise*) για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων και προέκυψαν σχετικοί λόγοι (*oddsratio*) με τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης τους (95% ΔΕ). Για την εκτίμηση της προγνωστικής αξίας των κλιμάκων PCL: SV και HCR-20 χρησιμοποιήθηκε καμπύλη ROC από την οποία υπολογίστηκε η επιφάνεια (*AUC*) με τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης της (95%CI). Ακόμη, μέσω της ανάλυσης ROC βρέθηκε για το TGF το βέλτιστο σημείο (*optimal cut-off*). Για αυτό το σημείο υπολογίστηκε η ευαισθησία (*Se*) και η ειδικότητα (*Sp*). Τέλος, για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17.0.

### 3. Αποτελέσματα

Το τελικό δείγμα της εργασίας αποτέλεσαν **295 ασθενείς**, 159 άνδρες και 136 γυναίκες. Η μέση ηλικία τους ήταν 41,4 έτη και στην πλειοψηφία τους ήταν άγαμοι (68,5%). Το 43,7% του δείγματος είχε εισοδήματα κάτω των 1000 ευρώ μηνιαίως και οι μισοί (51,5%) είχαν μέχρι 12 χρόνια εκπαίδευση. Σε ποσοστό 71,5 % έμεναν σε αστική περιοχή ενώ το 40,3% ήταν άνεργοι - άεργοι.

Αν και ήταν νέα άτομα, νοσούσαν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Συγκεκριμένα, 83 άτομα (28,1%) νοσούσαν για 20 χρόνια περίπου. Σε ποσοστό 46,1% των συμμετεχόντων είχε τεθεί η διάγνωση της σχιζοφρένειας / ψυχωτικής διαταραχής. Τα 33 άτομα (11,2%) πληρούσαν τα κριτήρια κατά DSM-IV για διαταραχή προσωπικότητας, ενώ 27 άτομα (9,1%) παρουσίαζαν συννοσηρότητα, κυρίως σχιζοφρένειας με διαταραχή προσωπικότητας. Σε ένα ποσοστό 20,7% καταγράφηκε κατάχρηση ουσιών και σε 22,4% κατάχρηση αλκοόλ.

Από το σύνολο των συμμετεχόντων, τα 259 άτομα είχαν βιώσει την εμπειρία της αναγκαστικής νοσηλείας τουλάχιστον μία φορά. Ως συχνότερη μορφή επιθετικής συμπεριφοράς καταγράφηκε η εκδήλωση βίας προς άλλα άτομα (66,8%). Το 26,4% των συμμετεχόντων είχε διαπράξει απόπειρα αυτοκαταστροφής στο παρελθόν. Τέλος, σε ποσοστό 20,0% και 37,3% αντίστοιχα, είχαν ιστορικό αυτοκαταστροφικής και ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς στην οικογένειά τους.

Στον πρώτο χρόνο μέτρησης (T0), η μέση τιμή της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στην κλίμακα επικινδυνότητας HCR-20v2 ήταν 28,3 μονάδες ( $\pm 4,4$ ), για την κλίμακα PCL:SV ήταν 13,4 μονάδες ( $\pm 4,7$ ), ενώ για την κλίμακα GAF ήταν 48,4 ( $\pm 10,3$ ). Στο δεύτερο χρόνο μέτρησης αντίστοιχα οι τιμές ήταν 29,8 ( $\pm 3,0$ ) για την HCR-20v2 και 14,4 ( $\pm 4,3$ ) για την PCL:SV. Τέλος, ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's  $\alpha$  ήταν 0,7 για το συνολικό score της HCR-20 v2, 0,72 για το Historical scale, 0,65 για το Clinical scale και 0,71 για το Risk management scale.

Από τους 295 ασθενείς που παρακολουθήθηκαν για τα επόμενα 3 χρόνια, 131 άτομα (44,4 %) επανανοσηλεύτηκαν. Σε ποσοστό 39,0% πραγματοποίησαν έως τρεις νοσηλείες και ένα ποσοστό 5,4% περισσότερες από τέσσερις. Τα 48 άτομα (16,3%) νοσηλεύτηκαν ακούσια ενώ 25 (8,5%) εξ αυτών βίωσαν την εμπειρία της αναγκαστικής νοσηλείας για πρώτη φορά. Από τους ασθενείς που επανανοσηλεύτηκαν, το 18% νοσηλεύτηκε το τρίτο εξάμηνο. Ένα ποσοστό 39,0% των συμμετεχόντων νοσηλεύτηκε 1-3 φορές στη διάρκεια

των 3 ετών της μεταπαρακολούθησης. Τέλος η συχνότερη μορφή επιθετικής συμπεριφοράς ήταν επίσης αυτή προς άλλα άτομα (82,4%).

Συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων HCR-20 v2 και PCL:SV, κατέδειξε σημαντικά θετικά αποτελέσματα (**Πίνακας 2**). Η σημαντική συσχέτιση των υποκλιμάκων της HCR-20v2 αποτελεί ισχυρό στοιχείο υπέρ της δομικής της εγκυρότητας. Μεταξύ των κλιμάκων HCR-20v2 και GAF διαπιστώθηκε χαμηλή θετική συσχέτιση.

**Πίνακας 2.** Συντελεστές συχέτισης κατά Spearman μεταξύ HCR-20 και PCL:SV

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

Αναφορικά με την προβλεπτική εγκυρότητα των κλιμάκων HCR-20v2 και PCL:SV, η ROC ανάλυση κατέδειξε επίσης στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα (**Πίνακας 3**).

**Πίνακας 3.** ROC Ανάλυση που αφορά στις κλίμακες PCL:SV και HCR-20 καθώς και στις υποκλίμακές τους.

			Optimal		
	AUC (95% CI) *	P	Cut-off	Sensitivity (%)	Specificity (%)
<b>Νοσηλεία ξανά</b>					
Total PCL: SV	0,57 (0,51 - 0,64)	<b>0,033</b>	14,00	57,25	56,10
PCL: SV (factor 1)	0,57 (0,51 - 0,64)	<b>0,037</b>	8,00	45,04	65,24
PCL: SV (factor 2)	0,56 (0,5 - 0,63)	<b>0,064</b>			
Total HCR-20	0,63 (0,57 - 0,69)	<b>&lt;0,001</b>	29,00	57,25	64,02
Historical scale	0,59 (0,53 - 0,65)	<b>0,008</b>	15,00	35,88	75,00
Clinical scale	0,6 (0,54 - 0,66)	<b>0,003</b>	8,00	59,54	53,05
Risk management scale	0,59 (0,53 - 0,66)	<b>0,006</b>	9,00	44,27	69,51

<b>Απόπειρα κατά την αρχική εκτίμηση</b>					
Total PCL: SV	0,62 (0,55 - 0,7)	<b>0,001</b>	16,00	46,15	69,59
PCL: SV (factor 1)	0,61 (0,53 - 0,69)	<b>0,003</b>	9,00	44,87	74,19
PCL: SV (factor 2)	0,6 (0,53 - 0,68)	<b>0,006</b>	8,00	43,59	71,43
Total HCR-20	0,78 (0,73 - 0,83)	<b>&lt;0,001</b>	30,00	62,82	73,73
Historical scale	0,77 (0,71 - 0,82)	<b>&lt;0,001</b>	14,00	73,08	71,43
Clinical scale	0,55 (0,48 - 0,62)	<b>0,203</b>			
Risk management scale	0,65 (0,58 - 0,72)	<b>&lt;0,001</b>	9,00	50,00	68,20
<b>Εκδήλωση Επιθετικής Συμπεριφοράς στο Παρόν</b>					
Total PCL: SV	0,66 (0,59 - 0,72)	<b>&lt;0,001</b>	13,00	63,78	62,73
PCL: SV (factor 1)	0,66 (0,6 - 0,72)	<b>&lt;0,001</b>	8,00	47,03	73,64
PCL: SV (factor 2)	0,61 (0,54 - 0,67)	<b>0,002</b>	8,00	36,76	74,55
Total HCR-20	0,68 (0,62 - 0,74)	<b>&lt;0,001</b>	30,00	44,86	79,09
Historical scale	0,65 (0,58 - 0,71)	<b>&lt;0,001</b>	15,00	35,68	80,00
Clinical scale	0,6 (0,53 - 0,66)	<b>0,006</b>	8,00	57,84	56,36
Risk management scale	0,63 (0,57 - 0,7)	<b>&lt;0,001</b>	9,00	43,24	74,55
<b>Απόπειρα κατά την μεταπαρακολούθηση**</b>					
Total PCL: SV	0,53 (0,37 - 0,69)	<b>0,670</b>			
PCL: SV (factor 1)	0,56 (0,41 - 0,72)	<b>0,420</b>			
PCL: SV (factor 2)	0,54 (0,4 - 0,68)	<b>0,603</b>			
Total HCR-20	0,68 (0,56 - 0,8)	<b>0,022</b>	29,00	60,00	67,82
Historical scale	0,57 (0,43 - 0,7)	<b>0,380</b>			
Clinical scale	0,62 (0,51 - 0,74)	<b>0,107</b>			
Risk management scale	0,7 (0,57 - 0,84)	<b>0,009</b>	10,00	46,67	84,65

\*Επιφάνεια κάτω από την καμπύλη (95% ΔΕ)

\*\*χωρίς να έχει στο παρελθόν

Προοδευτική αύξηση της βαθμολογίας στην κλίμακα HCR-20v2 βρέθηκε να αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα επανεισαγωγής σε κάποιο τμήμα ψυχιατρικού νοσοκομείου (99,1%), την πιθανότητα επιτυχούς απόπειρας αυτοκτονίας (70%) και επιθετικής συμπεριφοράς (89 %) (Πίνακες 4,5,6).

**Πίνακας 4.** Πολυπαραγοντική λογαριθμική παλινδρόμηση αναφορικά με την πιθανότητα επιτυχούς απόπειρας

		OR (95% ΔΕ)	P
Total HCR-20 (κατά την αρχική εκτίμηση T0)		1,30 (1,19 - 1,41)	<b>&lt;0,001</b>
Οικογενειακή Κατάσταση	Έγγαμοι /ες Άγαμοι /ες- Διαζευγμένοι /ες -Χήροι /ες	1,00*	
		2,54 (1,29 – 5,01)	<b>0,007</b>

Διάρκεια Νόσου (έτη)	<3	1,00	
	4-9	0,59 (0,27 - 1,28)	0,181
	>9	0,44 (0,2 - 0,96)	<b>0,040</b>
Σχιζοφρένεια / Ψυχωτική Διαταραχή	Όχι	1,00	
	Ναι	0,32 (0,17 - 0,61)	<b>&lt;0,001</b>

\*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Οι άγαμοι ασθενείς βρέθηκαν να έχουν 64% μεγαλύτερη πιθανότητα να επανανοσηλευτούν (**Πίνακας 5**). Μάλιστα όσοι ήταν άγαμοι, διαζευγμένοι ή χήροι/ες είχαν 54% μεγαλύτερη πιθανότητα επιτυχούς απόπειρας αυτοκτονίας (**Πίνακας 4**). Οι γυναίκες ασθενείς βρέθηκαν να είχαν κάνει περισσότερες απόπειρες σε σχέση με τους άνδρες και συνεπώς κατέγραψαν υψηλά ποσοστά επανεισαγωγών. Επιπλέον, είχαν 87% μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν επιθετική συμπεριφορά ενώ νοσηλεύονταν σε σχέση με τους άνδρες (**Πίνακας 6**).

**Πίνακας 5.** Πολυπαραγοντική λογαριθμική παλινδρόμηση αναφορικά με την εκδήλωση επανανοσηλείας.

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

\*δηλώνει κατηγορία αναφοράς



**Πίνακας 6.** Πολυπαραγοντική λογαριθμική παλινδρόμηση αναφορικά με την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς.

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

\*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Το ιστορικό προηγούμενης εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς και το ιστορικό ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς στην οικογένεια, αποτέλεσαν ισχυρούς προβλεπτικούς παράγοντες για την πιθανότητα επανανοσηλείας κατά 44% και 63% αντίστοιχα. Ο αριθμός προηγούμενων νοσηλείων αποτέλεσε επίσης προγνωστικό παράγοντα (**Πίνακας 5**). Από τις διαγνωστικές κατηγορίες, αυτή της σχιζοφρένειας/ψυχωτικής διαταραχής κατέδειξε χαμηλότερα ποσοστά (68%) σε σχέση με την εκδήλωση απόπειρας οποιασδήποτε μορφής. Οι ασθενείς με κατάθλιψη και διαταραχή προσωπικότητας διαπιστώθηκε πως είχαν εκδηλώσει τις περισσότερες απόπειρες (**Πίνακες 4,7**). Όσο αυξανόταν ο χρόνος νοσηλείας τόσο μειωνόταν η πιθανότητα επιτυχούς απόπειρας ή εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς κάτι που απομάκρυνε το ενδεχόμενο της επανεισαγωγής στο δεύτερο χρόνο μέτρησης (**Πίνακας 6**).

Οι ασθενείς που νοσούσαν περισσότερο από 9 χρόνια βρέθηκε πως είχαν κατά 56 % μικρότερη πιθανότητα εκδήλωσης απόπειρας στο μέλλον, και όσοι είχαν περισσότερες από 3 νοσηλείες σημείωσαν σημαντικά υψηλότερο ποσοστό επανεισαγωγής (54,6%) (**Πίνακες 7,8**).

**Πίνακας 7.** Ποσοστά συμμετεχόντων σε συσχέτιση με την εκδήλωση απόπειρας αυτοκαταστροφής

		Εκδήλωση απόπειρας (χρόνος T0)				P Pearson's x <sup>2</sup> test
		Όχι		Ναι		
Διάγνωση		N	%	N	%	
Σχιζοφρένεια / Ψυχωτική Διαταραχή	Όχι	84	59,6	57	40,4	<0,001
	Ναι	133	86,4	21	13,6	
Ψυχική Διαταραχή από Ουσίες	Όχι	215	74,1	75	25,9	0,117*
	Ναι	2	40,0	3	60,0	
Οργανική Ψυχική Διαταραχή	Όχι	211	73,0	78	27,0	0,346*
	Ναι	6	100,0	0	0,0	
Διπολική Διαταραχή	Όχι	188	72,6	71	27,4	0,310
	Ναι	29	80,6	7	19,4	
Κατάθλιψη	Όχι	192	77,7	55	22,3	<0,001
	Ναι	25	52,1	23	47,9	
Διαταραχή Προσωπικότητας	Όχι	196	79,4	51	20,6	<0,001
	Ναι	21	43,8	27	56,3	
Νοτική Υστέρωση	Όχι	213	73,4	77	26,6	1,000*
	Ναι	4	80,0	1	20,0	
Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή	Όχι	207	72,9	77	27,1	0,299*
	Ναι	10	90,9	1	9,1	
Συνοσηρότητα	Όχι	213	73,7	76	26,3	0,657*
	Ναι	4	66,7	2	33,3	
Τύπος Σχιζοφρενικής / Ψυχωτικής Διαταραχής	Αδιαφοροποίητος	85	60,7	55	39,3	<0,001*
	Παρανοϊκός	10	100,0	0	0,0	
	Υπολειμματικός	41	80,4	10	19,6	
	Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή	14	82,4	3	17,6	
	Παραληρητική Διαταραχή	8	61,5	5	38,5	
	Ψυχωτική Διαταραχή ΜΠΑ	53	91,4	5	8,6	
	Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή	2	100,0	0	0,0	
	Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή	4	100,0	0	0,0	
Διάρκεια Νόσου (έτη)	<3	45	68,2	21	31,8	0,045
	4-9	70	68,0	33	32,0	
	>9	102	81,0	24	19,0	
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμοι /ες	145	71,7	57	28,2	0,017
	Έγγαμοι /ες- Διαζευγμένοι /ες -Χήροι /ες	72	77,4	21	22,6	
Φύλο	Άντρες	128	80,5	31	19,5	0,003
	Γυναίκες	89	65,4	47	34,6	

\*Fisher's exact test

**Πίνακας 8.** Ποσοστά συμμετεχόντων σε συσχέτιση με την επανανοσπλεία

		Επανανοσπλεία				P Pearson's x <sup>2</sup> test
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	
Φύλο	Άντρες	100	62,9	59	37,1	0,006
	Γυναίκες	64	47,1	72	52,9	
Αριθμός Νοσηλειών	0	24	68,6	11	31,4	0,016
	1-3	91	60,3	60	39,7	
	>3	49	45,4	59	54,6	
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμοι /ες	129	63,9	73	36,1	<0,001
	Έγγαμοι /ες-	45	77,6	13	22,4	
	Διαζευγμένοι /ες-Χήροι /ες	26	74,3	9	25,7	
Ιστορικό αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στην οικογένεια	Όχι	139	58,9	97	41,1	0,022
	Ναι	25	42,4	34	57,6	
Ιστορικό ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς στην οικογένεια	Όχι	122	65,9	63	34,1	<0,001
	Ναι	42	38,2	68	61,8	
Αριθμός Επιθετικών πράξεων (πριν το χρόνο T0)	0	89	74,2	31	25,8	<0,001
	1-3	60	53,1	53	46,9	
	>3	15	24,2	47	75,8	

Τα άτομα ανώτερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης (74,4%) εμφάνισαν μεγαλύτερη επιρρέπεια να εκδηλώσουν επιθετική συμπεριφορά ή να επανανοσπλευτούν σε σχέση με αυτά της κατώτερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης (Πίνακας 9).

**Πίνακας 9.** Ποσοστά συμμετεχόντων σε συσχέτιση με την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς

		Εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς				P Pearson 's x <sup>2</sup> test
		Όχι		Ναι		
Διάγνωση		N	%	N	%	
Σχιζοφρένεια / Ψυχωτική Διαταραχή	Όχι	41	29,1	100	70,9	0,005
	Ναι	69	44,8	85	55,2	
Διαταραχή Προσωπικότητας	Όχι	102	41,3	145	58,7	0,001
	Ναι	21	43,8	27	56,3	
Διάρκεια Παρούσας νοσηλείας ( ημέρες)	20-40	26	30,6	59	69,4	0,013
	41-80	36	32,1	76	67,9	

	>80	25	25,5	73	74,5	
<b>Κοινωνικο-οικονομική Κατάσταση</b>	Ανώτερη	11	25,6	32	74,4	<b>0,006</b>
	Μέση	38	30,9	85	69,1	
	Κατώτερη	61	47,3	68	52,7	
<b>Φύλο</b>	Άντρες	68	42,8	91	57,2	<b>0,035</b>
	Γυναίκες	42	30,9	94	69,1	

Τέλος, βρέθηκε πως όσο αυξανόταν η βαθμολογία στην κλίμακα της σφαιρικής εκτίμησης της λειτουργικότητας τόσο μειωνόταν η πιθανότητα επανανοσηλείας (**Πίνακας 5**).

### Συζήτηση

Η επικινδυνότητα των ψυχικά ασθενών αποτελεί μια πραγματικότητα που εξαρτάται κατά κύριο λόγο από την ομάδα των ασθενών που περιγράφεται, ενώ η παρουσία μεγάλου αριθμού έγκυρων ψυχομετρικών εργαλείων εξασφαλίζει πλέον την προσέγγιση της επικινδυνότητας με σημαντική ακρίβεια. Η παρούσα μελέτη είναι η πρώτη στη χώρα μας που ελέγχει την εγκυρότητα της κλίμακας HCR-20v2, συνολικά και τις υποκλίμακές της, προσδιορίζοντας την πορεία μετά το εξιτήριο (επανεισαγωγή) και την πιθανή εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς (π.χ. επιτυχή απόπειρα, επιθετική συμπεριφορά) ασθενών που είχαν μεταπαρακολούθηση για 3 χρόνια.

Όσον αφορά στις κλίμακες HCR-20v2, PCL:SV, η θετική συσχέτιση που βρέθηκε στη μεταξύ τους σχέση και στην ικανότητα πρόβλεψης εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς στο μέλλον, επιβεβαιώνεται από πολλές ερευνητικές μελέτες που καταδεικνύουν την HCR-20v2, ως σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα για την επανεισαγωγή και την αυτο/ έμμεση αναφορά βίαιης συμπεριφοράς (Dolan & Blattner, 2010, p. 76-83, Mossman, 2008, p.66-72, Doyle & Dolan, 2006, p. 520-26, Dolan & Khawaja, 2004, p. 469-483, Grevatt, et al, 2004, p.278-292, McNiel, et al, 2003, p.945-53). Επιπλέον κάποιοι μελετητές υποστηρίζουν την υπεροχή της HCR-20v2, ως προς την προγνωστική αξιοπιστία, έναντι της PCL:SV (Douglas, et al, 1999, p. 917-930).

Το συνολικό σκορ της HCR-20 v2 και η προοδευτική αύξησή του, αποδείχτηκε καλύτερος προγνωστικός παράγοντας και ακολουθούν οι υποκλίμακες **H** (*στοιχεία ιστορικού*) και **R** (*στοιχεία διαχείρισης της επικινδυνότητας*). Από τη πλειοψηφία των μελετών αναφέρεται η υποκλίμακα **H** να έχει ειδική χρησιμότητα για την πρόβλεψη κάθε μορφής ενδονοσοκομειακού επεισοδίου βίας και κυρίως για την πρόβλεψη λεκτικής προσβολής (Grevatt, et al, 2004, p. 278-292).

Αναφορικά με τις υποκλίμακες **C** (*κλινικά στοιχεία*) και **R** (*στοιχεία διαχείρισης της επικινδυνότητας*), μείωση των βαθμολογιών τους παρατηρήθηκε όσο αυξανόταν η διάρκεια παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο. Η μεγάλη παραμονή για την πλειοψηφία των ασθενών λειτουργεί ενισχυτικά ως προς την λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και την ύφεση της συμπτωματολογίας, με συνέπεια την ενίσχυση της εναισθησίας και ανάπτυξης της θεραπευτικής σχέσης. Η επαφή με τον ασθενή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα επιτρέπει στη θεραπευτική ομάδα την υιοθέτηση στρατηγικών διαχείρισης της επικινδυνότητας που είναι θεραπευτικές για την αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου στην ενεργό φάση της και προσδιορισμού των στόχων της ψυχοκοινωνικής επανένταξης. Στοχεύουν δε, σε συγκεκριμένες συμπεριφορές, στον έλεγχο της παρορμητικότητας και των συναισθημάτων, αυξάνοντας την εναισθησία και την πιθανότητα της σύμπλευσης (Gretenkord, et al., 2002).

Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα των υποκλιμάκων **C** και **R** μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για τον προσδιορισμό συγκεκριμένων στόχων παρέμβασης και μετρήσεων θεραπευτικής προόδου καθώς μπορούν να επαναλαμβάνονται. Η εκτίμηση των κλινικών λημμάτων **C** και αυτών της διαχείρισης της επικινδυνότητας **R**, συντελεί στην αποτίμηση του αντίκτυπου των παρεμβάσεων που υλοποιούνται και καταγραφής της πορείας, ενώ συγχρόνως αποτυπώνονται οι όποιες αλλαγές στους θεραπευτικούς στόχους (Alberti-Sudupe, et al., 2011, p. 11-51).

Υψηλές βαθμολογίες στις κλίμακες HCR-20 v2, PCL:SV βρέθηκαν σε όσους ασθενείς είχαν διαπράξει απόπειρα αυτοκτονίας και/ή είχαν εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά στον πρώτο χρόνο μέτρησης (T0). Ένα κρίσιμο σκορ-τιμή απόκλισης (*cutoff*) 29 στην κλίμακα HCR-20, όπως διαπιστώθηκε στην εργασία μας, θα πρέπει να αποτελεί ένα σημαντικό μήνυμα για τον κλινικό. Ωστόσο, κάποιοι μελετητές (Fujii, et al, 2004) αναφέρουν πως ένα κρίσιμο σημείο 27 θα μπορούσε να αποδειχτεί χρήσιμο. Η χαμηλή θετική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων HCR-20 v2 και GAF θα μπορούσε να εξηγηθεί υπό το πρίσμα της πιθανής εκδήλωσης απόπειρας και σε σχέση με τη συνειδητοποίηση της νόσου και των συνεπειών της. Άλλωστε βιβλιογραφικά έχει υποστηριχθεί πως η κλινική βελτίωση δεν αποτελεί το σημείο στη μείωση του κινδύνου των αυτοκτονιών. Στην πραγματικότητα η βελτίωση της ψυχικής συμπτωματολογίας μπορεί να οδηγήσει στην επίγνωση της νόσου, έτσι ώστε ο κίνδυνος αυτοκτονικότητας να είναι το αποτέλεσμα επώδυνης ενσυναίσθησης καθόλη την πορεία της ζωής ενός ασθενούς (Shrivastava, et al., 2010, p. 633-638).

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση οι άγαμοι, διαζευγμένοι, χήροι/ες ασθενείς μας εμφάνισαν υψηλά ποσοστά εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς, γεγονός που επιβεβαιώνει την επικρατούσα θέση πως ο γάμος ή η ύπαρξη μιας σταθερής σχέσης λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας στην εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς (Δουζένης & Λύκουρας, 2008, Γουρνέλης, 2006, Δουζένης, 2006, Γκορίνης, 2003, Λειβαδίτης, 1994).

Η υπεροχή των γυναικών ασθενών του δείγματός μας αναφορικά με τις απόπειρες και την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς συνάδει με άλλων ερευνητών που καταγράφουν παρόμοια διαφοροποίηση (Minutolo, et al, 2010, p. 374-81, Χαβάκη-Κονταξάκη, 2007, Steinert, et al, 1999, p. 85-90). Ωστόσο, κάποιοι υποστηρίζουν πως μεταξύ των ψυχιατρικών ασθενών και των δύο φύλων, είναι πιθανό να υπάρχουν παρόμοια ποσοστά βίας (Malla, et al, 2002, p.231-242, Larsen, et al, 2000, p.1-9, Lidz, et al, 1993, p.1007-1011). Ενώ, άλλοι επισημαίνουν, πως η ψυχική νόσος μειώνει το φυλετικό χάσμα για την εκδήλωση βίας, ειδικά την ενδονοσοκομειακή (Tardiff, et al, 1997, p. 88-93, Newhill, et al 1995, p. 785-789) γεγονός που διαπιστώθηκε και στη δική μας μελέτη.

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται πως ορισμένες διαγνώσεις του Άξονα I και II<sup>4</sup> σχετίζονται με τον κίνδυνο βίας και την επιτυχή απόπειρα, όπως και συγκεκριμένες ομάδες συμπτωμάτων. Ειδικότερα, στον Άξονα I πρωτεύοντα ρόλο κατέχουν η μείζων κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια όταν συνυπάρχουν παράνοια και επιτακτικές ψευδαισθήσεις και οι διαταραχές οφειλόμενες στη χρήση ουσιών. Στον Άξονα II μεγαλύτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν η αντικοινωνική και η μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας (Doyle & Dolan, 2006, p. 520-26).

Ο κίνδυνος αυτοκτονικότητας έχει επισημανθεί τόσο στην πρώιμη έναρξη της κατάθλιψης, όσο και σε ασθενείς με πρώτο επεισόδιο ψύκωσης. Ειδικά για τη σχιζοφρένεια η αυτοκτονία αποτελεί την κύρια αιτία πρόωρου θανάτου και συνεχίζεται σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ασθενούς. Στην παρούσα μελέτη ασθενείς με παραληρητική διαταραχή ή σχιζοφρένεια αδιαφοροποιήτου τύπου και ασθενείς με κατάθλιψη και διαταραχή προσωπικότητας κατέγραψαν πιο συχνές απόπειρες. Επιπρόσθετα, η παρουσία πολλαπλών ψυχιατρικών διαταραχών ή συννοσηρότητας

---

4. Σύμφωνα με το πολυαξονικό διαγνωστικό σύστημα DSM-IV R, ο Άξονας I περιλαμβάνει όλες τις ψυχικές διαταραχές, ο Άξονας II τις διαταραχές προσωπικότητας και τη διανοητική καθυστέρηση, ο Άξονας III τις γενικές ιατρικές καταστάσεις, ο Άξονας IV τα ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα και ο Άξονας V τη συνολική εκτίμηση της λειτουργικότητας.

συνδέεται με ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο (Μουσσάς και συν 2009: 153-161). Το μικρό ποσοστό που βρέθηκε στη μελέτη μας να ανήκει σε αυτή την κατηγορία (9,1%) δεν θεωρήθηκε αντιπροσωπευτικό για την έκβαση οριστικών συμπερασμάτων.

Οι παράγοντες αυξημένου κινδύνου εκδήλωσης στο μέλλον επικίνδυνης συμπεριφοράς περιλαμβάνουν το ιστορικό προηγούμενης εκδήλωσης βίας, την εύκολη πρόσβαση σε κάποιο επικίνδυνο μέσο, την ψυχοπαθητικότητα, τη νεαρή ηλικία, τη χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, κ.α. Στην παρούσα μελέτη μόνο η ηλικία δεν βρέθηκε να διαδραματίζει κάποιο ρόλο, ενώ για πρώτη φορά παρατηρήθηκε πως τα άτομα ανώτερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης εκδήλωσαν επιθετική συμπεριφορά κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους σε υψηλότερα ποσοστά από αυτά των ατόμων με χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Συμπερασματικά θα λέγαμε, πως παρότι είναι δύσκολο να προσδιοριστεί ο απόλυτος κίνδυνος, η κλίμακα HCR-20 v2 μπορεί να θεωρηθεί ως μια πρώτη προσέγγιση στην προσπάθεια αξιολόγησης της επικινδυνότητας. Εφόσον είναι αδύνατο να καταγραφούν τα πάντα, ώστε να βοηθηθεί η κλινική κρίση, πρέπει να επιλεχθούν τα στοιχεία εκείνα που θα δείξουν με τρόπο σαφή πώς προέκυψε η εκτίμηση. Η κλίμακα HCR-20v2 περιλαμβάνει αυτή την καταγραφή. Στα δυνατά της σημεία περιλαμβάνονται επίσης, ο περιορισμός του υποκειμενικού στοιχείου και η συνεισφορά στο σχεδιασμό της διαχείρισης και αντιμετώπισης του πιθανού κινδύνου στο μέλλον.

Η παρούσα μελέτη ως προς την καταγραφή των διαγνωστικών κατηγοριών, βασίστηκε στην αποδοχή των διαγνώσεων όπως είχαν τεθεί από τους θεράποντες χωρίς τη χρήση διαγνωστικών εργαλείων στις περισσότερες των περιπτώσεων. Πιθανά η χρήση διαγνωστικών εργαλείων να διαφοροποιούσε τα αποτελέσματα ειδικά στους άξονες II και III. Παρόμοια, δεν συμπληρώθηκαν κάποιες διαγνωστικές κλίμακες, όπως για παράδειγμα η κλίμακα θετικού και αρνητικού συνδρόμου (PANSS), γεγονός που θα προσέφερε αρτιότερη εκτίμηση της κλινικής εικόνας των ασθενών του δείγματος.

Προτάσεις για μελλοντική έρευνα θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν την αναλυτική μελέτη των λημμάτων κάθε υποκλίμακας της HCR-20v2 στη μεταξύ τους σχέση υπό το πρίσμα του κινδύνου, την εφαρμογή της HCR-20v2 σε διαφορετικές ομάδες ασθενών και την έκβαση συμπερασμάτων μετά από μετρήσεις σε ποικίλα θεραπευτικά πλαίσια διαφορετικών χωρών του εξωτερικού με τη χρήση ποικίλων τεχνικών εκτίμησης.

Δυστυχώς, στη χώρα μας παρατηρείται παντελής έλλειψη ψυχιατροδικαστικών δομών διαβαθμισμένων ως προς το επίπεδο ασφάλειας και φύλαξης (υψηλής, μέσης, χαμηλής)

και του νομικού πλαισίου, τα οποία θα μπορούσαν να βοηθήσουν τους ασθενείς αυτών των υπηρεσιών να τύχουν ανάλογης θεραπευτικής φροντίδας και αντιμετώπισης (ακαταλόγιστοι ασθενείς σύμφωνα με το άρθρο 69, ποινικοί παραβάτες με ψυχικές διαταραχές που κρατούνται στο Ψυχιατρικό Κατάστημα του Κορυδαλλού). Ως εκ τούτου, δεν υφίσταται και η εξειδίκευση της Ψυχιατροδικαστικής Κοινωνικής Εργασίας (*Forensic Social Work*), όπου αντίστοιχα οι κοινωνικοί λειτουργοί διαδραματίζουν βασικό ρόλο στην αξιολόγηση, τη διαχείριση και τη θεραπευτική παρέμβαση σε ψυχικά ασθενείς με παραβατική συμπεριφορά. Καθίσταται λοιπόν επιτακτική μια εποικοδομητική συνεργασία μεταξύ των υπουργείων Υγείας και Δικαιοσύνης για την ίδρυση ψυχιατροδικαστικών δομών, την εκπαίδευση προσωπικού που θα στελεχώσει αυτές τις δομές, το διαχωρισμό των ασθενών με βάση τις θεραπευτικές τους ανάγκες, τον σχεδιασμό και την εφαρμογή θεραπευτικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων, τα οποία θα μπορούσαν να συμβάλλουν σημαντικά στη μεταρρύθμιση του υπάρχοντος αναχρονιστικού και παρωχημένου συστήματος σωφρονισμού και φροντίδας.

## Βιβλιογραφία

### Ελληνόγλωσσον

- Αλεβιζόπουλος, Γ.Α (1998). *Δικαστική Ψυχιατρική*, Αθήνα: Εκδόσεις Παριζιάνος.
- Γκορίνης, Α. (2003). Υποτροπή και επικινδυνότητα, στο Δαμίγος, Δ. (συντ.έκδ.) *Αποασυλοποίηση και η Σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Γοτσαμάνης, Κ. (2004). *Διαγνωστικά Κριτήρια DSM – IVTR™*, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Γουρνέλης, Ρ.Ι. (2006). Οι επιπτώσεις της ψυχικής διαταραχής στη ζωή του ζεύγους και της οικογένειας από ψυχιατρική σκοπιά, στο Σολδάτος, Κ., Καρακώστας, Ι., Κατσουράδης, Α. & Μαλλιώρη, Μ. (επιμ.), *Ψυχιατρική και Δίκαιο Ι*, Αθήνα: Εκδόσεις Α.Ν. Σάκκουλα.
- Δουζένης, Α. & Λύκουρας, Ε. (2008). *Ψυχιατροδικαστική*, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Δουζένης, Α. (2006). Η ελαττωμένη ικανότητα καταλογισμού και η πρακτική της εφαρμογής κατά την ποινική δίκη, στο Σολδάτος, Κ., Καρακώστας, Ι., Κατσουράδης, Α. & Μαλλιώρη, Μ. (επιμ.), *Ψυχιατρική και Δίκαιο Ι*, Αθήνα: Εκδόσεις Α.Ν. Σάκκουλα.



- Λειβαδίτης, Μ. (1994). *Ψυχιατρική και Δίκαιο*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Μαρτινάκη Σ & Μπουρίκος Δ.(επιμ), (2014). *Κοινωνική Εργασία και Ψυχική Υγεία*, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Μουσσάς, Γ., Τουρνικιώτη, Κ.Κ., Τσελεμπής, Α., Ρίζος, Ε., Μπράτης, Δ.&Βασιλά-Δέμη, Κ. (2009). Απόπειρες αυτοκαταστροφής στο γενικό νοσοκομείο και προειδοποιητικά σημεία επαγρύπνησης, *Ψυχιατρική*, 20 (2), σ. 153-161.
- Τσόπελας, Χ., Μαρτινάκη, Σ. & Λαμπράκη, Α. (2009). *HCR-20 Εκτίμηση επικινδυνότητας για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς* (Μετάφραση – Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης), Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Χαβάκη-Κονταξάκη, Μπ. (2007). Αυτοκαταστροφική και βίαιη συμπεριφορά, στο Σολδάτος, Κ. & Λύκουρας, Λ. (Επιμ.), *Σύγγραμμα Ψυχιατρικής (Τόμος Πρώτος)*, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

## Ξενογλώσση

- Alberti-Sudupe, J., Pita-Fernandez, S., Gomes-Pardinas, SM., et al (2011). Suicide attempts and related factors in patients admitted to a general hospital: A ten year cross-sectional study (1997- 2010), *BMC Psychiatry*, 31, p. 11-51.
- Andrews, D.A., Bonta, J. & Wormith, J. S. (2006). The recent past and near future of risk and / or need assessment, *Crime Delinquency*, 52, p. 7-27.
- American Psychiatric Association. (1974). *Task Force Report Number 8: Clinical Aspects of Violent Individual*. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Cocozza, J.J. & Steadman, H.J. (1976). The failure of psychiatric predictions of dangerousness: Clear and convicting evidence, *Rutgers Law Review*, 29, p. 1084-1101.
- Dolan, M. & Blattner, R. (2010). The utility of the Historical Clinical Risk - 20 Scale as a predictor of outcomes in decisions to transfer patients from high to lower levels of security: A UK perspective, *BioMedical Central*, 10, p. 76-83.
- Dolan, M.C. & Doyle, M. (2000). Violence risk prediction clinical and actuarial measures and the role of the psychopathy check list, *British Journal of Psychiatry*, 177, p. 303-311.
- Dolan, M. & Khawaja, A. (2004). The HCR-20 and post-discharge in male patients discharged from medium security in the U.K., *Aggressive Behavior*, 30, p. 469-483.
- Douglas, K.S., Ogloff, J.P.R., Nicholls, T.L. & Grant, I. (1999). Assessing risk for violence among psychiatric patients - The HCR-20 risk assessment scheme and the

- psychopath checklist: Screening Version, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, p. 917-930.
- Doyle, M. & Dolan, M. (2006). Predicting community violence from patients discharged from mental health services, *The British Journal of Psychiatry*, 189, p. 520-26.
- Fujii, D., Lichten, A. & Tokioka, A. (2004). *Structured professional judgment versus actuarial data in violence risk prediction using the historical Clinical Risk Management-20*, Paper presented at the Annual Convention of the American Psychological Association, Honolulu.
- Gretenkord, L., Muller-Isberner, R., and Ozokuy K. & Sommer, J. (2002). *Validating the HCR-20: Relationship between levels of security and the C R 10 score in hospital order treatment*, Paper presented at the Annual Conference of the International Association of Forensic Mental Health Services, Munich.
- Grevatt, M., Thomas-Peter, B. & Hughes, G. (2004). Violence, mental disorder and risk assessment: Can structured clinical assessments predict the sort-term risk of inpatient violence? *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 15, p. 278-292.
- Hare, R.D., (1991). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist – Revised*, Toronto: Multi-Health Systems.
- Hart, S.D., Cox, DD.N. & Hare R.D. (1995). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist. Screening Version (PSL: SV)*. Toronto: Multi-Health Systems, Inc.
- Larsen, T.K., Moe, L.C., Vibe-Hansen, L. & Johanssen, J.O. (2000). Premorbid functioning versus duration of untreated psychosis in one year outcome in first episode psychosis, *Schizophrenia Research*, 45, p. 1-9.
- Lidz, C.W., Mulvey, E.P. & Gardner, W. (1993). The accuracy of predictions of violence to others, *Journal of the American Medical Association*, 269, p. 1007-1011.
- Lindquist, P. & Allebeck, P. (1990) Schizophrenia and crime, *British Journal of Psychiatry*, 157, p. 345-35.
- Malla, Ak., Norman, RMG., Machanda, R., Ahmed, MR, Scholten, D., Harricaran, R., Cortese, L. & Takhar, J. (2002). One year outcome in first episode psychosis: Influence of DUP and other predictors, *Schizophrenia Research*, 54, p. 231-242.
- Maschi, T. & Killian, M.L. (2011). The Evolution of forensic social work in the United States: Implications for 21<sup>st</sup> century practice, *Journal of Forensic Social Work*, 1 (1), p. 8-36.
- McNiel, D.E., Champerlain, J.R., Weaver, C.M. et al. (2008). Impact of clinical training on violence risk assessment, *American Journal of Psychiatry*, 165, p. 195-200.

- Mc Niel, D., Gregory A., Lam., J., Binder, R. & Sullivan, G. (2003). Utility of decision support tools for assessing acute risk of violence, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, p. 945-53.
- Minutolo, G., Cannavo, D., Petralia, A., Gandolfo, L., Plermo, F. & Aquaglia, E. (2010). The aggression in SPDC: An observational study. Preliminary data, *Rivista di Psichiatria*, 45 (6), p. 374-81.
- Mossman, D. (2008) Violence risk: Is clinical judgment enough? *Current Psychiatry*, 7, p. 66-72.
- Newhill, C.E., Mulvey, E.P. & Lidz, C.W. (1995). Characteristics of violence in the community by the female patients seen in a psychiatric emergency service, *Psychiatric Services*, 46, p.785-789.
- Shrivastava, A., Mean, E., Johnston, M.E., Shah, N., Innamorati, M., Stitt, L., Thakar, M., Lester, D. & Pompili, M. (2010). Persistent suicide risk in clinically improved schizophrenia patients during a ten-year follow-up: the challenge of the suicidal dimension, *Neuropsychiatric Diseases and Treatment*, 6, p. 633-638.
- Steinert, T., Wiebe, Ch. & Gebhardt, R.P. (1999). Aggressive behavior against self and others among first admission patients with schizophrenia, *Psychiatric Services*, 50, p. 85-90.
- Tardiff, K., Marzuk, P.M., Leon, A.C. et al (1997). Violence by patients admitted to a private psychiatric hospital, *American Journal of Psychiatry*, 154, p. 88-93.
- Webster, C., Douglas K.S., Eaves, D., Hart, S.D. (1997). *HCR-20. Assessing Risk of Violence (version 2)*. Vancouver: Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Webster, C.D., Eaves, D., Douglas, K.S., Wintrup, A. (1995). *The HCR-20 scheme: The Assessment of Dangerousness and Risk*. Vancouver: Simon Fraser University and British Columbia Forensic Psychiatric Services Commission.