

Άρθρο Σύνταξης Editorial

Η επικινδυνότητα της σχιζοφρένειας

Η σχιζοφρένεια έχει συνδεθεί στα μάτια της κοινής γνώμης με την απρόκλητη βία και την επιθετικότητα. Αυτή η αντίληψη αυξάνει τον στιγματισμό και την περιθωριοποίηση όχι μόνο των ατόμων με σχιζοφρένεια αλλά συνολικά των ψυχιατρικά πασχόντων.

Η γνώση μας για την επικινδυνότητα των ατόμων με σχιζοφρένεια έχει περάσει από πολλά στάδια. Αρχικά ήταν αποδεκτό ότι όλοι οι σχιζοφρενείς ήταν επικίνδυνοι. Η άποψη αυτή στηριζόταν σε ανακοινώσεις μεμονωμένων περιστατικών. Με βάση τα αποτελέσματα μεθοδολογικά άρτιων επιδημιολογικών μελετών, η άποψη αυτή αμφισβητήθηκε και το «εκκρεμές» κινήθηκε προς την αντίθετη πλευρά. Ο Haffner π.χ. το 1973¹ ανέφερε: «Οι πάσχοντες από σχιζοφρένεια δεν έχουν περισσότερες πιθανότητες από τον γενικό πληθυσμό να εμπλακούν σε βίαιες παραπτωματικές πράξεις». Η άποψη αυτή είχε σημαντική συνεισφορά στις προσπάθειες για μείωση του στιγματισμού και της περιθωριοποίησης των ατόμων με σχιζοφρένεια και είναι εν μέρει ορθή.

Νεότερα δεδομένα κατέρριψαν την παραπάνω θέση και είναι πλέον αποδεκτό ότι: «άτομα πάσχοντα από σχιζοφρένεια είναι πιθανότερο να επιτελέσουν βίαιες πράξεις σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό». Πρέπει όμως να τονισθεί ότι αυτή η παραπτωματική συμπεριφορά ελάχιστα επηρεάζει τη συνολική εικόνα της βίας και παραπτωματικότητας στην κοινωνία μας γενικά.²

Οι προσπάθειες των ψυχιάτρων να μειώσουν τον στιγματισμό των ατόμων με σχιζοφρένεια θα πρέπει ταυτόχρονα να λαμβάνουν υπόψη τα επιστημονικά δεδομένα, τα οποία σαφώς ομιλούν για συσχέτιση μεταξύ της σχιζοφρένειας και της βίαιης συμπεριφοράς. Η συσχέτιση αυτή δεν είναι μόνο στατιστική αλλά κλινικά και κοινωνικά σημαντική.³

Πώς όμως τεκμηριώνεται η παραπάνω άποψη και ποια είναι τα ειδικά χαρακτηριστικά της μικρής αυτής υπο-ομάδας των ατόμων με σχιζοφρένεια που ευθύνονται για το μεγαλύτερο ποσοστό της βίας που σχετίζεται με αυτή την ασθένεια;

Από 4 μελέτες στις φυλακές χωρών του Δυτικού κόσμου συνάγεται ότι 5–10 από αυτούς που πρόκειται να οδηγηθούν στο δικαστήριο με την κατηγορία του φόνου, θα έχουν σχιζοφρενική διαταραχή.⁴

Επίσης, 9% από αυτούς που κρίθηκαν ένοχοι μη θανατηφόρου βίας ήταν άτομα με σχιζοφρένεια. Μελέτες παρακολούθησης μεγάλου αριθμού σχιζοφρενών επιβεβαιώνουν υψηλά ποσοστά καταδικασθέντων σχιζοφρενών για βίαιη συμπεριφορά.^{5–8}

Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ανησυχητικά, όμως οι Wallace et al⁶ μετά από στατιστική ανάλυση έδειξαν αυτό που οι κλινικοί ήδη γνωρίζουν: Είναι πολύ πιθανό οι ψυχίατροι να μην έχουν ποτέ την ευκαιρία να «δουν» 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.

Τα χαρακτηριστικά των ατόμων με σχιζοφρένεια που εμπλέκονται σε βίαια εγκλήματα συμπίπτουν με τα χαρακτηριστικά των ατόμων που διαπράττουν βίαια εγκλήματα χωρίς να πάσχουν από σχιζοφρένεια. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι: Άρρεν φύλο, νεαρή ηλικία, ιστορικό προηγούμενης βίαιης συμπεριφοράς, κατάχρηση/εξάρτηση από αλκοόλ/ναρκωτικά, χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, μέλος μειονότητας, αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας. Τα χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας που αυξάνουν την επικινδυνότητα αλλά σε μικρότερο βαθμό, είναι: Οξεία φάση, παρανοειδής τύπος, κακή συμμόρφωση με την αγωγή, αποϊδρυματοποίηση.⁹

Ειδικότερα: Σημαντικός αριθμός ασθενών με συννοσηρότητα σχιζοφρένειας και αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας επιτέθηκαν σε άτομα που δεν ανήκαν στο περιβάλλον τους. 60% των ασθενών που καταδικάσθηκαν

για ανθρωποκτονία είχαν ψευδαισθήσεις ή/και παραληρητικές ιδέες άμεσα σχετιζόμενες με την πράξη αυτή. Οι περισσότεροι από τους έχοντες διπλή διάγνωση είχαν στο ιστορικό τους μια σύγκρουση στην οποία άσκησαν σωματική βία που δεν σχετιζόταν με ψυχωσικά συμπτώματα. Σημαντικά περισσότεροι ασθενείς ήταν πιθανότερο να έχουν καταναλώσει αλκοόλ ή να βρίσκονται υπό την επήρεια ουσιών και να έχουν εμπλακεί σε φιλονικία με το θύμα πριν από την τέλεση του εγκλήματος.¹⁰

Η πρόληψη της παραβατικότητας στην πορεία της διαταραχής είναι ένα περίπλοκο θέμα που αφορά κύρια σε συγγενείς, φροντιστές και θεράποντες. Κατά τη διάρκεια της πορείας της νόσου θα πρέπει οι δυνητικά παραβατικοί πάσχοντες να αναγνωρίζονται πρώιμα και η θεραπευτική προσπάθεια να είναι συνεχής. Πρωταρχικό βήμα στην πρόληψη της βίαιης παραβατικής συμπεριφοράς στη σχιζοφρένεια αποτελεί η αποδοχή της αποδεδειγμένης σχέσης τους. Όσο η βίαιη συμπεριφορά, στην πορεία της διαταραχής, θεωρείται ανεξάρτητη της νόσου και παραγνωρίζεται, δεν θα υπάρχει πρόοδος. Η πρόληψη λοιπόν θα πρέπει αρχικά να έχει στόχο την ίδια τη σχιζοφρένεια. Η γενετική συμβουλευτική, η αποφυγή ιογενών λοιμώξεων κατά τη διάρκεια της κύησης και η αποφυγή περιγεννητικών επιπλοκών είναι δυνατό να μετριάσουν την επίπτωση της σχιζοφρένειας (πρωτογενής πρόληψη). Η έγκαιρη διάγνωση και εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας, η αποφυγή υποτροπών (δευτερογενής πρόληψη), καθώς και ο περιορισμός των φαινομένων έκπτωσης (τριτογενής πρόληψη), αποτελούν τα βασικά σημεία. Η διαχείριση, δηλαδή η αντιμετώπιση της εξάρτησης/κατάχρησης ναρκωτικών (ιδίως κάνναβης) και αλκοόλ, αποτελεί βασικό στόχο, καθώς οποιαδήποτε άλλη μορφή πρόληψης και θεραπείας φαίνεται δυσχερής εφόσον η κατάχρηση συνεχίζεται.

Οι παραβατικοί ασθενείς, μετά το εξιτήριο από την κλινική ή το σωφρονιστικό κατάστημα, προτείνεται να βρίσκονται σε τακτική παρακολούθηση από εξειδικευμένα τμήματα, με ιδιαίτερη προσοχή στη συμμόρφωση με την αγωγή και πιθανή χρήση παρεντερικής αγωγής με σκευάσματα βραδείας αποδέσμευσης. Η δυνατότητα δικαστικής εντολής για υποχρεωτική θεραπευτική αγωγή-παρακολούθηση θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και να μην απορρίπτεται a priori για «λόγους αρχής».

Είναι πάρα πολύ σημαντικό, ιδιαίτερα μετά από εγκληματικές πράξεις βίας που διαπράχθηκαν από πάσχοντες και προβάλλονται από τα μέσα πληροφόρησης, οι ψυχίατροι να καθίστανται συνήγοροι της λογικής που στηρίζονται σε πραγματικά στοιχεία.

Η αναγνώριση των πραγματικών κινδύνων και η λήψη των κατάλληλων παρεμβατικών μέτρων είναι εξαιρετικά σημαντικές, καθώς έτσι αποκαλύπτονται διαστρεβλωμένες πεποιθήσεις της κοινής γνώμης και αποθαρρύνονται πολιτικές στιγματισμού.

Ελευθέριος Λύκουρας

Καθηγητής Ψυχιατρικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Αθανάσιος Δουζένης

*Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής-Ψυχιατροδικαστικής,
Πανεπιστήμιο Αθηνών*

Βιβλιογραφία

1. Bocker HW. Mentally disordered offenders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1973, 8:220–229
2. Swanson JW, Holtzer C, Gunju V et al. Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the epidemiological catchment area surveys. *Hosp Commun Psychiatry* 1990, 41:761–770
3. Hodgins S, Müller-Isberver. Preventing crime by people with schizophrenic disorders: The role of psychiatric services. *Br J Psych* 2004, 185:245–250
4. Mullen PE. Schizophrenia and violence: From correlations to preventive strategies. *Advanc in Psych Treatm* 2006, 12:239–248
5. Soyka M, Morharrt-Klute V, Schoeh H. Delinquency and criminal offences in former schizophrenic inpatients 7–12 years following discharge. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2004, 254:289–294
6. 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, 161:716,727
7. Vevera J, Hubbart A, Vesely A, Papezova A. Violent behaviour in schizophrenia: A retrospective study of four independent samples from Prague. *Br J Psychiatry* 2005, 187:426–430
8. Swanson JW et al. A national study of violent behaviour in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006, 63:490–499
9. Μουρίκης Η, Δουζένης Α. *Σχιζοφρένεια και έγκλημα/παραβατικότητα στην Ψυχιατροδικαστική*. Α. Δουζένης, Λ. Λύκουρας. Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, 2008:120,129
10. Joyal CC, Putkonen A, Paavola A, Tihonen J. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychol Med* 2004, 34:433–442