

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:**

**«Ζητήματα προστασίας των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών στο  
πλαίσιο του εγκλεισμού τους σε Ψυχιατρικά Ιδρύματα»**



**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: Σαριδάκη Μαρία, Α.Μ: 144  
ΕΤΟΣ: 2013-14, Χειμερινό Εξάμηνο**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Μία σύντομη ανασκόπηση στην εξέλιξη της ψυχιατρικής διεθνώς.....	2
2. Μία σύντομη ανασκόπηση στην εξέλιξη της ψυχιατρικής σε εθνικό επίπεδο.....	5
3. Ακούσια και εκούσια νοσηλεία: Ορισμός.....	10
4. Βιοηθικά ζητήματα.....	11
Α. Πατερναλισμός.....	11
Β. Περί αυτονομίας και άρνησης της φαρμακευτικής αγωγής.....	18
Γ. Εγκληματικές πράξεις και ακαταλόγιστο.....	27
5. Δικαιώματα των ψυχικά ασθενών.....	30
6. Το Θεσμικό πλαίσιο για τα δικαιώματα των ψυχικά σε διεθνές επίπεδο.....	42
Α. Η Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου.....	42
Β. Η Σύσταση της Επιτροπής Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης.....	43
7. Το Θεσμικό πλαίσιο για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών σε εθνικό επίπεδο.....	45
8. Καταπάτηση νόμων και δικαιωμάτων.....	53
9. Προτάσεις Εθνικής Επιτροπής για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (ΕΕΛΑ).....	60
10. Συμπεράσματα.....	64
11. Βιβλιογραφία.....	68

## 1. Μία σύντομη ανασκόπηση στην εξέλιξη της ψυχιατρικής διεθνώς

Οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα δημόσιας υγείας στην εποχή μας. Ο τρόπος αντιμετώπισης των ατόμων που πάσχουν από αυτές, δεν είναι ένα ζήτημα που περιορίζεται στη θεραπεία. Επεκτείνεται σε όλα τα πεδία των ατομικών δικαιωμάτων που διαθέτουν οι πολίτες μιας χώρας κ οπωσδήποτε και στα νομικά δικαιώματα. Η νοσηλεία και η μεταχείριση των ψυχικά ασθενών, η διαδικασία του εγκλεισμού στο ψυχιατρικό ίδρυμα και η κοινωνική τους επανένταξη, απασχόλησαν και απασχολούν πλήθος από επιστήμονες πολλών και ποικίλων ειδικοτήτων. Σήμερα, οι ψυχίατροι, οι ψυχολόγοι, οι κοινωνιολόγοι, οι δικαστές και οι δικηγόροι, οι κοινωνικοί λειτουργοί και άλλοι, εμπλέκονται με τον έναν ή με τον άλλο τρόπο σε ζητήματα ψυχικής υγείας.

Η διεπιστημονική προσέγγιση των θεμάτων της ψυχικής υγείας είναι αλληλένδετη με τη σύγχρονη, ουμανιστική θεώρηση για την ψυχική ασθένεια και την αντιμετώπιση του ψυχικά ασθενούς. Η αναγνώριση των ατομικών δικαιωμάτων για όλους ανεξαιρέτως τους πολίτες και η υποχρέωση του κράτους να σέβεται και να προστατεύει τα δικαιώματα αυτά, ήταν οι παράγοντες εκείνοι που συνέβαλαν με αποφασιστικό τρόπο στην καλύτερευση της μεταχείρισης των ασθενών γενικά και των ψυχικά ασθενών ειδικότερα, στους οποίους αναγνωρίζονται πλέον δικαιώματα αυτονομίας και αυτοδιάθεσης σε θέματα εργασίας, θεραπείας και κοινωνικής ζωής.

Από τη μελέτη της ιστορικής εξέλιξης της ανθρωπότητας προκύπτει ότι η κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ασθενών σε ολόκληρη τη διαδρομή της ιστορίας υπολείπεται της κατοχύρωσης των γενικότερων ατομικών δικαιωμάτων. Κι όχι μόνο αυτό: Αν η κατοχύρωση των δικαιωμάτων ακολουθεί σε γενικές γραμμές την πρόοδο στην εξέλιξη της κοινωνίας, δε μπορούμε να ισχυριστούμε ότι τα δικαιώματα των ψυχασθενών ακολουθούν μια ανάλογη πορεία. Οι παλινδρομήσεις, η αναβίωση αρνητικών αντιλήψεων και οι υπαναχωρήσεις, είναι φαινόμενα που απαντώνται συχνά (Παπαδάτος, 1986).

Είναι φυσικό ότι σε περιόδους της ιστορίας που τα ατομικά δικαιώματα δεν υπήρχαν ούτε ως έννοια, να μη γίνεται καν νύξη για τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Η παράξενη και «ανάρμοστη» συμπεριφορά των ψυχικά ασθενών προκαλούσε το φόβο των υπόλοιπων μελών της κοινωνίας και οδηγούσε τις

περισσότερες φορές στον κατατρεγμό και στην απομόνωση (Douraki, 1986). Οι μόνοι που προσπαθούσαν να ανακαλύψουν τις αιτίες της ψυχικής ασθένειας και είχαν λόγο για την περίθαλψη των ψυχικά ασθενών ήταν οι μάγοι των πρωτόγονων φυλών, οι μάντεις και αργότερα, στην περίοδο της κλασσικής αρχαιότητας, οι γιατροί και οι φιλόσοφοι.

Η περίοδος του Μεσαίωνα δε φημίζεται ασφαλώς για την προσφορά της στον ανθρώπινο πολιτισμό. Φημίζεται, αντίθετα, για την απάνθρωπη μεταχείριση που επεφύλαξε ιδιαίτερα στους ψυχικά ασθενείς, επιλέγοντας ως προσφορότερη θεραπεία τα βασανιστήρια και μερικές φορές το θάνατο στην πυρά. Η αξιολογική και δαιμονολογική ερμηνεία των ψυχικών παθήσεων ήταν άμεσα συναρτημένη με το θρησκευτικό φανατισμό και τον πνευματικό σκοταδισμό.

Η μακροχρόνια διαδικασία της κοινωνικής εξέλιξης που αρχίζει με την Αναγέννηση, το Διαφωτισμό και φτάνει στα τέλη του 18<sup>ου</sup> αιώνα στην έκρηξη της Γαλλικής Επανάστασης και του Φιλελευθερισμού, επιφέρει μεταξύ άλλων και την αναγνώριση των στοιχειωδών ατομικών ελευθεριών. Κάποιες ανάλογες ελευθερίες και δικαιώματα αναγνωρίζονται και στους ψυχικά ασθενείς, με τη συνδρομή ορισμένων πρωτοπόρων όπως ο Άγγλος William Tuke, ο Γάλλος Phillippe Pinel, ο Ιταλός Vincenzo Chiarugi και η Dorothea Dix (Παπαδάτος, 1987). Ο Ιταλός Pietro Pisani εφαρμόζει στο Παλέρμιο μεθόδους «θεραπείας περιβάλλοντος», ενώ στην αγροτοθρησκευτική Φλαμανδική Κοινότητα του Geel, έχει εμφανιστεί ήδη από το 16<sup>ο</sup> αιώνα η πρώτη μορφή εξωιδρυματικής διαβίωσης των ψυχικά ασθενών οι οποίοι ζουν στα πλαίσια θετών οικογενειών και συμμετέχουν στις αγροτικές δραστηριότητες της κοινότητας.

Ο εκφυλισμός των ιδεών της γαλλικής Επανάστασης και η απολυταρχική Παλινόρθωση στην Ευρώπη, αναχαιτίζουν την πρόοδο που έχει σημειωθεί στην αντιμετώπιση των ψυχασθενών. Κατά τον 19<sup>ο</sup> αιώνα εμφανίζονται και πάλι οι αρνητικές αντιλήψεις του παρελθόντος για την επικινδυνότητα και την ανάγκη απομόνωσης των ασθενών και θεσπίζεται η υποχρεωτική εισαγωγή τους σε θεραπευτικά ιδρύματα και ο περιορισμός της ελευθερίας τους.

Στις ΗΠΑ, πριν την επανάσταση του 1776, οι ασθενείς παρέμεναν στην οικογένεια τους και συμμετείχαν κατά το δυνατόν στα πλαίσια της οικογενειακής παραγωγής. Αργότερα όμως, η άνοδος του καπιταλισμού και η ένταξη ολόκληρου του παραγωγικού δυναμικού στην παραγωγική διαδικασία, ωθεί τους ψυχικά ασθενείς στον ιδρυματικό περιορισμό (Μαδιανός, 1980, Μπούρας, 1983).

Από τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, οι εξελίξεις στην Ψυχιατρική παίρνουν τη μορφή χιονοστιβάδας. Οι απόψεις του Freud και οι ανακαλύψεις του Pavlov ανοίγουν νέους ορίζοντες, εμβαθύνουν στις εσωτερικές δυνάμεις του ανθρώπου και αναγνωρίζουν την καταλυτική επίδραση των εξωτερικών παραγόντων του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος (Παπαδάτος, 1987). Μερικές δεκαετίες αργότερα, εμφανίζονται νέα ψυχοφάρμακα με ικανοποιητικές θεραπευτικές δυνατότητες, τα οποία και συντελούν στη θεραπευτική αγωγή και στην αποασυλοποίηση του ψυχικά ασθενούς. Παράλληλα, αρχίζουν να εφαρμόζουν μορφές εκούσιας νοσηλείας και να υποκαθίσταται η αναγκαστική ιδρυματική νοσηλεία.

Οι παραπάνω εξελίξεις, σε συνδυασμό με την κοινωνική ευαισθητοποίηση σε θέματα ψυχικής υγείας, δημιουργούν πρόσφορο έδαφος για την κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών. Πολύ περισσότερο μάλιστα, όταν αρχίζουν να διεκδικούνται δικαιώματα, όπως το δικαίωμα της ελευθερίας, της βελτίωσης της δημόσιας περίθαλψης και της επαγγελματικής τους αποκατάστασης (Παπαδάτος, 1987, Παπαδάτος, Κυριακάκης & Νικόλης, 1988).

Η νέα κοινωνική αλλά και νομική θεώρηση του ψυχικά ασθενούς και της ψυχιατρικής περίθαλψης εμφανίζεται πρωτίστως στην Ιταλία. Ήδη, από το 1960, οι «Κίνηση Δημοκρατικής Ψυχιατρικής» που ξεκινά στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Corizia με την καθοδήγηση του ψυχιάτρου Franco Basaglia, επεκτείνεται και στα νοσοκομεία της Trieste, Arezzo, Perugia κ.α. Σκοπός του Basaglia είναι, όπως αναφέρει, «η ανακάλυψη ενός νέου τύπου παραγωγικότητας και αποτελεσματικότητας που να μπορεί να ενταχθεί και ο μη ικανός και ο μη παραγωγικός, ή να μπορέσει να βρει ένα ρόλο κοινωνικό που να του ταιριάζει». Η βασική προσφορά της Κίνησης του Basaglia έγκειται στο ότι απομυθοποιεί την κατάσταση του ψυχικά ασθενούς και γενικότερα της ψυχικής ασθένειας, φανερώνει τους μηχανισμούς βίας και καταστολής που υπάρχουν σε κάθε μορφή εξουσίας-ακόμα και στη θεραπευτική- και δημιουργεί τις προϋποθέσεις για μία νέα θεωρητική και πρακτική προσέγγιση των θεμάτων της ψυχικής υγιεινής, που επιδρά καταλυτικά, ακόμα και σήμερα και όχι μόνο στην Ιταλία (Κολημένου, 1987).

Καρπός της εξελικτικής αυτής πορείας είναι ο Ιταλικός Νόμος 180 του 1978, ο οποίος ενσωματώνει στις διατάξεις του τις ιδέες της Δημοκρατικής Ψυχιατρικής και συμβάλει στη μεταβολή της παραδοσιακής και πεπαλαιωμένης αντίληψης για την επικινδυνότητα και το ανίατο της ψυχικής ασθένειας προς μία νέα, πρωτοποριακή θεώρηση, σύμφωνα με την οποία, η ψυχική ασθένεια θα πρέπει να είναι μέλημα

ολόκληρης της κοινωνίας και όχι μόνο των ψυχιάτρων, και, για το λόγο αυτό, θα πρέπει να υπάρχει ένα σύστημα θεραπείας, που θα προβλέπει την αποκατάσταση του ψυχικά άρρωστου μέσα στο κοινωνικό περιβάλλον του οποίου άλλωστε είναι και αυτός μέλος (Παπαδάτος, Στογιαννίδου, 1988).

## **2. Μία σύντομη ανασκόπηση στην εξέλιξη της ψυχιατρικής σε εθνικό επίπεδο**

Όσον αφορά στον ελληνικό χώρο, το δημόσιο σύστημα ψυχιατρικής φροντίδας έως και τη δεκαετία του 1980, παρέμενε μονόπλευρα ιδρυματικό, βασισμένο στη λειτουργία μόνο παραδοσιακών ψυχιατρικών ιδρυμάτων και βρισκόταν σε απαράδεκτα επίπεδα σε σχέση με ό, τι ήταν ανθρωπιστικά και επιστημονικά αποδεκτό. Η ιδρυματική ψυχιατρική περίθαλψη ήταν η μοναδική λύση για τη φροντίδα των ανθρώπων με ψυχική ασθένεια, οι οποίοι στο πλαίσιο αυτό είχαν να αντιμετωπίσουν όχι μόνο τις δυσκολίες της ασθένειας αλλά και το στιγματισμό, την περιθωριοποίηση, τον εγκλεισμό και τις αντιθεραπευτικές ιδρυματικές καταστάσεις της ζωής στο ψυχιατρικό άσυλο.

Η κατάσταση που επικρατούσε τότε στα ψυχιατρεία απασχόλησε τον εγχώριο και το διεθνή Τύπο με καταγγελίες για τις απαράδεκτες συνθήκες και την κατάφορη παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ασθενών. Ειδικότερα, οι καταγγελίες που αφορούσαν τις απάνθρωπες μεθόδους αντιμετώπισης των ασθενών στο Ψυχιατρείο της Λέρου, όπως αυτές του 9<sup>ου</sup> περιπτέρου των γυμνών και του 11<sup>ου</sup> περιπτέρου των αλυσοδεμένων (Μπαϊρακτάρης, 1994), κινητοποίησαν τη διεθνή επιστημονική κοινότητα, στιγματίσαν το σύνολο των ψυχιατρικών υπηρεσιών της χώρας, με αποτέλεσμα, το 1984, την παρέμβαση της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ekdawi, 1987, Ramsey, 1990, Bouras, 1992).

Μία ομάδα εμπειρογνομόνων, μάλιστα, που εκείνη την περίοδο μελέτησε τη δημόσια ψυχιατρική φροντίδα εκ μέρους της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων κατέληξε στο ότι η παρεχόμενη φροντίδα ήταν ανεπαρκής, ότι συνδύαζε τη θεραπευτική απραξία με την παθητικότητα και ότι ήταν αποκαλυπτική αξιοθρήνητων και απάνθρωπων συνθηκών. Οι εμπειρογνώμονες διαπίστωσαν ότι τα εννέα ψυχιατρεία της χώρας λειτουργούσαν σε απαράδεκτες συνθήκες, νοσηλεύοντας μαζί και αδιαφοροποίητα άτομα με ψυχική ασθένεια και άτομα με νοητική υστέρηση. Επίσης, εκτίμησαν ότι πολλοί ασθενείς παλινδρομούσαν σε μεγάλο βαθμό και ότι

ήταν πλήρως εγκαταλειμμένοι. Επιπλέον, επισήμαναν σημαντικές αδυναμίες και ελλείψεις στην κατάρτιση του προσωπικού και σημείωσαν την πλήρη έλλειψη προγραμμάτων απασχόλησης και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ασθενών (Ασημόπουλος, 2008).

Ο αναχρονισμός και η διατήρηση των ιδρυματικών πρακτικών στον τομέα των ψυχιατρικών υπηρεσιών στην Ελλάδα, έως το 1990, είχε άμεση σχέση με τη γενικότερη καθυστέρηση στην ανάπτυξη κοινωνικής πολιτικής και κοινωνικής προστασίας που παρατηρήθηκε μεταπολεμικά. Η έλλειψη πολιτικής ανάπτυξης κράτους πρόνοιας ήταν αποτέλεσμα διαφόρων ιστορικών, πολιτικών, κοινωνικών, οικονομικών και πολιτισμικών παραγόντων. Μεταπολεμικά, τα ατομικά και κοινωνικοπολιτικά δικαιώματα ήταν περιορισμένα, το αυταρχικό κλίμα εμπόδιζε την εξέλιξη νέων σύγχρονων κοινωνικών ιδεών, οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας και οι κοινωνικές υπηρεσίες ήταν ανεπαρκείς και απαρχαιωμένες, τα κοινωνικοοικονομικά προβλήματα της εποχής σοβαρά και οι δαπάνες κοινωνικής προστασίας ήταν ελάχιστες (Ασημόπουλος, 2008).

Μετά την ένταξη της Ελλάδας στην Ε.Ε. υιοθετήθηκε ο Κανονισμός του Συμβουλίου 815/84 στις 26 Μαρτίου 1984, ο οποίος προέβλεπε έκτακτη οικονομική στήριξη που αφορούσε τη μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης σε όλη την Ελλάδα. Έτσι λοιπόν, σχεδιάστηκε ένα πρόγραμμα δράσης για την ανάπτυξη νέων δομών και υπηρεσιών με στόχο την κοινωνική ενσωμάτωση και επαγγελματική επανένταξη των ψυχικώς ασθενών και των ατόμων με νοητική καθυστέρηση, καθώς και τη βελτίωση των συνθηκών περίθαλψης των ασθενών στα δημόσια ψυχιατρεία.

Παρόλ' αυτά, μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1998 σε μία κλειστή ψυχιατρική πτέρυγα ενός δημόσιου ψυχιατρείου, με συμμετοχική παρατήρηση διάρκειας οχτώ μηνών και ατομικές συνεντεύξεις, μαρτυρά ότι μέχρι και τότε, οι συνθήκες που επικρατούσαν ήταν απαράδεκτες. Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι οι εσώκλειστοι ψυχικά ασθενείς ήταν εκτεθειμένοι σε ακραία υποβαθμισμένες συνθήκες και σε διαδικασίες περιορισμού, στέρησης και ιδρυματισμού, καθώς και ότι υποβάλλονταν σε επαναλαμβανόμενη και συστηματική παραμέληση και κακοποίηση. Εξαρτώνταν απόλυτα από ανειδίκευτο προσωπικό, το οποίο διακατεχόταν από ιδέες και στάσεις αυταρχικές και το οποίο ανέπτυξε φυλακτική ιδεολογία σε αντίθεση με την απαιτούμενη θεραπευτική, με συμπεριφορές εκφοβισμού και κακοποίησης των ασθενών, επιδιώκοντας τον απόλυτο έλεγχό τους. Οι ασθενείς στο ψυχιατρείο

υπόκειντο σε άκαμπτους και περιοριστικούς κανονισμούς, δεν είχαν τη δυνατότητα επιλογών, αντιμετώπιζονταν αδιαφοροποίητα, δίχως να αναγνωρίζονται οι εξατομικευμένες ανάγκες της σωματικής και της ψυχικής τους υγείας, παραμελούνταν οι ανάγκες της διατροφής και της υγιεινής τους και γίνονταν θύματα εκμετάλλευσης, κατάχρησης εξουσίας και βίας, με σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχοκοινωνική τους κατάσταση και στην κοινωνική τους αποκατάσταση (Ασημόπουλος, 2008).

Οι ασθενείς ήταν υποχρεωμένοι να ζουν την καθημερινότητα σε περιορισμό. Η ζωή τους προσδιοριζόταν από έναν βασικό κανόνα: της απαγόρευσης να εξέρχονται δίχως άδεια από το ψυχιατρείο. Το πλαίσιο δομείτο με τρόπο ώστε να εξυπηρετούνται οι σκοποί του εγκλεισμού και της επιτήρησης. Η ζωή των ασθενών εκτυλισσόταν στο πλαίσιο μονότονων επαναλαμβανόμενων προγραμματισμένων δραστηριοτήτων που εποπτεύονταν από τα μέλη του προσωπικού και προσδιοριζόταν από ένα βραχύ ημερήσιο κύκλο ίδιων και अपαράλλακτων γεγονότων: τα ίδια πράγματα, την ίδια ώρα, την ίδια ημέρα της εβδομάδας, κάθε εβδομάδα.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών ήταν αποκλειστικά βιολογική, αυτή της χορήγησης ψυχοφαρμάκων. Η ταύτιση της έννοιας της θεραπείας με τη φαρμακοθεραπεία ήταν απόλυτη. Κανενός άλλου είδους θεραπεία, σε ατομικό, ομαδικό, περιβαλλοντικό ή θεσμικό επίπεδο, δεν αναγνωριζόταν και, ως εκ τούτου, δεν εφαρμόζόταν. Δε χρησιμοποιούνταν συμπληρωματικά ή εναλλακτικά της φαρμακευτικής αγωγής των ασθενών, ούτε ατομική υποστηρικτική συμβουλευτική για την κατανόηση, τη συμπαράσταση και την ενθάρρυνση τους, ούτε εξειδικευμένες ψυχαναλυτικές, γνωσιακές, συμπεριφορικές ψυχοθεραπείες ή κοινωνικές (θεραπεία περιβάλλοντος, θεραπευτική κοινότητα) θεραπείες ή μέθοδοι ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Χορηγούνταν στους ασθενείς μόνο φαρμακευτικές ουσίες που θεωρούνταν μοναδικά κατάλληλες για να τροποποιούν τις ψυχικές τους εκδηλώσεις. Αποκλειστικός σκοπός της χορήγησης τους είναι η καταστολή των συμπτωμάτων των ασθενών. Παράλληλα τους χορηγούνταν και επιπλέον φαρμακευτικές ουσίες με σκοπό την πρόληψη των ενοχλητικών και σοβαρών παρενεργειών των ψυχοτρόπων φαρμάκων.

Η καθυπόταξη και ο σωματικός εξουσιασμός των ασθενών εκ μέρους των μελών του προσωπικού αποτελούσε θεμιτή στρατηγική γενικότερα στο ψυχιατρείο. Ειδικότερα η καθήλωση με δέσιμο των ασθενών, προτεινόταν σαν ένα κατάλληλο μέτρο για την απαλλαγή του προσωπικού από διεγερτικούς ασθενείς, ελλείψει



πρόσφορων βιοψυχοκοινωνικών μέτρων αντιμετώπισης και χειρισμού των ασθενών. Το μέτρο αυτό ωστόσο θεωρείται ότι πρέπει να εφαρμόζεται σε έσχατη ανάγκη, βάση αρχών και κανόνων κι έπειτα από ψυχιατρική εκτίμηση, διότι είναι δυνατόν να επιφέρει σοβαρές επιπτώσεις στους ασθενείς: τραυματισμούς, επιδείνωση της διέγερσης, παραγωγικά συμπτώματα, έως και αυτοκτονία.

Επιπλέον, οι ασθενείς στερούνταν υλικής άνεσης και αν δεν είχαν την οικονομική στήριξη της οικογένειας τους, αναγκάζονταν να φορούν τα ίδια ρούχα για πολύ καιρό, να ζητιανεύουν και να φαίνονται εντελώς παραμελημένοι. Πολλές φορές οι ασθενείς αναγκάζονταν να ζουν στριμωγμένοι, χωρίς να υπάρχει ένα ήσυχο μέρος που να μπορούν να ηρεμούν. Έτσι, τα προσωπικά τους όρια αίρονταν και καταργούνταν. Δεν υπήρχαν δημιουργικές ασχολίες για να περνούν την ώρα τους. Ο εγκλεισμός, η επιτήρηση, η αποπροσωποποίηση και οι συνθήκες εξευτελισμού και εξαθλίωσης που χαρακτήριζαν το φυσικό περιβάλλον του νοσοκομείου, δημιουργούσαν μια ισοπεδωτική καθημερινή πραγματικότητα η οποία επηρέαζε την κατάσταση των ασθενών. Υπόκειντο σε διαδικασίες ελέγχου της βούλησης και υποταγής, ενώ η αδράνεια, η παθητικότητα, η εξάρτηση και η επιδεινούμενη αποκοινωνικοποίηση, αλλά και η κατάθλιψη, το άγχος και οι φοβίες, αποτελούσαν το αντίκτυπο της ζωής τους στο ψυχιατρείο (Παπαϊωάννου, 2011).

Στα επόμενα, ωστόσο, χρόνια η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα έφερε κάποια αξιοσημείωτα αν και αποσπασματικά αποτελέσματα: την εμφανή μείωση του αριθμού των χρόνιων ασθενών στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία, την εμφάνιση μιας νέας μορφής υπηρεσιών ψυχικής υγείας με την ανάπτυξη εξωτερικών ιατρείων, κέντρων ψυχικής υγείας, ψυχιατρικών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία, προγραμμάτων προ-επαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης σε κέντρα αποκατάστασης και τη δημιουργία ξενώνων και προστατευμένων διαμερισμάτων στην κοινότητα.

Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχιση των σημαντικών αυτών πρωτοβουλιών της μεταρρύθμισης μετά το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ε.Ε. στα τέλη του 1995, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ανέλαβε μια πιο μακροπρόθεσμη δέσμευση για τη συνέχιση της μεταρρύθμισης των ψυχιατρικών υπηρεσιών σε όλη την Ελλάδα. Έτσι, αναπτύχθηκε ένα δεκαετές πρόγραμμα για την περίοδο 2000-2009, με την ονομασία «Ψυχαργός», το οποίο στόχευε στη συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της μεταρρύθμισης με μεγαλύτερη έμφαση στη

σημασία της κοινωνικής επανένταξης και της εισόδου στον εργασιακό χώρο για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Η πρώτη φάση του Προγράμματος τέθηκε σε εφαρμογή κατά την περίοδο 2000-2001, στο πλαίσιο συγχρηματοδότησης από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή μέσω του Υπουργείου Εργασίας, με στόχο την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας και επικεντρώθηκε στη συνέχιση της διαδικασίας αποϊδρυματισμού των ασθενών που νοσηλεύονται στα μεγάλα δημόσια ψυχιατρεία της Ελλάδας.

Η δεύτερη φάση του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ ολοκληρώθηκε το 2009. Έως το 2006, εφαρμόστηκαν παρεμβάσεις που είχαν ως αποτέλεσμα να επιτευχθεί η συρρίκνωση των μεγάλων ψυχιατρείων, η ανάπτυξη ικανού αριθμού Ψυχιατρικών Τμημάτων στα Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρων Ψυχικής Υγείας και η λειτουργία Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Ειδικότερα, αναπτύχθηκαν σε όλη τη χώρα συνολικά πάνω από 400 μονάδες κοινοτικής φροντίδας (Κέντρα Ημέρας, Προστατευόμενα Διαμερίσματα, Ξενώνες και Οικοτροφεία), δυναμικότητας 3.000 ψυχικά ασθενών, οι οποίες στελεχώνονται από 3.000 εργαζομένους ειδικούς ψυχικής υγείας (Γκιωνάκης, Καμπούρη και Χονδρός, 2006). Κατά την ολοκλήρωση της δεύτερης φάσης, υπογράφηκε Σύμφωνο μεταξύ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Ελληνικής Κυβέρνησης προκειμένου να διασφαλιστεί η προσήλωση στη συνέχιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και να δοθεί έμφαση σε συγκεκριμένα πεδία παρέμβασης του τομέα ψυχικής υγείας.

Η τρίτη φάση του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ αφορά την περίοδο 2010-2020. Για τη νέα φάση, συστάθηκε ομάδα εργασίας προκειμένου να εκπονήσει Σχέδιο Αναθεωρημένου Προγράμματος «Ψυχαργός 2011-2020». Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργός Γ' (2011 – 2020) διαρθρώνεται σε τρεις άξονες δράσης. Ο πρώτος άξονας αναφέρεται στον προγραμματισμό των δράσεων για την ανάπτυξη δομών στην κοινότητα, για την κάλυψη του συνόλου των αναγκών του τομέα της Ψυχικής Υγείας και διαμορφώνεται σε περιφερειακή βάση, ενώ εξειδικεύεται σε επίπεδο νομού και τομέα. Ο δεύτερος άξονας αναφέρεται στο σχεδιασμό των δράσεων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού και την πρόληψη της κακής ψυχικής υγείας. Ο τρίτος άξονας αναφέρεται σε δράσεις που αφορούν την οργάνωση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης (τομεοποίηση, παρακολούθηση, αξιολόγηση) και τις δράσεις έρευνας και επιμόρφωσης του προσωπικού.

Παράλληλα, βρίσκεται σε εξέλιξη αξιολόγηση κατά τη διάρκεια εφαρμογής του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ. Βασικό στόχο της αξιολόγησης αποτελεί η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων σε σχέση με τους επιλεγέντες στόχους, όπως εξειδικεύονται στη γενικότερη στρατηγική και την εφαρμοζόμενη πολιτική του Υπουργείου Υγείας για την επίτευξη της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, στα πλαίσια του Ν.2716/99, για την Ανάπτυξη και τον Εκσυγχρονισμό των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.

### **3. Ακούσια και εκούσια νοσηλεία: Ορισμοί**

Πριν γίνει λόγος για οτιδήποτε, είναι σημαντικό να διευκρινιστούν οι όροι «εκούσια» και «ακούσια» νοσηλεία.

Η εκούσια νοσηλεία αφορά τη με τη συγκατάθεση του ασθενούς εισαγωγή και παραμονή του για θεραπεία σε κατάλληλη μονάδα ψυχικής υγείας. Αυτός που νοσηλεύεται εκούσια έχει όλα τα δικαιώματα που συνδέονται με την άσκηση των ατομικών του ελευθεριών, τα οποία έχουν ασθενείς που νοσηλεύονται για άλλη αιτία εκτός της ψυχικής διαταραχής.

Αντίθετα, η ακούσια νοσηλεία (η οποία είναι και αυτή που θα μας απασχολήσει) αφορά στη χωρίς συγκατάθεση του ασθενούς εισαγωγή και παραμονή του σε κατάλληλη μονάδα ψυχικής υγείας για θεραπεία. Γι' αυτήν, προβλέπονται δύο βασικοί τρόποι αναγκαστικού εγκλεισμού, αυτός της προληπτικής ακούσιας νοσηλείας (δηλ. αυτός που ρυθμίζεται από τις προβλέψεις του Ν. 2071/1992 περί ακούσιας νοσηλείας) που εφαρμόζεται ανεξάρτητα από την τέλεση αξιόποινης πράξης και αυτός της ποινικής ακούσιας νοσηλείας (που ρυθμίζεται από τα άρθρα 69 & 70 ΠΚ), και αφορά αυτούς που έχουν τελέσει αδίκημα, έχουν κριθεί ακαταλόγιστοι και χαρακτηρίζονται επικίνδυνοι. Το μέτρο ασφαλείας του άρθρου 69 ΠΚ προβλέπει τη φύλαξη (σε δημόσιο θεραπευτικό κατάστημα) του ακαταλόγιστου δράστη που απαλλάχθηκε από την ποινή ή τη δίωξη για το αδίκημα που τέλεσε (λόγω νοσηρής διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών ή της συνείδησης), και που έχει κριθεί επικίνδυνος για την δημόσια ασφάλεια. Η απόφαση για την επιβολή του μέτρου ασφαλείας αθώνει τον δράστη για το αδίκημα που διέπραξε, ενώ το μέτρο διαρκεί «όσο χρόνο το επιβάλλει η δημόσια ασφάλεια» (άρθρο 70 Π.Κ.). Σκοπός του μέτρου είναι όχι ο κολασμός του δράστη (όπως στην ποινή) αλλά η προφύλαξη της κοινωνίας από την επικίνδυνη συμπεριφορά του και η θεραπεία του τελευταίου.

#### **4. Βιοηθικά Ζητήματα**

Τα βιοηθικά ζητήματα που προκύπτουν για το θέμα της ακούσιας νοσηλείας, είναι ποικίλα και σύνθετα.

Όπως φαίνεται η επιστήμη της ιατρικής μπορεί να ορίσει την «ψυχική ασθένεια», ωστόσο δε μπορεί να καθορίσει και τον τρόπο αντιμετώπισης των ανθρώπων που πάσχουν από μία ψυχική ασθένεια. Θα μπορούσε λοιπόν να αναρωτηθεί κανείς, ποιος τελικά είναι ο υπεύθυνος για την αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών. Είναι αποκλειστικά η επιστήμη της ιατρικής, άρα ο ψυχίατρος ή εμπλέκονται και πρέπει να εμπλέκονται η ηθική και το δίκαιο; Γιατί πρέπει να έχουν δικαιώματα οι ψυχικά ασθενείς και ποια είναι αυτά; Πώς δικαιολογούνται ηθικοπολιτικά οι περιορισμοί που τίθενται στα πλαίσια της ακούσιας νοσηλείας, κατά την οποία τίθενται και όλα τα ζητήματα της προστασίας των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών; Δίνεται περισσότερη βάση στην επικινδυνότητα του ασθενούς ή στη θεραπεία του; Στόχος είναι το συμφέρον του ασθενή ή του συνόλου; Τελικά οι ψυχικά ασθενείς είναι άνθρωποι ελεύθεροι-αυτόνομοι;

Όλα τα παραπάνω θα απασχολήσουν την παρούσα εργασία.

#### **A. Πατερναλισμός**

Στις δυτικές κοινωνίες, η ελευθερία αναγνωρίζεται ως το θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα. Στον χώρο της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης αυτό το δικαίωμα αναφέρεται συνήθως ως αυτονομία. Η παραβίαση της ελευθερίας ενός ατόμου έχει πάντοτε απαιτήσει αυστηρή δικαιολόγηση, και η αναγκαιότητα ασφαλιστικών δικλίδων ενάντια στην καταστρατήγηση της ελευθερίας ευάλωτων ατόμων, όπως οι χρήστες των ψυχιατρικών υπηρεσιών, είναι κάτι για το οποίο υπάρχει καθολική συμφωνία.

Στα πλαίσια της ανθρωπιστικής θεώρησης, η έννοια της ανθρώπινης αξιοπρέπειας είναι, επίσης, πρωταρχικής αξίας (Román, 2010). Η αξιοπρέπεια μπορεί να περιγραφεί με όρους «απόλυτης» και «σχετικής» αξιοπρέπειας. Η απόλυτη αξιοπρέπεια απαιτεί τον σεβασμό για κάθε άνθρωπο ως άτομο που διαθέτει ελευθερία και υπευθυνότητα και ποτέ δεν μπορεί να καταστραφεί, να αφαιρεθεί ή να χαθεί. Η σχετική αξιοπρέπεια είναι ένας παράγοντας της εκάστοτε κουλτούρας στο πλαίσιο

της οποίας βρίσκονται τα άτομα. Καθορίζεται επίσης από το επίπεδο της παιδείας των ατόμων και το κοινωνικό τους υπόβαθρο. Όταν δεν υφίστανται αυτές οι πολιτισμικές προϋποθέσεις, υπάρχει ο κίνδυνος να μην υφίσταται και η σχετική αξιοπρέπεια. Συνεπώς, είναι σημαντικό οι επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης να έχουν γνώση των ηθικών και μη ηθικών αξιών που είναι απαραίτητες για να νιώθει ο κάθε ασθενής ότι η αξιοπρέπειά του γίνεται πλήρως σεβαστή (Randers & Mattiasson, 2004).

Ο πατερναλισμός δικαιολογείται ηθικά εάν η ψυχική ικανότητα έχει εξασθενήσει σημαντικά και η πατερναλιστική πράξη μπορεί να αποδειχτεί ότι είναι προς το καλύτερο δυνατό συμφέρον του ασθενή, ή οπωσδήποτε προς το συμφέρον της ευρύτερης κοινότητας. (Edgley, Stickley & Masterson, 2006). Φυσικά, αυτό είναι ένα από τα πιο αμφιλεγόμενα, ηθικά, ζητήματα που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και των κοινωνικών υπηρεσιών.

Υπάρχει συνάφεια μεταξύ αυτονομίας και πατερναλισμού και αυτή προκύπτει από δύο διαφορετικές φιλελεύθερες θεωρίες. Ο φιλελευθερισμός του Mill υποστηρίζει ένα κεντρικό ανθρώπινο ενδιαφέρον στην επιδίωξη μιας έντονα αυτόνομης ζωής, όχι απαραίτητα με την έννοια της μοναχικότητας ή της απαίτησης για αιτιακή ανεξαρτησία, αλλά μάλλον μιας ζωής στην οποία οι άνθρωποι έχουν την υπέρτατη ηθική εξουσία πάνω στο σχέδιο και στο μονοπάτι της προσωπικής τους ζωής. Έχοντας όλα αυτά υπόψη, το ενδιαφέρον μας για την αυτονομία κερδίζει την ηθική προτεραιότητα, έναντι της αποφυγής πρόκλησης βλάβης στον εαυτό μας. Αυτό δεν είναι η πλήρως περιεκτική διακήρυξη της ελευθερίας έναντι της ασφάλειας που συχνά παρερμηνεύεται πως είναι. Το βασικό ενδιαφέρον εστιάζεται στην αυτονομία, παρά στην επιλογή καθαυτή, και συνεπώς αυτό το ενδιαφέρον ακυρώνεται όταν κάποιος δεν έχει την ικανότητα να ασκήσει μια πλήρη νοήματος αυτονομία (Edwards, 2010).

Η άλλη κατηγορία των φιλελεύθερων θεωριών περί των δικαιωμάτων έναντι του πατερναλισμού είναι αυτές που (α) επιτρέπουν τον πατερναλισμό όταν η επιλογή που κάνει ένα άτομο εμπεριέχει παράλογο κίνδυνο πρόκλησης βλάβης στον εαυτό (λαμβάνοντας υπόψη οποιαδήποτε αξία δίνεται στην αυτονομία), αλλά (β) καθορίζουν τη λογικότητα των πράξεων ενός ατόμου από τη σχέση που αυτές έχουν με τους στόχους και τις δεσμεύσεις του ατόμου, μαζί με κάποια θεωρία που ιεραρχεί το συγκριτικό κύρος των διαφορετικών στόχων ανάλογα με το πόσο βαθιά σημαντικοί είναι για το υποκείμενο.

Οι υπέρμαχοι αυτής της άποψης δεν διαμορφώνουν ένα φιλοσοφικό υπο-ρεύμα όπως κάνουν οι αντίπαλοί τους υποστηρικτές της θεωρίας του Mill, όμως η σύνδεση της θεώρησής τους με τον Rawls και η αρχή που πρεσβεύουν, της πρόσδεσης των δικαιωμάτων στην ελευθερία με τη λογικότητα, ίσως να δικαιολογούν την περιγραφή της θεωρίας τους εκ μέρους μας ως φιλελευθερισμού καντιανής μορφής. Αυτή η παράδοση δεν ισχυρίζεται άμεσα ότι η «καλή ζωή» είναι η ζωή της μέγιστης αυτονομίας, εντούτοις όμως απαιτεί την αυθεντικότητα ως μέτρο της συνετής λογικότητας. Η λογική ίσως να είναι καθολική, αλλά δεν αποσυνδέεται από αυτό που είναι αυθεντικό για το άτομο, και αυτό που είναι συνετά λογικό, σύμφωνα με αυτή την άποψη, καθορίζεται από τους πιο πυρηνικούς στόχους και αξίες του ατόμου. Παρ' όλα αυτά, απαιτεί επίσης να διαθέτει το άτομο τις απαραίτητες ικανότητες για αυθεντικότητα και αυτονομία, εάν πρόκειται να επιλέξει λογικά να διακινδυνεύσει την ευζωία του (Edwards, 2010).

Πάντα γινόταν αποδεκτό από τους υπέρμαχους της αυτονομίας ότι το ατομικό δικαίωμα της αυτονομίας δεν είναι απόλυτο. Με τα λόγια του Mill (1859: 14), «μπορεί να ασκηθεί νόμιμα εξουσία πάνω σε οποιοδήποτε μέλος μιας πολιτισμένης κοινότητας ενάντια στη θέλησή του/της ... ώστε να αποφευχθεί η βλάβη σε άλλους». Παρ' όλα αυτά, η απλή πιθανότητα πρόκλησης βλάβης σε τρίτους δεν δικαιολογεί την πλήρη παράκαμψη του ατομικού δικαιώματος κάποιου στην αυτονομία. Το δικαίωμα αυτό μπορεί να παρακαμφθεί μόνο όταν ο κίνδυνος να προκληθεί βλάβη σε άλλους αγγίζει ένα συγκεκριμένο επίπεδο. Ο Dworkin (1977) προτείνει ότι ο κίνδυνος έναντι τρίτων πρέπει να είναι «έντονος», αν και δεν επεκτείνεται πάνω στο τι συνιστά έναν έντονο κίνδυνο. Οι Bottoms και Brownsword (1983) προτείνουν ότι ένας μεγάλος κίνδυνος έχει τρία χαρακτηριστικά: Σοβαρότητα (για τι είδος και βαθμό βλάβης μιλάμε)· προσωρινότητα, που καταλήγει στη συχνότητα (σε μια δεδομένη χρονική περίοδο, πόσες επιβλαβείς πράξεις αναμένονται) και στην αμεσότητα (πόσο σύντομα λαμβάνει χώρα η επόμενη επιβλαβής πράξη)· και βεβαιότητα (πόσο σίγουροι είμαστε ότι το εν λόγω άτομο θα πράξει όπως προβλέπουμε) (Donnelly, 2008). Οι Bottoms και Brownsword, ωστόσο, δεν προσφέρουν συμπεράσματα σχετικά με ποιος συνδυασμός αυτών των παραγόντων θα ισοδυναμούσε με δικαιολόγηση της παραβίασης των ατομικών δικαιωμάτων κάποιου. Παρ' όλα αυτά, υποστηρίζουν ότι το στοιχείο της βεβαιότητας είναι κομβικής σημασίας. Αν και, σαφώς, ένας κίνδυνος δεν μπορεί ποτέ να είναι βέβαιος, το επίπεδο του κινδύνου που τίθεται είναι ένας παράγοντας πολύ σχετικός για τη δικαιολόγηση της παρέμβασης.

Έχοντας αυτά υπόψη, πρέπει να τεθεί το ερώτημα εάν ως ομάδα ή κατηγορία οι ακούσιοι ασθενείς θέτουν επαρκή απειλή προς τους άλλους, έτσι ώστε να δικαιολογείται η διακριτική μεταχείριση του δικαιώματός τους στην αυτονομία απλώς και μόνο εξαιτίας της κατάστασής τους ως ακούσιων ασθενών. Η απάντηση είναι «όχι». Δεδομένα επιδημιολογίας από το Ηνωμένο Βασίλειο δείχνουν ότι υπάρχει μια ελαφρώς μεγαλύτερη τάση για πράξεις πιο σκληρής βίας ανάμεσα σε ανθρώπους με ψυχικές διαταραχές. Εντούτοις, σε σύγκριση με άλλους παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η χρήση τοξικών ουσιών ή αλκοόλ και η διάλυση της οικογένειας, ο αυξανόμενος κίνδυνος που προέρχεται από την ψυχική διαταραχή είναι σχετικά χαμηλός (Bowden, 1996· Swanson et al., 1990· Taylor & Gunn, 1999· Walsh & Fahy, 2002). Είναι συνεπώς δύσκολο να υποστηριχθεί, με τη μορφή γενικού αξιώματος, ότι το επίπεδο του κινδύνου ή της σοβαρότητας της βλάβης που τίθεται από ασθενείς παρέχει επαρκή δικαιολόγηση για τη διακριτική αντιμετώπισή τους εκ μέρους του νόμου (Donnelly, 2008).

Δεδομένων των δυσκολιών στο να καθορίσουμε το αναγκαίο επίπεδο βλάβης με την έννοια της απειλής απέναντι σε τρίτους, μπορεί να διατυπωθεί το ερώτημα εάν εναλλακτικοί τρόποι θεώρησης της βλάβης θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για να δικαιολογηθεί η διακριτική μεταχείριση. Ένα επιχείρημα είναι ότι, στο πλαίσιο των ψυχικών διαταραχών, η «βλάβη» σε τρίτους θα έπρεπε να οριστεί πιο πλατιά απ' ό,τι μια απειλή ή ένας κίνδυνος, αλλά θα έπρεπε να καλύπτει σε μεγαλύτερο εύρος τις κοινωνικές και προσωπικές συνέπειες που θα μπορούσαν να προκύψουν όταν ένα άτομο υποφέρει από ψυχική διαταραχή.

Σύμφωνα με τους Kjellin και Nilstun, δύο είναι οι τύποι πατερναλισμού που παρεμβαίνουν στην ελευθερία δράσης του ατόμου: ο κοινωνικός πατερναλισμός και ο ιατρικός. Με τον όρο «κοινωνικός πατερναλισμός» εννοούμε την παρέμβαση στην ελευθερία δράσης ενός ατόμου που δικαιολογείται μέσω της ανάγκης να προστατευτούν άλλοι από το άτομο του οποίου η ελευθερία περιορίζεται. Το καλύτερο παράδειγμα είναι η χρήση της επικινδυνότητας ως κριτηρίου για την υποχρεωτική νοσηλεία (McLachlan, Mulder, 1999).

Υπάρχουν δύο κύρια προβλήματα όταν εξαναγκάζει κανείς τους ανθρώπους να υποβληθούν σε θεραπευτική αγωγή στο νοσοκομείο, επειδή συνιστούν απειλή για άλλους. Το πρώτο είναι πως τέτοιες πράξεις δημιουργούν διακρίσεις. Σε μια πρόσφατη εργασία που ασκούσε κριτική στη γενική αντίληψη που διέπει τη νομοθεσία περί ψυχικής υγείας, ο Campbell επιβεβαιώνει ότι «στο νου των

ανθρώπων, ο προληπτικός εγκλεισμός είναι πολιτικά ανεκτός στις περιπτώσεις των ψυχικά ασθενών ατόμων, αλλά πολύ λιγότερο ανεκτός αναφορικά με τον υπόλοιπο πληθυσμό». Από την οπτική της νομοθεσίας και της τάξης, δεν έχει νόημα να φυλακίζεις μόνο εκείνους τους βίαιους ανθρώπους που υποφέρουν από κάποια ψυχική ασθένεια, καθώς αυτοί αποτελούν μια μερίδα μόνο από τους βίαιους παραβάτες του νόμου. Το να περιορίζονται τέτοιου είδους πράξεις στα βίαια άτομα θα σήμαινε πως η μεγάλη πλειοψηφία όσων υποφέρουν στην κοινότητα αγνοείται.

Η δημόσια τάξη και το πεδίο του Ποινικού Δικαιικού συστήματος, συνιστά θεμελιωδώς μια λειτουργία ατομικής συμπεριφοράς, ανεξάρτητα από τις αιτίες που προκαλούν αυτή τη συμπεριφορά. Εάν ένα μεμονωμένο άτομο διαπράξει έγκλημα ή συμπεριφερθεί με απειλητικό τρόπο, ο κοινωνικός πατερναλισμός απαιτεί την κράτησή του. Τότε είναι που εξετάζονται οι αιτίες πίσω από τη συγκεκριμένη συμπεριφορά, και τότε εμπλέκονται οι υπηρεσίες της ψυχικής υγείας, για να αξιολογήσουν τον ρόλο που διαδραμάτισε η ψυχική κατάσταση του ατόμου στις πράξεις του και να αποφασίσουν εάν είναι απαραίτητη η περαιτέρω παρακολούθηση. Παρομοίως, στην περίπτωση του προληπτικού εγκλεισμού, είναι λογικό να περιλαμβάνεται οποιοδήποτε επικίνδυνο άτομο, ανεξάρτητα από την ψυχική του κατάσταση, καθώς αυτό που συνιστά απειλή για τη δημόσια τάξη είναι μάλλον ο αντιλαμβανόμενος κίνδυνος παρά οποιοσδήποτε αιτιακός μηχανισμός (McLachlan, Mulder, 1999).

Το δεύτερο πρόβλημα με το να καθιστά κανείς την επικινδυνότητα κριτήριο για την ακούσια νοσηλεία είναι η δυσκολία που υπάρχει στο να προβλέψουμε με ακρίβεια την επικινδυνότητα. Ο Miller ασχολείται αυτό το ζήτημα αντιπαραβάλλοντας το γεγονός ότι η επικινδυνότητα χρησιμοποιείται ως κριτήριο σε όλες τις έννομες τάξεις στις ΗΠΑ με το πρόβλημα ότι οι πιο μακροπρόθεσμες προβλέψεις συμπεριφοράς σε διαφορετικά πλαίσια έχουν αποδειχτεί ανεπαρκείς, τόσο που η επίσημη πολιτική της Αμερικανικής Ψυχολογικής Εταιρείας (APA) είναι να μην επιτρέπει στους ψυχιάτρους να προχωρούν σε αυτές (Seitler, 2008). Έτσι, οι προβλέψεις ρουτίνας για τη μακροπρόθεσμη επικινδυνότητα ενδεχομένως να συνιστούν αθέτηση της ηθικής συμπεριφοράς, καθώς απαιτείται μια εμπειρία έξω από το πεδίο των επαγγελματικών αρμοδιοτήτων του ψυχιάτρου.

Όσον αφορά στον ιατρικό πατερναλισμό, ουσιαστικά εννοούμε την παρέμβαση στην ελευθερία δράσης ενός ατόμου που δικαιολογείται ως προστασία της ευζωίας του, της ευτυχίας του, του συμφέροντος του ή των αξιών του. Ο ιατρικός



πατερναλισμός κάνει ένα βήμα πέρα από την εγγενή εμπιστοσύνη στη σχέση ασθενή-ιατρού, κατά την οποία αναγνωρίζονται οι ειδικές γνώσεις του γιατρού στην άσκηση της ιατρικής, ενώ ο ασθενής είναι ο καλύτερος κριτής του δικού του καλύτερου δυνατού συμφέροντος. Ωστόσο, η στέρηση της ελευθερίας των λογικών, δεν μπορεί να δικαιολογηθεί από τον κώδικα δεοντολογίας των υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, καθώς παραβιάζει την αρχή της αυτονομίας, και άρα δεν μπορεί να υποστηρίξει κάποιος πως είναι προς το καλύτερο δυνατό συμφέρον του ασθενή. Εάν ένας γιατρός πιστεύει ότι η θεραπεία είναι απαραίτητη, οπωσδήποτε υποχρεούται να προσπαθήσει να πείσει τον ασθενή για την άποψή του, αλλά εάν τελικά το εν λόγω άτομο δεν πείθεται, δεν επιτρέπεται να προσπαθήσει ο γιατρός να εκβιάσει τη θέληση ενός έλλογου δρώντος.

Σύμφωνα με τον Edwards (2010), η πατερναλιστική παρέμβαση δικαιολογείται όταν δεν είμαστε σε θέση να ορίσουμε τη ζωή μας με τρόπο συνεπή προς τους στόχους και τις αξίες που συνιστούν αυτό τον «εαυτό». Αυτό συμβαίνει όταν στερούμαστε τις απαραίτητες για την αυτονομία ψυχικές ικανότητες, με συνέπεια να μην μπορούμε να αλληλεπιδράσουμε με το περιβάλλον μας, αλλά ούτε και να το ερμηνεύσουμε, έτσι ώστε να επιδιώξουμε τους στόχους μας με έναν τρόπο που θα έχει νόημα. Το ίδιο όμως μπορεί να συμβεί και όταν υφιστάμεθα επιβολές που αλλοιώνουν τους στόχους μας χωρίς να αλλοιώνουν την ικανότητά μας να τους επιδιώκουμε, όταν είναι ο εαυτός μας αυτός που έχει φθαρεί, παρά η ικανότητά μας.

Αυτή η φθορά του εαυτού ή η «μετατόπιση της κριτικής ικανότητας» είναι ίσως πιο εμφανής σε κάποια παραδείγματα μη παραληρηματικών διαταραχών διάθεσης, αλλά δεν περιορίζεται αυστηρά στη σφαίρα της ψυχιατρικής. Οι τοξικομανείς, παραδείγματος χάριν, συμπεριφέρονται «σαν να μην είναι αυτοί», όχι μόνο όταν βρίσκονται υπό την επήρεια αλλά και όταν ορμώνται από την ανάγκη τους να λάβουν την ουσία ή όταν απλώς έχει επηρεαστεί η διάθεσή τους. Παρομοίως, ένα άτομο που έχει υποστεί μεγάλο στρες ή που έχει δεχτεί διανοητική χειραγώγηση, ενδεχομένως να συμπεριφερθεί διαφορετικά προς τους συνήθεις στόχους και αξίες του, χωρίς να είναι ψυχικά ασθενής ή ανίκανος (Van Willigenburg, 2005).

Συχνά, όταν οι στόχοι και οι αξίες μας μεταβάλλονται εξαιτίας ψυχικής ασθένειας, διανοητικής χειραγώγησης ή εξάρτησης, βιώνουμε μια τέτοια εσωτερική σύγκρουση που, εκ των υστέρων, όταν την αναλογιζόμαστε με καθαρό νου, αντιλαμβανόμαστε μια συναισθηματική και γνωστική σύγκρουση ανάμεσα στους πρόσφατα επιβεβλημένους στόχους και στους πιο πυρηνικούς μας ή

«εγκατεστημένους» στόχους. Υπάρχει ήδη ένα ισχυρό φιλελεύθερο ρεύμα που αρνείται ότι αυτοί οι (επιβεβλημένοι) στόχοι είναι πραγματικά αυτόνομοι, αφήνοντας το περιθώριο της παρέμβασης για να προστατευτούν οι πιο πυρηνικοί στόχοι και αξίες από παροδικές ή επιφανειακές επιθυμίες.

Εντούτοις, υπάρχουν άλλα, ίσως λιγότερο συνηθισμένα, παραδείγματα, όπου κάποιο άτομο υιοθετεί με όλη του την καρδιά τους πρόσφατα επιβεβλημένους στόχους και αξίες. Σε αυτές τις περιπτώσεις δεν φαίνεται να υπάρχει καμία «εσωτερική σύγκρουση» ή τουλάχιστον όχι περισσότερο απ' ό, τι και σε κάθε άλλη επιλογή που έχει γίνει ολόψυχα, όπως στον εμφανέστατα πρόθυμο τοξικομανή, στο παθιασμένα προσηλυτισμένο θύμα της διανοητικής χειραγώγησης, και σε έναν άνθρωπο με διαταραχή διάθεσης που βλέπει τον νέο τρόπο σκέψης περισσότερο ως αποκάλυψη παρά ως πειρασμό να τον αντιπαλέψει.

Οι στόχοι που τίθενται υπό αυτές τις συνθήκες δεν απειλούν τους πιο πυρηνικούς στόχους και αξίες του φορέα τους – είναι οι πλέον πυρηνικοί στόχοι και αξίες του. Πριν, ωστόσο, από την επιρροή της ασθένειας ή της διανοητικής χειραγώγησης, το άτομο θα είχε απορρίψει αυτούς τους στόχους, κι έτσι έχουμε την τάση να τους αντιμετωπίζουμε ως κάποια διαταραγμένη επιρροή, αντί για τη συγκρότηση του νόμιμου χαρακτήρα του ατόμου.

Η απλή παρουσία της ψυχικής ασθένειας, ωστόσο, δεν δικαιολογεί από μόνη της τον πατερναλισμό· αντί γι' αυτό, πρέπει μάλλον να δείξουμε ότι η ασθένεια στρεβλώνει την ικανότητα λήψης αποφάσεων του ατόμου με κάποιον σχετικό με αυτήν τρόπο. Ούτε δικαιολογεί τον πατερναλισμό η ξαφνική ή ριζική αλλαγή. Επομένως, γίνεται φανερό ότι υπάρχουν περιορισμοί στον πατερναλισμό. Οι εμπλεκόμενοι είναι είτε ψυχικά ικανοί είτε, τουλάχιστον, δεν έχει αποδειχτεί πως είναι ψυχικά ανίκανοι. Ακολουθούν τους στόχους με τους οποίους ταυτίζονται και που είναι οι πιο πυρηνικοί για τον χαρακτήρα τους. Πρόκειται για αποφάσεις που οι ίδιοι θα προσυπέγραφαν (ή, τουλάχιστον, δεν θα αποκήρυσσαν), εάν επρόκειτο να τις αναλογιστούν. Όμως ο ξαφνικός τρόπος με τον οποίο εμφανίστηκαν, και η ριζική ασυνέπεια ανάμεσα στην παλαιά και στην τωρινή τους προσωπικότητα είναι πράγματα ενοχλητικά με τρόπο που κάνει πολλούς ανθρώπους να νιώθουν ότι πρέπει να επικαλεστούν τον πατερναλισμό ακόμα κι από μια φιλελεύθερη οπτική.

Καταλήγοντας, οι εκκλήσεις στον πατερναλισμό, πρέπει να αξιολογούνται με μεγάλη προσοχή καθώς ο πατερναλισμός εύκολα μπορεί να υπονομεύσει τον ατομικό αυτοκαθορισμό των ψυχικά ασθενών, που για τον Kant αποτελεί εγγενή αξία στους

ανθρώπους και να υποσκάψει τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα τους (Cherry, 2010). Με μεγάλη, επίσης, προσοχή πρέπει να ζυγίζονται ο πατερναλισμός και η ελευθερία, το ένα έναντι του άλλου, ενώ είναι πάντα απαραίτητη η ύπαρξη ενός κατάλληλου εξισορροπητικού μηχανισμού που θα καθοδηγεί την πράξη, σε περιπτώσεις όπου η άρνηση στον αυτοκαθορισμό δικαιολογείται με όρους πατερναλιστικούς (Rumbold, 1999).

## **B. Περί αυτονομίας και άρνησης της φαρμακευτικής αγωγής**

Η αρχή της ευεργετικότητας υπήρξε για αιώνες στον πυρήνα της ιατρικής ηθικής. Αποτελεί θεμελιώδες αξίωμα του ιπποκράτειου όρκου, ο οποίος δηλώνει: «Θα χρησιμοποιήσω τη θεραπευτική δίαιτα μόνο προς όφελος των ασθενών, όσο εξαρτάται από τη δύναμη και την κρίση μου» (McLachlan, Mulder, 1999). Εάν, ωστόσο, κάποιο άτομο έχει περιορισμένη δυνατότητα για αυτονομία, το ηθικό πλαίσιο που περιγράφηκε επιβάλλει στους επαγγελματίες της υγείας να δράσουν με κριτήριο την ευεργετικότητα. Αυτό μπορούμε να το διακρίνουμε στα επιχειρήματα υπέρ του σεβασμού της αυτονομίας. Εάν γίνεται αποδεκτή αυτή η αρχή, το καθήκον να υπερασπιζόμαστε και να προστατεύουμε τα δικαιώματα των αυτόνομων δρώντων επιβάλλει κάποια δράση για να αποκατασταθεί η ικανότητα για ανεξάρτητη διαβίωση. Παρ' όλα αυτά, για να γίνει κάτι τέτοιο πρέπει να υπάρχουν τα διαθέσιμα μέσα για να ωφεληθεί ο ασθενής και για να αποκατασταθεί ως κάποιο βαθμό η αυτονομία του. Τα διαθέσιμα μέσα στην περίπτωση μας αφορούν τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών και την τοποθέτηση του ασθενή σε θεραπευτικές κοινότητες, όπου το άτομο, ιδανικά, μπορεί να απολαμβάνει μια περιορισμένη ανεξαρτησία και να αναπτύσσει τις απαραίτητες δεξιότητες για έναν αυτόνομο τρόπο ζωής (McLachlan, Mulder, 1999).

Η αυτονομία κυριολεκτικά σημαίνει την «αυτο-νομοθεσία»: το να έχει κανείς την ανώτατη εξουσία του εαυτού του και να θεσπίζει σαν νομοθέτης κανόνες για τον ίδιο· να είναι δηλαδή «αφεντικό του εαυτού του» (Van Willigenburg, 2005). Η ιδέα που βρίσκεται στον πυρήνα της προσωπικής αυτονομίας είναι αυτή της αυτοδιακυβέρνησης (Beauchamp & Childress, 1983, σ. 59). Αυτό δεν σημαίνει πως αρνούμαστε ότι οι σκέψεις και οι πράξεις μας επηρεάζονται από δυνάμεις και παράγοντες που βρίσκονται τόσο μέσα μας όσο και έξω από μας, και στους οποίους δεν ασκούμε κανέναν έλεγχο. Οι επιλογές και η συμπεριφορά μας καθορίζονται σε

μεγάλο βαθμό από περιβαλλοντικούς παράγοντες κατά τη διάρκεια της ανατροφής μας, και παραμένουμε βαθιά επηρεασμένοι από έννοιες, ιδέες, εικόνες, κανόνες και αξίες του περιβάλλοντός μας. Η ιδέα της διακυβέρνησης που εκφράζει η έννοια της αυτονομίας δεν το αρνείται αυτό. Οι άνθρωποι είναι κοινωνικά πλάσματα και επηρεάζονται έντονα από εσωτερικές δυνάμεις: επιθυμίες, συναισθήματα, διαθέσεις, ενορμήσεις και –μερικές φορές– από παραισθήσεις και τάσεις καταναγκασμού, επομένως κανείς δεν είναι καλύτερος μάρτυρας γι' αυτό απ' ότι ένας ψυχιατρικός ασθενής.

Οι Beauchamp και Childress, ωστόσο, τραβούν μια διαχωριστική γραμμή μεταξύ αυτόνομων ατόμων και αυτόνομων επιλογών: οι τελευταίες δεν είναι απλώς αποφάσεις που λαμβάνονται από τους πρώτους. Υποστηρίζουν μάλιστα, ότι για να είναι μια πράξη αυτόνομη πρέπει να συντρέχουν τρεις παράγοντες: 1) να είναι εμπρόθετη, 2) να επιτελείται με μια κατανόηση της περίπτωσης και 3) να εκτελείται πέρα από δεσπόζουσες επιρροές. Το να κατανοεί κανείς πράγματα όπως η διάγνωση, η πρόγνωση, οι κίνδυνοι, τα οφέλη και οι ιατρικές συστάσεις έχει καθοριστική σημασία για την αυτόνομη λήψη αποφάσεων όσον αφορά την ίδια του τη θεραπεία, ενώ η απόφαση δεν πρέπει να είναι αποτέλεσμα καταναγκασμού, παραισθήσεων ή παραληρήματος, κτλ. (Sjöstrand, Helgesson, 2008).

Ασθενείς με σοβαρές ψυχιατρικές ασθένειες ίσως να μην συνειδητοποιούν ότι υποφέρουν από μια αρρώστια που διαστρεβλώνει σημαντικά την κατανόηση του κόσμου εκ μέρους τους, συμπεριλαμβανομένης της ίδιας τους της κατάστασης. Όταν ισχύει κάτι τέτοιο, η ικανότητά τους να κάνουν έλλογες επιλογές σχετικά με τη θεραπεία τους είναι εξασθενημένη. Οπωσδήποτε όμως δεν ισχύει το ίδιο για το σύνολο των ασθενών που υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές. Εάν δεν λείπει η ικανότητα για αυτονομία, δεν υπάρχει κανένας λόγος να αντιμετωπίζονται οι ψυχιατρικοί ασθενείς διαφορετικά απ' ότι οι ασθενείς που υποφέρουν από κάποια σωματική ασθένεια. Για παράδειγμα, ασθενείς που υποφέρουν από Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή μπορεί να πλένουν καταναγκαστικά τα χέρια τους με ανυπόφορα ζεστό νερό εκατό φορές τη μέρα. Η «απόφαση» να πλένουν τα χέρια τους πηγάζει από μια ανεξέλεγκτη παρόρμηση, συνεπώς, δεν είναι αυτόνομη απόφαση. Αυτοί οι ασθενείς, ωστόσο, μπορούν να κατανοήσουν πολύ καλά ότι η συμπεριφορά τους αυτή είναι παράλογη και παθολογική (εάν όχι, ταξινομείται μάλλον ως παραληρηματική διαταραχή) και άρα, με αυτή την έννοια, είναι απολύτως ικανοί να λαμβάνουν π.χ. αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία τους.

Η αναφορά Richardson (1999) προσδιόρισε μια πεποίθηση που υπήρχε μεταξύ ερωτηθέντων ότι «οι συνέπειες των ψυχικών διαταραχών που δεν υπόκεινται σε θεραπεία μπορεί να επηρεάζουν περισσότερο άμεσα και σημαντικά τους παρόχους υπηρεσιών μέριμνας και τους συγγενείς, απ' ότι οι συνέπειες των σωματικών διαταραχών που δεν υπόκεινται σε θεραπεία». Δεν είναι σαφές εάν αυτή η πεποίθηση μπορεί να τεκμηριωθεί. Παρ' όλα αυτά, ακόμη κι αν ισχύει, είναι δύσκολο να καταλάβουμε με ποιον τρόπο συνέπειες που δεν προκαλούν άμεση βλάβη μπορούν να δικαιολογήσουν σε αυτό το πλαίσιο την παράκαμψη ενός θεμελιώδους δικαιώματος, όταν σε όλα τα άλλα πλαίσια ένας ικανός ασθενής μπορεί να αρνηθεί τη ζωτική θεραπεία για τη διατήρησή του στη ζωή ανεξάρτητα από τις προσωπικές του/της συνθήκες ή ευθύνες ή από τις συνέπειες που θα έχει αυτή η απόφαση πάνω σε άλλους.

Επίσης, στο πλαίσιο των ψυχικών διαταραχών, η βλάβη θα έπρεπε να ορίζεται με τρόπο που να περιλαμβάνει και τη βλάβη απέναντι στον εαυτό. Για άλλη μια φορά, είναι δύσκολο να καταλάβουμε γιατί η βλάβη απέναντι στον εαυτό θα πρέπει να δικαιολογεί την παρέμβαση μόνο σε αυτό το πλαίσιο, όταν σε όλα τα άλλα πλαίσια είναι αποδεκτό ότι η βλάβη απέναντι στον εαυτό, ακόμα και στον βαθμό που φτάνει κανείς να προκαλέσει τον ίδιο του τον θάνατο, δεν δικαιολογεί την παρέμβαση στο ατομικό δικαίωμα κάποιου στην αυτονομία (Donnelly, 2008).

Μια ακόμη πιθανή δικαιολόγηση της διακριτικής μεταχείρισης των ατόμων με ψυχική διαταραχή όσον αφορά τη θεραπεία τους είναι να ισχυριστούμε ότι η αυτονομία ενός ατόμου με ψυχική διαταραχή είναι ήδη μειωμένη από την ψυχική του διαταραχή (Robinson, 2000). Ο Appelbaum (1994) υποστηρίζει ότι ο ρόλος της ιατρικής παρέμβασης είναι να αποκαταστήσει την αυτονομία του ασθενή, έτσι ώστε κάποιος περιορισμός στο δικαίωμα του ασθενή να αρνηθεί τη θεραπεία θα πρέπει να δικαιολογείται λαμβάνοντας υπόψη τον υπέρτερο αυτό στόχο. Για παράδειγμα, εάν ένας ασθενής που δεν υποβάλλεται σε θεραπεία κρατείται σε μια ψυχιατρική κλινική, η ελευθερία του/της είναι ήδη σημαντικά περιορισμένη. Εάν η θεραπεία μπορεί να οδηγήσει στο να πάρει ο ασθενής εξιτήριο από την κλινική, μπορεί να υποστηριχθεί ότι η επιβολή της θα ήταν τελικά λιγότερο παρεμβατική όσον αφορά τα δικαιώματά του (Oroczyńska et al., 2011). Υπάρχουν δύο δυσκολίες με αυτό τον ισχυρισμό:

Πρώτον, το επιχείρημα ότι η θεραπεία θα οδηγήσει στην αποκατάσταση της αυτονομίας είναι αναπόφευκτα υποθετικό. Δεύτερον, κάποιοι ασθενείς μπορεί να προτιμούν τους περιορισμούς της ασθένειάς τους, ακόμα κι αν αυτό σημαίνει

εγκλεισμό, παρά την καταναγκαστική επιβολή της θεραπείας. Αν και κάτι τέτοιο στους περισσότερους ανθρώπους μπορεί να φαντάζει παράλογη αντίδραση, η προϋπόθεση της αυτονομίας είναι ότι θα πρέπει να επιτρέπεται στους ικανούς ανθρώπους να παίρνουν παράλογες αποφάσεις. Εάν ο νόμος δέχεται ευχαρίστως τις παράλογες επιλογές όσον αφορά άλλες περιπτώσεις, δύσκολα μπορούμε να δικαιολογήσουμε την απόρριψη τέτοιων επιλογών αποκλειστικά και μόνο στο πεδίο των ψυχικών διαταραχών (Donnelly, 2008).

Σύμφωνα με τον Leung (2002), η υποχρεωτική ψυχιατρική θεραπεία έρχεται σε ευθεία αντίθεση με τον σεβασμό για την αυτονομία. Επιπλέον, ο ακούσιος εγκλεισμός παραβιάζει την ελευθερία του ασθενή, και η υποχρεωτική παρακολούθηση και αξιολόγηση παραβιάζει την ιδιωτική του ζωή. Η συνήθης δικαιολόγηση είναι η αρχή της ευεργετικότητας: το καθήκον να παρέχουμε τα μέγιστα οφέλη στους ασθενείς και να εμποδίσουμε ή να απομακρύνουμε ενεργά τη βλάβη. Κάποιες φορές υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία για μια ψυχική διαταραχή του ασθενή. Παρ' όλα αυτά, εξαιτίας της ψυχικής τους κατάστασης, οι ασθενείς ενδεχομένως να μην έχουν τη δυνατότητα να σκεφτούν ανεξάρτητα και να πάρουν μια «λογική» απόφαση για τον εαυτό τους ώστε να συναινέσουν στη θεραπεία. Σε τέτοιες συνθήκες, θα ήταν δύσκολο για τους επαγγελματίες της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης να σεβαστούν ταυτόχρονα την αρχή της ευεργετικότητας και της αυτονομίας: η έναρξη της θεραπείας θα παραβίαζε την αρχή της αυτονομίας, και η αποφυγή της θεραπείας θα παραβίαζε την αρχή της ευεργετικότητας.

Πρέπει να εκχωρείται στο άτομο που υποφέρει από ψυχική ασθένεια η αποκλειστική αρμοδιότητα λήψης αποφάσεων ή, εάν αυτό το άτομο δεν είναι ικανό για ορθολογική λήψη αποφάσεων, το ίδρυμα απαιτείται να αναζητήσει δικαστική έγκριση ως υποκατάστατο της συναίνεσης του χρήστη των υπηρεσιών (Reisner, 1985). Τα τρία συστατικά της έγκυρης συναίνεσης ή άρνησης της θεραπείας είναι: α) το άτομο θα πρέπει να έχει επαρκή πληροφόρηση για τη θεραπεία, συμπεριλαμβανομένων της βλάβης και του οφέλους, καθώς και της πιθανότητας βλάβης ως αποτελέσματος της θεραπείας (π.χ., θάνατος, μόνιμη αναπηρία), β) δεν θα πρέπει να υπάρχει κανένας καταναγκασμός και γ) το άτομο θα πρέπει να είναι εξ ολοκλήρου ικανό να κατανοήσει και να αξιολογήσει τις πληροφορίες για τη θεραπεία. Η αναγκαστική θεραπεία συζητείται μόνο όταν οι ικανότητες λήψης αποφάσεων του ατόμου (η επάρκειά του) αμφισβητείται. Εάν ένα άτομο παίρνει με

επάρκεια μια απόφαση που στηρίζεται στην πληροφόρηση αλλά είναι κακή, αυτό ανήκει εντελώς στη σφαίρα των δικαιωμάτων του (Smith & Meyer, 1987).

Υπάρχουν κι άλλα ζητήματα που προκύπτουν όταν θέλουμε να ορίσουμε την επαρκή ικανότητα στο να αρνηθεί κανείς τη φαρμακευτική θεραπεία. Ούτε η παρουσία ψυχωσικών συμπτωμάτων, ούτε η ακούσια νοσηλεία αρκούν για να αποδείξουν ότι ένα άτομο δεν είναι σε θέση να αρνηθεί τη φαρμακευτική θεραπεία (Beck, 1987). Ικανά άτομα μπορούν να πάρουν παράλογες αποφάσεις. Συνεπώς, ένας τρόπος να ορίσουμε τη λογικότητα είναι να πούμε πως αποτελεί μόνο ένα χαρακτηριστικό της απόφασης κάποιου ατόμου. Οι παράλογες αποφάσεις είναι αυτές των οποίων τα σαφώς προβλέψιμα αποτελέσματα κάνουν τα άτομα να βιώνουν αρνητικές συνέπειες χωρίς να υπάρχει λόγος (Culver, 1991). Ο Beck επιβεβαίωσε πως άτομα με ψυχική ασθένεια που αρνούνται την ασθένειά τους παρά τα στοιχεία υπέρ του αντιθέτου (π.χ., τα διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV) στερούνται και την ικανότητα να λάβουν λογικές αποφάσεις σχετικά με τη φαρμακευτική τους θεραπεία, ενώ όπως αναφέρει «ένα άτομο που πιστεύει ότι δεν είναι άρρωστο δεν έχει κανένα λόγο να δεχτεί φαρμακευτική θεραπεία». «Η δυνατότητα στο να αρνηθεί κανείς φαρμακευτική θεραπεία, απαιτεί από το άτομο να αναγνωρίζει ότι πάσχει από κάποια διαταραχή» (Barrett & al, 1998). Γενικά, μια ικανή άρνηση μπορεί να περιγραφεί πιο εύκολα από τη εξής θέση του ασθενή: «Κατανοώ αυτό που λέτε, αλλά δεν συμφωνώ». Σύμφωνα με τον Beck (1987): «Η συνειδητοποιημένη γνώση, όχι η συναίνεση, απαιτείται για την επαρκή ικανότητα».

Απ' τη στιγμή που θα διαπιστωθεί η ύπαρξη μιας αιτίας για την άρνηση του ατόμου, και εάν στηρίζεται στη λογική, ο επαγγελματίας της ψυχικής υγείας πρέπει να δημιουργήσει μια σχέση συνεργασίας με το άτομο που υποφέρει από ψυχική ασθένεια για να διερευνήσει εναλλακτικές και λιγότερο περιοριστικές θεραπευτικές αγωγές (Torrey, 1995). Παρ' όλα αυτά, εάν η άρνηση στηρίζεται στην απόρριψη της ασθένειας ή σε παραλήρημα, και οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας νιώθουν ότι η φαρμακευτική θεραπεία θα μετριάσει τα ψυχωσικά συμπτώματα, έχουν υποχρέωση να κάνουν ό, τι μπορούν προκειμένου να εξασφαλίσουν ότι ο ασθενής θα λάβει τα φάρμακα, κι αν η πειθώ δεν επιτύχει, τότε ίσως να απαιτηθούν νομικές ενέργειες για να παρακαμφθεί η άρνηση (Torrey, 1995).

Η συνεργασία γιατρού-ασθενή και η διερεύνηση εναλλακτικών λύσεων για τη θεραπεία είναι πολύ σημαντικές για την επιτυχία της θεραπείας και, πραγματικά, κομβικές όταν υπάρχει διαφωνία ανάμεσα στους γιατρούς και στα άτομα με ψυχική

ασθένεια όσον αφορά το πώς θα πρέπει να προχωρήσει η θεραπεία. Μια συνεργασία που στηρίζεται στην εμπιστοσύνη μπορεί να αποτρέψει την ανάγκη εξαναγκασμού της φαρμακευτικής θεραπείας. Εάν αποφασιστεί καταναγκαστική θεραπεία με αντιψυχωσικά φάρμακα, το άτομο πρέπει να υποφέρει από ψυχωσική διαταραχή, ο σχεδιασμός της θεραπείας πρέπει να είναι εύλογος, πρέπει να υπάρχει επαρκής δοκιμή θεραπείας χωρίς φάρμακα και, εάν επιλεγεί η φαρμακευτική θεραπεία, θα πρέπει το άτομο να έχει κάποιο προηγούμενο θετικής ανταπόκρισης σε τέτοιου τύπου φαρμακευτικές αγωγές (Beck, 1987).

Όποιος και να είναι ο λόγος για την άρνηση της φαρμακευτικής θεραπείας, πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη τι έχουν να πουν οι άνθρωποι με ψυχική ασθένεια για την εμπειρία τους από φαρμακευτικές θεραπείες. (Diamond, R., παρατίθεται στον Torrey, 1995). Η επιβεβαίωση της εμπειρίας τους μπορεί να βοηθήσει στο να λυθεί κάθε διαφωνία ανάμεσα στον γιατρό και στον ασθενή, διευκολύνοντας τη διαδικασία ενθάρρυνσης της συμμόρφωσης.

Μία ποιοτική μελέτη που διεξήχθη το 2012, με συμμετέχοντες από 22 νοσοκομεία της Αγγλίας είναι αρκετά διαφωτιστική για τα παραπάνω ζητήματα. Τα συμπεράσματα αυτής έδειξαν ότι η μεγάλη πλειοψηφία των ακούσιων ασθενών αναδρομικά πιστεύουν ότι δεν ήταν καλά πριν την εισαγωγή τους και κατά την ακούσια νοσηλεία τους ένιωθαν αδύναμοι και ότι δεν είχαν τον έλεγχο στη ζωή τους, καθώς πίστευαν ότι δεν εμπλέκονταν στη διαδικασία της εισαγωγής και της θεραπείας τους κι ένιωθαν αναγκασμένοι να συμμορφωθούν στις αποφάσεις των επαγγελματιών. Παρ' όλα αυτά, κάποιοι ασθενείς αναδρομικά σκέφτονται ότι αυτή η παρέμβαση ήταν σωστή γι' αυτούς, ενώ άλλοι εκφράζουν αρνητικές ή αμφίθυμες απόψεις.

Αυτοί που συμφωνούν με την παρέμβαση πιστεύουν πως έτσι διασφαλίστηκε η φαρμακευτική θεραπεία, απετράπη περαιτέρω βλάβη και τους δόθηκε η ευκαιρία να αναρρώσουν σε ένα ασφαλές μέρος. Επίσης, θεωρούν πως ο καταναγκασμός ήταν απαραίτητος, καθώς οι ίδιοι δεν ήταν σε θέση να αναγνωρίσουν ότι χρειαζόνταν τη βοήθεια μιας θεραπείας. Αυτοί που πιστεύουν πως η ακούσια νοσηλεία ήταν λάθος σκέφτονται ότι τα προβλήματά τους θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν και μέσω λιγότερο έντονων και/ή καταναγκαστικών παρεμβάσεων εκ μέρους της κοινότητας, και βίωσαν την εισαγωγή τους ως άδικη παραβίαση της αυτονομίας τους, που θέτει μια μόνιμη απειλή στην ανεξαρτησία τους. Οι ασθενείς με αμφίθυμες απόψεις πιστεύουν ότι χρειαζόνταν οξεία θεραπεία και θεώρησαν ότι η νοσηλεία απέτρεψε



την περαιτέρω βλάβη. Την ίδια στιγμή, σκέφτονται ότι τα προβλήματά τους θα μπορούσαν να έχουν αντιμετωπιστεί με λιγότερο καταναγκαστικές παρεμβάσεις εκ μέρους της κοινότητας ή με μια πιο σύντομη εκούσια νοσηλεία, την περίοδο που δεν ήταν καλά και θα είχαν αρνηθεί οποιαδήποτε θεραπεία.

Τα ευρήματα των μελετών επίσης, δείχνουν ότι οι ασθενείς εκτιμούν το να έχουν υποστήριξη για τα προβλήματα ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζουν και να έχουν πρόσβαση σε ένα ασφαλές μέρος κατά τη διάρκεια μιας κρίσης. Ωστόσο, νιώθουν πικρία στην περίπτωση που πιστεύουν ότι δεν συμμετείχαν στις αποφάσεις για τη θεραπεία και ότι η αυτονομία τους παραβιάστηκε. Οι ασθενείς που αναδρομικά συμφωνούν με την παρέμβαση πιστεύουν ότι η καταναγκαστική θεραπεία ήταν αναγκαία, αν και δυσάρεστη. Οι απόψεις τους για το λόγο που ισχύει αυτό αντικατοπτρίζουν τις επιφυλάξεις των ψυχιάτρων όταν αποφασίζουν να χρησιμοποιήσουν καταναγκασμό, δηλαδή, το να εκτιμούν την ικανότητα, τον κίνδυνο και τα κλινικά οφέλη έναντι των πιθανών αρνητικών εμπειριών που οφείλονται στη χρήση του καταναγκασμού.

Αυτό το εύρημα μπορεί να θεωρηθεί καθησυχαστικό για τους κλινικούς και συμβαδίζει με προηγούμενες υποθέσεις ότι οι ασθενείς εκτιμούν το ότι νοσηλεύτηκαν παρά τη θέλησή τους όταν αναρρώνουν. Γι' αυτούς τους ασθενείς, η παρέμβαση ίσως να μην έχει αρνητική επιρροή στις μελλοντικές τους επαφές με τις υπηρεσίες περίθαλψης. Παρ' όλα αυτά, η ψυχο-παιδαγωγική κατάρτιση των ασθενών γύρω από την πρόληψη της υποτροπής μπορεί να τους προσφέρει μια καλύτερη κατανόηση των οξέων συμπτωμάτων τους και να εμποδίσουν μελλοντικές ακούσιες εισαγωγές.

Οι ασθενείς με αρνητικές ή αμφίθυμες απόψεις, από την άλλη μεριά, ανησυχούν ιδιαίτερα για τη χρήση του καταναγκασμού, αν και οι περισσότεροι αναδρομικά πιστεύουν ότι έχουν προβλήματα ψυχικής υγείας και θα ήταν ανοιχτοί σε μη καταναγκαστικές παρεμβάσεις. Φαίνεται, συνεπώς, ότι η έλλειψη της διαισθητικής κατανόησης της ψυχικής ασθένειας, παράγοντας που συχνά θεωρείται ότι συνεισφέρει στις αρνητικές εκτιμήσεις των ασθενών για τη θεραπεία τους, ίσως και να μην είχε καθορίσει τις απόψεις αυτών των ασθενών, τουλάχιστον όχι όταν η διαισθητική κατανόηση ορίζεται με έναν αυστηρό, διχοτομικό τρόπο. Αν και τα επίπεδα της κατανόησης μπορεί να κυμαίνονται σε διαφορετικές περιόδους και η σχέση ανάμεσα στην κατανόηση και στην εκτίμηση της θεραπείας πρέπει να διερευνηθεί περισσότερο, τα ευρήματά δείχνουν ότι ο φόβος της αρνητικής επιρροής

της ακούσιας νοσηλείας πάνω στην αυτονομία του ασθενή είναι πιο σημαντικός στη διαμόρφωση των εκτιμήσεών τους.

Έχοντας υποστεί αυτή την καταναγκαστική παρέμβαση τουλάχιστον μία φορά, ανησυχούν ότι αυτό μπορεί να κάνει τις ακούσιες νοσηλείες πιο συχνές στο μέλλον και να θέσει σε κίνδυνο την ανεξαρτησία τους και την αίσθηση που έχουν για τον εαυτό τους ως αυτόνομων προσώπων. Αυτή η ερμηνεία μπορεί να οδηγήσει στην αναδρομικού χαρακτήρα άποψη ότι η ακούσια νοσηλεία ήταν λάθος κι ακόμη και καταστροφική. Αυτή η ερμηνεία συμβαδίζει με στοιχεία που δείχνουν ότι κάποιοι ασθενείς θεωρούν τη νοσηλεία ως απειλή απέναντι στην κοινωνική τους θέση και ως υπαινιγμό ότι είναι ανίκανοι να φροντίσουν τον εαυτό τους και να ζήσουν τη ζωή τους ανεξάρτητα. Ως αντίδραση σε αυτή την αντιλαμβανόμενη απειλή, οι ασθενείς μπορεί να απορρίψουν τις υπηρεσίες περίθαλψης συνολικά έτσι ώστε να αποφύγουν να νιώθουν στιγματισμένοι και απαξιωμένοι.

Η αντιμετώπιση των ανησυχιών που έχουν οι ασθενείς με αρνητικές και αμφίσημες απόψεις θέτει μια μεγάλη πρόκληση για τους γιατρούς και για τις υπηρεσίες. Δεν είναι μόνο ηθικό και ανθρωπιστικό ζήτημα, μπορεί επίσης να οδηγήσει και σε βελτιωμένα θεραπευτικά αποτελέσματα. Τα στοιχεία δείχνουν ότι το να θεωρεί κανείς τη θεραπεία σωστή και/ή ικανοποιητική και το να αντιλαμβάνεται χαμηλότερα επίπεδα καταναγκασμού συνδέεται με κλινική βελτίωση, μειωμένες ακούσιες επανεισαγωγές, αυξημένη εμπλοκή με τις υπηρεσίες και καλύτερη θεραπευτική σχέση μετά το εξιτήριο.

Από την άλλη, δεν είναι σαφές εάν οι λιγότερο καταναγκαστικές παρεμβάσεις θα θεωρούνταν επαρκείς λύσεις για κάποιους από αυτούς τους ασθενείς σε αυτή την κρίση. Οι κλινικοί γιατροί μπορεί να είχαν διαφωνήσει με την εκτίμηση των ασθενών και να πίστευαν ότι τα προβλήματά τους ήταν πολύ σοβαρά για να αντιμετωπιστούν με λιγότερο έντονη θεραπεία. Παρ' όλα αυτά, τα στοιχεία δείχνουν πως όταν οι ασθενείς πιστεύουν ότι οι γνώμες τους λαμβάνονται υπόψη κι ότι οι αποφάσεις λαμβάνονται με κριτήριο το μέγιστο δυνατό όφελος γι' αυτούς, νιώθουν λιγότερο καταναγκασμένοι, ακόμα κι όταν υποβάλλονται σε θεραπεία ενάντια στη θέλησή τους.

Ακόμα κι αν οι ασθενείς και οι κλινικοί γιατροί διαφωνούν για το εάν ο δείκτης εισαγωγής ήταν δικαιολογημένος, το να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην αποφυγή μελλοντικών κρίσεων και να συζητείται το πώς μπορούν να αποφευχθούν στο μέλλον οι ακούσιες νοσηλείες, δηλ. μέσω της εμπλοκής με υπηρεσίες της

κοινότητας και της βελτιωμένης αυτο-φροντίδας, μπορεί να θεωρηθεί από τους ασθενείς ως επιβεβαίωση. Παρομοίως, το να προσφέρονται στους ασθενείς κάποιες επιλογές για πτυχές της ακούσιας παραμονής τους στο νοσοκομείο (π.χ., τον τύπο της φαρμακευτικής αγωγής, την εμπλοκή τους σε δραστηριότητες μέσα στον θάλαμο, τον έλεγχο της καθημερινής ρουτίνας του ύπνου και του φαγητού, κτλ) θα μπορούσε να τονώσει την αίσθηση ότι ελέγχουν τις ζωές τους (Katsakou et al. 2012).

Οπωσδήποτε, οποιαδήποτε καταναγκαστική θεραπεία εκ μέρους των επαγγελματιών της ψυχικής υγείας πρέπει να προέρχεται από γνήσια μέριμνα για την ευζωία του ατόμου και από μια κατανόηση των λόγων πίσω από την άρνηση αυτού του ατόμου για φαρμακευτική θεραπεία (Richardson, 2002). Το να επιβάλλουμε τη φαρμακευτική θεραπεία δεν πρέπει ποτέ να εκπίπτει σε έναν αγώνα εξουσίας: «Η δική μου ατζέντα είναι πιο σημαντική ή πιο σωστή από τη δική σου» – πρέπει, αντίθετα, να έχει ως κίνητρο ένα ειλικρινές ενδιαφέρον για το καλύτερο δυνατό όφελος του ασθενή. Ο αρωγός επαγγελματίας μπορεί επίσης να θέλει να προσδιορίσει ποιος ανταποκρίνεται καλά στην αντιψυχωσική φαρμακευτική αγωγή και ποιος σε εναλλακτικές μορφές θεραπείας, χάρη της μεγιστοποίησης των οφελών και της ελαχιστοποίησης της βλάβης (π.χ., παρενέργειες) (Luchins, Dojka, & Hanrahan, 1993· Robenson, 1993).

Τα στοιχεία, άλλωστε, από σχετικές έρευνες δείχνουν ότι: Πάνω από το 50% των ασθενών που υποβάλλονται σε αντιψυχωσικές φαρμακευτικές θεραπείες επιδεικνύουν πλήρη ή μερική μη τήρηση της θεραπείας τους (Young, Spiotz, Hillbrand, & Danedi, 1999). Μέσα στις πρώτες 7 με 10 μέρες από την έναρξη της θεραπείας, το 25% σταματά να παίρνει τα φάρμακα το 50% σταματά μετά από έναν χρόνο και το 75% σταματά μετά από δύο χρόνια (Keith & Kane, 2003). Μόνο ένα 33% των ασθενών με ψυχική διαταραχή ακολουθεί τη φαρμακευτική του θεραπεία όπως συνταγογραφείται (Oehl, Hummer, & Fleishhacker, 2000).

Όπως διαπιστώνεται, η προσωπική επιλογή των ασθενών που βασίζεται σε μια προκατάληψη ενάντια στις χημικές θεραπείες, μια φιλοσοφία ενάντια στην ψυχιατρική, ή ίσως και η ρομαντική εξιδανίκευση της ψυχικής ασθένειας («Με κάνει πιο δημιουργικό») μπορούν να αποτρέψουν από τη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική θεραπεία. Οι συνοδές προς τη διάθεση και τη σκέψη, ιδέες, όπως η απελπισία, η παρανοϊκή θεώρηση της αγωγής ή των προθέσεων του παραπέμποντος ιατρού ή το αίσθημα μεγαλείου, θα μπορούσαν να επηρεάσουν την απόφαση κάποιου ασθενή να μη συμμορφωθεί με τη φαρμακευτική αγωγή (Torry, Weiss, 2012).

Είναι επίσης γεγονός, ότι οι φαρμακευτικές θεραπείες σπανίως είναι απόλυτα αποτελεσματικές, κι έτσι η έλλειψη αποτελεσματικότητας μπορεί επίσης να παίζει κάποιο ρόλο στη μη συμμόρφωση. Το άτομο ενδέχεται να μη γίνει αρκετά καλά ώστε να αναγνωρίσει την ανάγκη για φαρμακευτική αγωγή, ή η μερική αποτελεσματικότητα ίσως να μην αρκεί για να ισοσταθμίσει ενοχλητικές παρενέργειες. Επιπλέον, η προτίμηση για άλλες ουσίες κάνει τους ασθενείς κάνει τους ασθενείς με ψυχική διαταραχή να ταλαντεύονται και να απομακρύνονται από τη συνταγογραφημένη τους θεραπεία.

Ίσως η πλέον προβλέψιμη αιτία της μη συμμόρφωσης να είναι η έλλειψη διαισθητικής κατανόησης που συχνά είναι εγγενής στις ψυχικές ασθένειες. Τα διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV-TR (Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρεία, 2000) περιγράφουν την έλλειψη διαισθητικής κατανόησης στη σχιζοφρένεια «ως εκδήλωση της ίδιας της ασθένειας, παρά ως στρατηγική αντιμετώπισης». Σε μια επιτόπια Πειραματική Έρευνα του DSM-IV (Amador, Andreasen, Yale, & Gorman, 1994) που περιλάμβανε 221 ασθενείς με σχιζοφρένεια, μόνο το 40,7% είχαν επίγνωση της ασθένειάς τους. Η μη επίγνωση της ασθένειας είναι συγγενής της ανοσογνωσίας, της νευρολογικής έννοιας για την ανικανότητα κάποιου να αναγνωρίσει τα ελλείμματά του μετά από έμφραγμα. Η δυσπιστία παραμένει παρά τις αποδείξεις περί του αντιθέτου, και οι ασθενείς συχνά επινοούν γεγονότα για να ερμηνεύσουν παρατηρήσεις που αποδεικνύουν την ασθένειά τους (Torrey, Weiss, 2012).

### **Γ. Εγκληματικές πράξεις και ακαταλόγιστο**

Όποια κι αν είναι η αιτία της μη συμμόρφωσης, η συνεπακόλουθη υποτροπή συχνά προηγείται εγκληματικών πράξεων. Επιπλέον, η χρήση φαρμακευτικών ουσιών που συνοδεύεται από ελλιπή τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να σημάνει έναν υψηλότερο κίνδυνο βίαιης συμπεριφοράς ανάμεσα στα άτομα με ψυχική ασθένεια (Swartz et al., 1998). Στις ιατροδικαστικές εκτιμήσεις δεν υπάρχει προς το παρόν κάποια αξιολόγηση της ψυχικής κατάστασης του ψυχικά ασθενούς, μη συμμορφούμενου παραβάτη για την περίοδο της μη συμμόρφωσης που προηγείται της διάπραξης ενός εγκλήματος.

Στην πραγματικότητα, η «απομάκρυνση από τη φαρμακευτική θεραπεία» αποτελεί ένα τυπικό σχήμα λόγου που συναντάται συχνά σε ψυχιατρικές εκθέσεις υπεράσπισης. Αυτή η πράξη παράληψης, λοιπόν (η μη συμμόρφωση με τη θεραπεία), όχι μόνο οδήγησε εν δυνάμει στο αδίκημα, αλλά παρείχε επίσης και το πλαίσιο για τη γραμμή υπεράσπισης της ψυχικής νόσου. Συγκριτικά, σε περίπτωση εκούσιας μέθης, η ίδια η πράξη (η κατάποση της τοξικής ουσίας) που οδηγεί στο αδίκημα δεν προσφέρει και την υπερασπιστική γραμμή. Ο Weinstock (1999) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει σημαντική ποιοτική ή ποσοτική διαφορά ανάμεσα σε άτομα υπό την επήρεια αλκοόλ ή ναρκωτικών και σε άτομα που υποφέρουν από ψυχική διαταραχή ως αποτέλεσμα μη συμμόρφωσης προς τη φαρμακευτική τους θεραπεία. Εάν και οι δύο γνωρίζουν τις πιθανές συνέπειες της κατάποσης (αλκοόλ) και της μη κατάποσης της συγκεκριμένης ουσίας (του φαρμάκου), η μόνη διαφορά είναι ότι στη μία περίπτωση διαπράττεται μια πράξη και στην άλλη μία παράλειψη (Torry & Weiss, 2012).

Αν και η ψυχική νόσος για χρόνια έχει θεωρηθεί ως αναίρεση του αξιόμεμπτου, καμία επαλήθευση δεν έχει κριθεί ικανοποιητική. Προτού θεωρηθεί κάποιος αξιόμεμπτος και υποκείμενος σε τιμωρία, πρέπει να πληρούνται κάποια κριτήρια. Πρώτον, ο πράττων πρέπει να ασκεί την ελεύθερη βούλησή του. Απ' τη στιγμή που η ελεύθερη επιλογή είναι η βάση της ηθικής πράξης, δίκαια συνήθως, ακολουθεί η τιμωρία για τις πράξεις κάποιου (Deigh, 2011). Η συμπεριφορά που είναι έξω από τον έλεγχο του πράττοντος, υπό την απειλή της βίας, για παράδειγμα, δεν είναι αξιόμεμπτη. Δεύτερον, ο πράττων πρέπει να διαθέτει μια λογική ικανότητα να ζυγίζει τις συνέπειες μιας πράξης. Τέλος, ο πράττων πρέπει να έχει την ικανότητα να διακρίνει το σωστό από το λάθος και, όπου απαιτείται, την ικανότητα για έλεγχο της συμπεριφοράς (Slodov, 1990). Αυτό απορρέει από την ικανότητα να παίρνουμε λογικές αποφάσεις, οπότε η συμπεριφορά είναι συνεπής με τις διεργασίες του λογικού συλλογισμού. Συνεπώς, εάν οι πράξεις κάποιου ήταν έξω από τον έλεγχό του, εάν κάποιος στερείται την ικανότητα να ζυγίζει τις συνέπειες των πράξεών του ή εάν κάποιος δεν έχει την ικανότητα να διακρίνει το σωστό από το λάθος, τότε δεν θα έπρεπε να του αποδοθεί ευθύνη (Developments In The Law The Law Of Mental Illness, 2008).

Αυτή η αντίληψη υπάρχει στις νομικές παραδόσεις εδώ και αιώνες. Ακριβώς όπως έγραψε ο δικαστής David Bazelon (1954) «Η συλλογική μας συνείδηση δεν επιτρέπει την τιμωρία εκεί όπου δεν μπορεί να αποδοθεί ευθύνη. Εμείς ως κοινωνία δεν μπορούμε να κρίνουμε όσους πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια με τα ίδια κριτήρια που κρίνουμε και όσους δεν πάσχουν. Ωστόσο, αυτή η βασική καθοδηγητική γραμμή μας αφήνει να προσπαθούμε να εκτιμήσουμε τις ποιοτικές και ποσοτικές διαφορές μεταξύ ατόμων που μπορεί να ήταν ή να μην ήταν ασθενείς την επίμαχη περίοδο – και εάν ήταν, τότε να εκτιμήσουμε τις διεργασίες σκέψης τους εκείνη την περίοδο» (McLachlin, 2006).

Η υπεράσπιση της ψυχικής νόσου εκπροσωπεί καταστάσεις στις οποίες οι βουλευτικές (ελεύθερη βούληση) και οι γνωστικές (έλλογη σκέψη) ικανότητες δεν υπάρχουν, ως αποτέλεσμα μιας «ψυχικής ασθένειας ή ελλείμματος» (το έλλειμμα είναι νομικός όρος που αναφέρεται στη διανοητική καθυστέρηση ή σε ένα δομικό εγκεφαλικό πρόβλημα). Απ' τη στιγμή που η ικανότητα της βούλησης δεν μπορεί να μετρηθεί, σε κάποια δικαστικά συστήματα έχει παραπεμφθεί στην ανάλυση «Ένοχος αλλά Ψυχικά Ασθενής» και δεν έχει θεωρηθεί εν δυνάμει δικαιολογία. Η υπεράσπιση της ψυχικής νόσου χρησιμεύει για την υπεράσπιση αυτών που δεν είναι αξιόμεμπτοι, απαλλάσσοντάς τους από την ποινική ευθύνη για πράξεις που διεπράχθησαν εξαιτίας μιας ψυχικής ασθένειας. Η ψυχική ασθένεια ή έλλειμμα στερεί τον πράττοντα από την αυτόνομη δράση και από την έλλογη ικανότητα και τη γνώση του σωστού και του λάθους όπως ταιριάζει στην επίμαχη πράξη (Torry, Weiss, 2012).

Σύμφωνα με τον Edwards (2010), η ψυχική ασθένεια μπορεί να διαιρέσει τον χαρακτήρα μας επιβάλλοντας μια σύγκρουση ανάμεσα στις τρέχουσες βιολογικές σχέσεις που μας συγκροτούν και αυτές που συγκροτούν τους προηγούμενους εαυτούς μας. Η διάκριση που κάνουμε ανάμεσα στην ασθένεια και στον εαυτό δικαιολογεί τη διάκριση εκ μέρους μας, ανάμεσα στις διεργασίες του εγκεφάλου που προκύπτουν από ψυχική διαταραχή και στους τύπους σκέψης που υιοθετούμε όταν είμαστε ψυχικά υγιείς. Η αλλαγή χαρακτήρα που παρουσιάζεται σε αυτές τις περιπτώσεις δεν είναι μέρος της τυπικής μας εξέλιξης και ανάπτυξης, αλλά προκύπτει από μια αλλαγή στη συγκρότησή μας που δεν υπόκειται στην αφηγηματική ενότητα η οποία συγκροτεί την ατομικότητά μας.

Τέλος, όπως λέει ο Slodov (1990) «Η παρουσία μιας ψυχικής ασθένειας μπορεί να καταστήσει κάποιον απλό υποχείριο αυτής της ασθένειας». Η ιδέα είναι ότι, εάν η ασθένεια του νου έχει προκαλέσει ένα έλλειμμα λογικής που επηρεάζει την

ικανότητα του πράττοντος να γνωρίζει τη φύση και την ποιότητα της πράξης ή το ότι η πράξη ήταν λάθος, τότε αν και μπορεί να αναγνωριστεί ότι τελέστηκε εγκληματική πράξη (actus reus), δεν υπάρχει από πίσω της εγκληματική πρόθεση (mens rea). Συνεπώς, αφού δεν υπάρχει έγκλημα, ο πράττων θα έπρεπε να έπρεπε να απαλλαγεί από την ποινική ευθύνη. Δεν έχει, λοιπόν, νόημα να αποδοθούν ποινές σε άτομα με ψυχικές ασθένειες όταν δεν μπορούν να εκτιμήσουν το παράνομο της συμπεριφοράς τους (Wainwright, 1986) ή όταν δεν αναμένεται να υπάρξει κάποια γενική αποτροπή όταν άλλοι ψυχικά ασθενείς μάθουν το αποτέλεσμα (Sinnott-Armstrong & Levy, 2011).

#### **4. Δικαιώματα των ψυχικά ασθενών**

Για να είναι κάποιος φορέας δικαιωμάτων θα πρέπει να είναι πρόσωπο, να έχει δηλαδή την ανθρώπινη ιδιότητα. Η ιδιότητα αυτή προϋποθέτει το στοιχείο του έλλογου και ενσυνείδητου όντος. Ο άνθρωπος ωστόσο, είναι εγγενώς έλλογο και ενσυνείδητο ον, ανεξάρτητα από το αν οι νοητικές του διεργασίες υπολειπονται ή αδρανούν. Επομένως, είναι προφανής ο λόγος για τον οποίο οι ψυχικά ασθενείς πρέπει να έχουν δικαιώματα.

Τέσσερα θεμελιώδη δικαιώματα πρέπει να αναγνωρίζονται οπωσδήποτε στους ψυχικά ασθενείς.

1) Το δικαίωμα να είναι άνθρωποι, δηλ. να αναγνωρίζονται ως υποκείμενα δικαίου και φορείς δικαιωμάτων και υποχρεώσεων. Με την ιδιότητα του ανθρώπου συνδέεται η αξίωση να είσαι πολίτης (δηλ. συμμετοχος στην πολιτική ζωή), να ασκείς επάγγελμα, να είσαι φορολογούμενος κ.λπ. Σ' αυτό το πλαίσιο ο ψυχικά ασθενής αξιώνει όλα τα δικαιώματα του ανθρώπου, δηλαδή το δικαίωμα στην ασφάλεια και την προσωπική ελευθερία (ακούσια νοσηλεία, άρ. 69 ΠΚ, Δικαστικός έλεγχος, προστασία κ.λπ.), το δικαίωμα στην ισότητα, τόσο στα δικαιώματα όσο και στις υποχρεώσεις, το δικαίωμα στην αξία και την προσωπικότητα του ανθρώπου, το δικαίωμα στην ιδιωτικότητα (προστασία των προσωπικών δεδομένων).

2) Το δικαίωμα να είναι μέλη της κοινωνίας, δηλ. να διαθέτουν δικαιοπρακτική ικανότητα. Μ' άλλα λόγια να έχουν προσωπική αυτονομία, να αποφασίζουν για τις υποθέσεις τους και την περιουσία τους, να παντρεύονται, κ.λπ.

3) Το δικαίωμα να αναγνωρίζονται ως ασθενείς, δηλ. να λαμβάνουν περίθαλψη, να αποφασίζουν γι' αυτήν, να ενημερώνονται για την υγεία τους και την κάθε θεραπεία, να ζητείται η γνώμη τους (Αξίωση ενημέρωσης για τα δικαιώματα και τη θεραπεία & Συναίνεσης, δικαίωμα στην Υγεία, δηλ. στην αξιοπρεπή περίθαλψη εκούσια και ακούσια, δικαίωμα στην αποκατάσταση (Αυτονόμηση/επαγγελματική αποκατάσταση, δικαίωμα στη ζωή στην κοινότητα (στεγαστικές δομές κλπ)

4) Το δικαίωμα έννομης προστασίας (άρ. 20 Συντ.), δηλ. το να έχουν πρόσβαση σε μηχανισμούς προστασίας των δικαιωμάτων, να εξασφαλίζεται η δικαστική τους προστασία έχοντας πρόσβαση στα εθνικά και ευρωπαϊκά Δικαστήρια, να έχουν τη δυνατότητα προσφυγής σε ανεξάρτητες αρχές, όπως ο Συνήγορος του Πολίτη που ασκεί έλεγχο στη δημόσια Διοίκηση, η λειτουργία των Επιτροπών κατά τον Διακρίσεων, τόσο στον δημόσιο (ΣτΠ) όσο και στον ιδιωτικό τομέα (Υπ. Δικαιοσύνης) και η Ανάπτυξη δράσεων από την Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχ. Διαταραχές (άρ. 2 ν. 2716/99) (Φυτράκης, 2011).

Αλλά και ειδικότερα:

- Το δικαίωμα στην αξιοπρεπή περίθαλψη (εκούσια και ακούσια).
- Το δικαίωμα στην ισότητα.
- Το δικαίωμα στην ενημέρωση.
- Το δικαίωμα στην προστασία προσωπικών δεδομένων.
- Το δικαίωμα στην αποκατάσταση.
- Το δικαίωμα στη ζωή στην κοινότητα.
- Το δικαίωμα στη διεκδίκηση αξιώσεων.

### **Το δικαίωμα στην αξιοπρεπή περίθαλψη (εκούσια και ακούσια)**

Το δικαίωμα αυτό συνίσταται στη δυνατότητα κάθε προσώπου για το οποίο γίνεται διάγνωση ψυχικής νόσου, να προσεγγίσει τους φορείς παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε ανθρώπινες συνθήκες και να λάβει υπηρεσίες που με βάση τα επιστημονικά και ιατρικά δεδομένα και παραδοχές είναι οι πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του.

Η περίθαλψη ως δικαίωμα ενός ασθενούς στην υγεία σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί σε μονάδες ψυχικής υγείας συγκεντρωτικές,



γραφειοκρατικές, απρόσωπες και αποστασιοποιημένες από τον ασθενή, αλλά από αποκεντρωμένες μονάδες, εξοπλισμένες και στελεχωμένες κατάλληλα που αντιμετωπίζουν τον ασθενή εξατομικευμένα ως μοναδική προσωπικότητα και φορέα αξιοπρέπειας και όχι ως απρόσωπη μονάδα μεταξύ πολλών ομοίων.

Κατά συνέπεια, αποτελεί καθήκον των υπηρεσιών ψυχικής υγείας να είναι προσιτές στους πολίτες που τις έχουν ανάγκη. Η προσιτότητα αφορά στο χώρο (εγγύτητα στον τόπο διαμονής - τομεοποίηση), το χρόνο (ωράριο λειτουργίας των υπηρεσιών που εξυπηρετεί τους δυνητικούς αποδέκτες), την κουλτούρα («πολιτισμική» προσβασιμότητα, υπό την έννοια της καταπολέμησης των προκαταλήψεων και του στίγματος που χαρακτηρίζουν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας).

Στην περίπτωση τόσο της εκούσιας όσο και της ακούσιας νοσηλείας ο πάσχων δικαιούται ιατρικής, παραϊατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας σε συνθήκες κατάλληλης διαμονής και αποτελεσματικής διοικητικής και τεχνικής εξυπηρέτησης. Περαιτέρω, ο πάσχων δικαιούται αναγνωρισμένης και επιστημονικά τεκμηριωμένης χρήσης θεραπευτικών μεθόδων, φαρμακευτικών αγωγών και άλλων.

Βέβαια, η εξέλιξη της επιστήμης μέσα από την επιστημονική έρευνα έχει αποδείξει ότι μία θεραπευτική μέθοδος αναγνωρισμένη σε μία χρονική στιγμή μπορεί στην πορεία των ερευνών πάνω στη μέθοδο αυτή να αποδειχθεί ως αναποτελεσματική ή εσφαλμένη. Ως χαρακτηριστικές τέτοιες μέθοδοι που αρχικώς επιδοκιμάστηκαν για να αποδοκιμαστούν και να εγκαταλειφθούν στη συνέχεια θα μπορούσαν να αναφερθούν ορισμένες «βιολογικές» θεραπείες που εφαρμόστηκαν στο παρελθόν (η πυρετοθεραπεία, η ναρκοθεραπεία, η σπασμοθεραπεία με χημικά μέσα, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία και η λευκοτομή ή λοβοτομή για την οποία τελευταία μάλιστα ο εμπνευστής της Egas Moniz έλαβε το βραβείο Νόμπελ Ιατρικής το 1950, το τελευταίο δε αυτό αναφέρεται μόνο και μόνο για να καταδείξει τη σχετικότητα της αποτελεσματικότητας μίας θεραπείας στο χρόνο).

Ανεξάρτητα όμως από τη γενική αντιμετώπιση του θέματος, ότι δηλαδή μία αποτελεσματική σήμερα θεραπεία μπορεί να κριθεί στο μέλλον ως αναποτελεσματική ή και επικίνδυνη, είναι σαφές ότι κάθε ασθενής έχει δικαίωμα στη λήψη υπηρεσιών υγείας, οι οποίες εμπεριέχουν τον πλέον ελάχιστο κίνδυνο για τη γενική κατάσταση της υγείας του.

Το δικαίωμα στην κατάλληλη και πλέον σύγχρονη φροντίδα θέτει τους επαγγελματίες απέναντι στο καθήκον της δικής τους συνεχούς ενημέρωσης,

συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και κατάρτισης, ώστε να είναι σε θέση να κατέχουν και να παρέχουν σύγχρονες και επιστημονικά τεκμηριωμένες θεραπείες.

Από την άποψη αυτή, η εφαρμογή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης με τη μετατόπιση του κέντρου βάρους από το ψυχιατρείο στην κοινότητα, καθιστά βέβαιο ότι η σταδιακή έξοδος του ψυχικά πάσχοντα στην κοινότητα σε καθεστώς υποστήριξης και προστασίας ελαχιστοποιεί τους κινδύνους από τυχόν αναποτελεσματικές θεραπείες.

Κατά συνέπεια, είναι δικαίωμα βασικής προτεραιότητας για τους ψυχικά πάσχοντες και, λόγω της σπουδαιότητάς του, δικαίωμα όλης της κοινωνίας η υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων που ανάγονται στο πεδίο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, δικαίωμα το οποίο δεν θα πρέπει να περιορίζεται από δημοσιονομικές πολιτικές.

Αν απαιτείται ειδική ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και νοσηλεία, αποτελεί βασικό δικαίωμα η αναγνώριση στον ψυχικά πάσχοντα του δικαιώματος στην επιλογή της θεραπείας και την έκφραση της συναίνεσής του σε αυτή.

Άλλο επιμέρους δικαίωμα του ψυχικά πάσχοντα, και περιττό να αναφέρουμε ταυτόχρονη υποχρέωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αποτελεί ο σεβασμός της προσωπικότητας και της εγγενούς αξιοπρέπειας του ψυχικά πάσχοντος. Ανεξάρτητα από την ένταση της νόσου, είναι επιβεβλημένη η αποφυγή θεραπευτικών μεθόδων που απομακρύνουν τον ασθενή από το κοινωνικό περιβάλλον και τον τόπο διαμονής του και η εφαρμογή μεθόδων βίαιων μηχανικών περιορισμών που διαρκούν επί μακράν και επιφέρουν κακώσεις και βλάβες της σωματικής του υγείας, η νοσηλεία σε συνθήκες κακής σωματικής ή χωρικής υγιεινής, διατροφής, ένδυσης και υπόδησης (Barilan, 2011).

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας (γιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό κλπ), οι οικογένειες των ασθενών και ευρύτερες κοινωνικές ομάδες, οφείλουν να εντάξουν στις όποιες δικές τους διεκδικήσεις και τη διεκδίκηση και προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, των δικών τους ανθρώπων, ιδιαίτερα σε ό, τι αφορά το δικαίωμα του σεβασμού της προσωπικότητας.

Οι παραπάνω αναφορές ισχύουν καταρχήν και για την ακούσια νοσηλεία. Όμως, χρειάζεται να επισημανθεί ότι η ακούσια ψυχιατρική εξέταση και νοσηλεία αποτελούν εξαιρετικές διαδικασίες που επιφέρουν ρωγμή τόσο στην αρχή ότι ουδείς στερείται την ελευθερία του παρά μόνο εφόσον έχει τελέσει κάποιο έγκλημα, όσο και στην αρχή ότι ουδείς υποβάλλεται σε ιατρικές πράξεις χωρίς τη συναίνεσή του και εκ

του λόγου αυτού διακυβεύονται τα σημαντικά αγαθά της προσωπικής ελευθερίας και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Ακριβώς για το λόγο αυτό έχουν καθιερωθεί συγκεκριμένοι κανόνες, ρυθμίσεις και νομικές διαδικασίες, οι οποίες προβλέπονται στα άρθρα 95 - 100 του Ν. 2071/1992 ως ελάχιστη δικαστική προστασία, η τήρηση των οποίων είναι υποχρεωτική τόσο για τη δικαιοσύνη και τους λειτουργούς της όσο και για την Πολιτεία και τους εμπλεκόμενους στη διαδικασία αυτή δημόσιους φορείς, ενόψει μάλιστα ότι οι εισαγόμενοι σε ακούσια νοσηλεία στερούνται της δυνατότητας άμεσης διεκδίκησης των δικαιωμάτων τους.

### **Το δικαίωμα στην ισότητα**

Η εφαρμογή της αρχής της ισότητας με την εκδήλωσή της ως απουσία διακρίσεων με βάση ειδικότερα ατομικά χαρακτηριστικά (φύλο, χρώμα, θρησκεία, ιδεολογία κλπ) αποτελεί κατάκτηση του σύγχρονου πολιτισμού. Η αρχή της ισότητας επιβάλλει την ίση μεταχείριση προσώπων που τελούν υπό ουσιωδώς όμοιες συνθήκες, όπως επίσης, επιβάλλει την ίση μεταχείριση προσώπων που για λόγους υγείας αντιμετωπίζουν καταστάσεις πολλαπλών αποκλεισμών από τις κοινωνικές δομές.

Απόρροια της αρχής της ισότητας είναι η ρητή υποχρέωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας να συμπεριφέρονται σε όλους τους ασθενείς που προστρέχουν εκούσια ή ακούσια στην υποστήριξή τους με ισότιμο τρόπο και κατ' εφαρμογή των αναγνωρισμένων μεθόδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, ανεξάρτητα από τα ειδικότερα χαρακτηριστικά τους, όπως η οικονομική κατάσταση, η φυλετική καταγωγή, η θρησκευτική πίστη, το μορφωτικό επίπεδο και η εν γένει η κοινωνική τους θέση.

Είναι γνωστό ότι στο κοινωνικό μας σύστημα κάποιοι θεωρούνται «περισσότερο ίσοι» από κάποιους άλλους. Η αντίληψη αυτή επιβάλλεται όχι μόνο ηθικά αλλά και νομικά να κρατηθεί έξω από το χώρο του συστήματος της δημόσιας υγείας και ιδιαίτερα της ψυχικής υγείας. Έτσι, μολονότι ανάγεται στη σφαίρα του αυτονόητου, είναι επιβεβλημένο να επισημανθεί ότι ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας όχι μόνο έχει υποχρέωση να τηρεί τις αρχές της ίσης μεταχείρισης αλλά θα πρέπει να καταβάλλει ιδιαίτερη προσπάθεια (πολλές φορές και με προσωπικό κόστος) για τη γενικευμένη εφαρμογή της.

Η παραβίαση της αρχής της ισότητας πλήττει ευθέως το δικαίωμα της προσωπικότητας και γεννά υποχρέωση προς αποζημίωση, αφού από την νομολογία των Δικαστηρίων μας θεωρείται ως αδικοπραξία.

### **Το δικαίωμα στην ενημέρωση**

Σε κάθε περίπτωση εξέτασης ή νοσηλείας (εκούσιας ή ακούσιας) ο ψυχικά ασθενής έχει δικαίωμα στην αναλυτική ενημέρωσή του για την κατάσταση της υγείας του, η οποία πρέπει να γίνεται κατά τρόπο ανταποκρινόμενο στο μορφωτικό του επίπεδο και την εν γένει αντίληψή του κατά τρόπο σαφή και μη επιδεχόμενο μεταγενέστερων αμφισβητήσεων. Η χορήγηση γραπτών αναλυτικών γνωματεύσεων και οδηγιών αποτελεί εκδήλωση του δικαιώματος αυτού. Στις περιπτώσεις που κρίνεται ως αναγκαίο και για το συμφέρον του ασθενή η μη ενημέρωσή του, αυτή θα πρέπει να γίνεται υποχρεωτικά και με τον ίδιο αναλυτικό τρόπο στο άμεσα συγγενικό του περιβάλλον και σε αυτούς που επιφορτίζονται την καθημερινή αποκαταστασιακή του μέριμνα και φροντίδα.

Ιδιαίτερα για τις περιπτώσεις ακούσιας νοσηλείας, η ενημέρωση και μάλιστα γραπτά του ψυχικά πάσχοντα και των συγγενών του αναφορικά με τα δικαιώματά του αποτελούν αναγκαίο πρωτογενή όρο για την επιτυχή έκβαση του θεσμού (βλ. στο παράρτημα παραδείγματα εγγράφων που χρησιμοποιούνται σε αυτή την περίπτωση).

Σε περιπτώσεις στις οποίες προτείνεται η λήψη φαρμάκων αυτή θα πρέπει να γνωστοποιείται, όχι με τη μορφή απειλής, αλλά κατά τρόπο που να προάγεται η ενεργή συνεργασία του ασθενούς στη θεραπεία του.

Η ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειάς του είναι αναγκαία για την εξασφάλιση της συγκατάθεσής τους στην θεραπεία. Από την άποψη αυτή είναι υποχρέωση του επαγγελματία ψυχικής υγείας να απαντά σε συγκεκριμένα ερωτήματα που γεννώνται από την ενημέρωσή του προς τον ασθενή και την οικογένειά του και φυσικά σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να τους αποθαρρύνει από την διατύπωση ερωτημάτων με υπεκφυγές και ασάφειες.

### **Το δικαίωμα στην προστασία των προσωπικών δεδομένων**

Το δικαίωμα αυτό στον χώρο της υγείας δεν είναι κάτι το νέο, αφού ήδη αναφέρεται στον Ιπποκράτειο Κώδικα. Η εξέλιξη της τεχνολογίας στη σύγχρονη εποχή και οι δυνατότητες επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων («τράπεζες» επεξεργασίας και εμπορίας προσωπικών δεδομένων, μηχανογραφική τήρηση

ιατρικών φακέλων κλπ), έχουν καταστήσει πλέον τη διαφύλαξη του ιατρικού απορρήτου και των προσωπικών δεδομένων που αφορούν την υγεία κάθε προσώπου, τα οποία υπάγονται στην κατηγορία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων, ως ιδιαίτερη νομική υποχρέωση τόσο του ιατρικού κόσμου όσο και, ιδιαίτερα για το χώρο της ψυχικής υγείας, των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, όπως αυτοί ειδικότερα κατηγοριοποιούνται (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτικό προσωπικό κλπ).

Το ιατρικό απόρρητο καταρχήν καθιερώθηκε ρητά με τον Α.Ν. 1565/1939 «Κώδικας ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος» και επαναοριοθετήθηκε με το Β.Δ. 25/1955 «Κανονισμός ιατρικής δεοντολογίας». Ρητή αναφορά του δικαιώματος αυτού γίνεται στον Ν. 2071/1992 ο οποίος στο άρθρο 47 παρ. 6, ορίζει ότι ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχόμενου των εγγράφων που αφορούν τον ασθενή, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος. Η διάταξη αυτή που έχει θετικό προσανατολισμό συμπληρώνεται από την απαγορευτική διάταξη του άρθρου 371 του Ποινικού Κώδικα σύμφωνα με την οποία τιμωρείται όποιος ανακοινώνει σε τρίτους ιδιωτικά απόρρητα που του έχουν εμπιστευθεί λόγω του επαγγέλματος ή της ιδιότητάς του. Ειδικά για τα θέματα της προστασίας των πολιτών από τη διακίνηση των προσωπικών τους δεδομένων έχει ήδη συσταθεί και λειτουργεί υπό το καθεστώς του Ν. 2472/1997 η Ανεξάρτητη Διοικητική Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, η οποία έχει επιληφθεί για θέματα που ανάγονται στο χώρο της υγείας (Αποφάσεις 18-734/2000, 61/2003, 47/2004, 49/2004 και 54/2004).

Επιστημονική δημόσια χρήση ψυχιατρικών περιστατικών είναι επιτρεπτή υπό την αναγκαία προϋπόθεση της μη αποκάλυψης της ταυτότητας του ασθενούς και για ερευνητικούς αποκλειστικά και μόνο σκοπούς. Σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει να υπάρχει η συγκατάθεση του προς ανακοίνωση των προσωπικών του δεδομένων προσώπου με την έννοια της ελεύθερης, ρητής και ειδικής δήλωσης βούλησης, η οποία εκφράζεται με τρόπο σαφή και σε πλήρη επίγνωση, μετά από προηγούμενη ενημέρωσή του, ο οποίος βεβαίως διατηρεί πάντοτε το δικαίωμα της ανάκλησης οποτεδήποτε της συγκατάθεσής του.

Υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες επιτρέπεται κατ' εξαίρεση η άρση του ιατρικού απορρήτου. Στις περιπτώσεις αυτές πρέπει να συντρέχει κίνδυνος για τη ζωή του ασθενή ή τη ζωή άλλων, γεγονός που κρίνει μόνο ο επαγγελματίας ιατρός. Αλλά

και στις περιπτώσεις αυτές ο επαγγελματίας οφείλει να έχει ενημερώσει πρωτίστως τον ασθενή για τις ενέργειες που πρόκειται να ακολουθήσει.

Από τα παραπάνω, προκύπτει ένα πλέγμα υποχρεώσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που συνδέεται αφενός μεν με την ουσιαστική και εγγυημένη εκ μέρους τους τήρηση του απορρήτου, αφετέρου δε με την υποχρέωσή τους να γνωστοποιούν στους ψυχικά πάσχοντες την ηθική και νομική τους αυτή υποχρέωση, γεγονός που διευκολύνει και τους ίδιους στην καθημερινή τους επαφή με τους ασθενείς στο πλαίσιο της παροχής των υπηρεσιών τους προς αυτούς.

### **Το δικαίωμα στην αποκατάσταση**

Είναι γνωστό ότι σε περιόδους ύφεσης και υψηλής ανεργίας, τα άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχικά προβλήματα, έχουν πρόσθετες και πολλαπλού χαρακτήρα δυσκολίες στην κοινωνικοοικονομική τους ένταξη έτσι όπως αυτή προσδιορίζεται από τα ισχύοντα στην εποχή μας οικονομικά και κοινωνικά πρότυπα.

Τα παραπάνω, σε συνδυασμό με το στίγμα που απευθύνεται στα άτομα αυτά δημιουργούν ένα κοινωνικό αίτημα και αξίωση των ψυχικά πασχόντων για τη λήψη ουσιαστικών και αποτελεσματικών μέτρων που θα υποβοηθούν την ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση.

Όπως επισημαίνεται στην Συναινετική Διακήρυξη για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση (ΨΚΑ) είναι μια διαδικασία η οποία ενισχύει τις ευκαιρίες στα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας να επιτύχουν ένα όσο το δυνατό καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση συνεπάγεται τόσο τη βελτίωση των ικανοτήτων των ατόμων όσο και την εισαγωγή αλλαγών στο ευρύτερο περιβάλλον, ώστε να δημιουργηθούν οι συνθήκες για μια ποιοτική ζωή για ανθρώπους που έχουν βιώσει μια ψυχική διαταραχή. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση στοχεύει στο να συνεισφέρει στην ανάπτυξη του καλύτερου δυνατού επιπέδου λειτουργικότητας των ατόμων, αλλά και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος, και στην ελαχιστοποίηση των προβλημάτων που προέρχονται είτε από την ψυχική νόσο είτε από τον κοινωνικό περίγυρο, συμβάλλοντας με θετικό τρόπο στην επιλογή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές να ενταχθούν επιτυχώς στην κοινότητα.

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια συνεχής, πολύπλοκη και φιλόδοξη διαδικασία, επειδή συμπεριλαμβάνει πολλούς διαφορετικούς τομείς και διαφορετικά

επίπεδα, από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μέχρι τους χώρους διαβίωσης και εργασίας. Επιπλέον, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση συμπεριλαμβάνει το σύνολο των κοινωνικών συντελεστών. Με δεδομένη την πολυπλοκότητα αυτή, οι δυνατότητες και τα μέσα για την παροχή ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ποικίλουν, ανάλογα με τα γεωγραφικά, πολιτισμικά, οικονομικά, πολιτικά, κοινωνικά και οργανωτικά χαρακτηριστικά των χώρων όπου αυτή αναπτύσσεται.

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση έχει ως στόχο τη μείωση του στίγματος και την προαγωγή της ισότητας και των ευκαιριών. Για το λόγο αυτό, οι λειτουργοί της συμμετέχουν σε προσπάθειες οργανωτικού, νομοθετικού, επαγγελματικού χαρακτήρα, σε προσπάθειες διασφάλισης της ποιότητας της φροντίδας και της ποιότητας της ζωής, σε συλλογικούς φορείς των χρηστών των υπηρεσιών και συλλογικά μορφώματα στήριξης, αυτοβοήθειας και συμμετοχής, σε εκπαιδευτικές προσπάθειες και σε προσπάθειες προαγωγής και ενίσχυσης των υπηρεσιών, ανάπτυξης της έρευνας και βελτίωσης των συστημάτων παροχής υπηρεσιών. Ως τέτοια, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση στοχεύει στο να βοηθά τα άτομα να απολαμβάνουν πλήρως το σύνολο των δικαιωμάτων τους, όπως αυτά εκφράζονται στα κείμενα των διεθνών οργανισμών και της εθνικής νομοθεσίας.

Στη χώρα μας, μία έμπρακτη εφαρμογή των αρχών της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και βασικό μηχανισμό επαγγελματικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών, ρητά προβλεπόμενο και ρυθμιζόμενο από το ισχύον θεσμικό πλαίσιο (άρθρο 12 του Ν. 2716/1999 για την ψυχική υγεία), αποτελούν οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.), οι οποίοι λειτουργούν υπό διττό χαρακτήρα (ως Μονάδα Ψυχικής Υγείας και ως κοινωνική επιχείρηση ταυτόχρονα).

Στους Κοι.Σ.Π.Ε. μπορούν να απασχολούνται με καθεστώς εξαρτημένης εργασίας ή με συμβάσεις παροχής υπηρεσιών ψυχικά πάσχοντα άτομα, τα οποία, υποστηριζόμενα από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και συμμετέχοντας στις εσωτερικές διαδικασίες του Συνεταιρισμού (Γενική Συνέλευση, Διοικητικό Συμβούλιο, εργασιακές επιτροπές) αποκτούν κοινωνικές δεξιότητες και εργασιακή εμπειρία μέσα από την παραγωγική απασχόληση και την συμμετοχή στις συλλογικές δραστηριότητες του Συνεταιρισμού και αυτονομούνται στην καθημερινή τους ζωή.

Η συμμετοχή και απασχόληση στους Κοι.Σ.Π.Ε. αποτελεί ιδιαίτερα σημαντική πτυχή ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, όπως προκύπτει και από σχετικές μελέτες, έρευνες και τη διεθνή εμπειρία.

Είναι σαφές ότι η πρωτοβουλία σύστασης Κοι.Σ.Π.Ε. και η άσκηση του δικαιώματος του ψυχικά ασθενούς για συμμετοχή σε αυτόν προϋποθέτει ειδική ενθάρρυνση και πρωτοβουλία από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που τον υποστηρίζουν. Η υποστήριξη όμως αυτή δεν θα πρέπει να είναι μηχανιστική, υπό την έννοια ότι αφού προετοιμαστούν τα πάντα (καταστατικό, επιχειρησιακό σχέδιο κλπ) απλώς καλούμε τον ασθενή να υπογράψει ή να συμμετέχει σε κάποια συνέλευση. Για την αποτελεσματική άσκηση του δικαιώματος αυτού απαιτείται από πλευράς του ψυχικά ασθενούς η συμμετοχή του σε ομάδες πρωτοβουλίας για τη σύσταση του Κοι.Σ.Π.Ε., η ενημέρωσή του και για τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα και ωφέλειες που θα προκύψουν όσο και για τα προβλήματα του εγχειρήματος. Απαιτείται, επιπρόσθετα, η ενημέρωσή του ως προς την εργασιακή θέση που θα κληθεί να καλύψει, τις απαιτήσεις της, όπως επίσης και τις αναμενόμενες οικονομικές απολαβές του.

Το δικαίωμα αυτό δεν θα πρέπει να τελεί σε κατάσταση διαρκούς υποστήριξης και «εξωτερικής προστασίας». Στο μέτρο που ο ψυχικά ασθενής μέσα από την άσκηση του δικαιώματός του στην επαγγελματική αποκατάσταση αυτονομείται, είναι αναγκαίο να ενισχύεται και η άσκηση των δικαιωμάτων που σχετίζονται με τις εργασιακές διεκδικήσεις, τη συμμετοχή σε συνδικαλιστικές οργανώσεις έτσι ώστε η εργασιακή του αποκατάσταση σε συνδυασμό με το αμέσως πιο κάτω εξεταζόμενο δικαίωμα να καθίσταται κατά το δυνατόν πλήρης.

### **Το δικαίωμα στη ζωή στην κοινότητα**

Το δικαίωμα αυτό εντάσσεται και αποτελεί εξειδικευμένη μορφή του γενικότερου κοινωνικού δικαιώματος για την εφαρμογή πολιτικών αποασυλοποίησης – αποϊδρυματισμού και καταπολέμησης του στίγματος.

Με βάση τους κατευθυντήριους άξονες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ως αποασυλοποίηση ή αποϊδρυματισμός ορίζεται η κατάργηση των παραδοσιακών ιδρυμάτων για τη φροντίδα των ψυχικά ασθενών και η προοδευτική εκκένωση των χώρων αυτών από τα άτομα που ήδη νοσηλεύονται εκεί, η ταυτόχρονη ανάπτυξη δομών στην κοινότητα με στόχο τη θεραπεία των ψυχικά ασθενών και την αποφυγή της μακροχρόνιας νοσηλείας ατόμων σε χώρους/δομές που μπορεί να συντελέσουν στην εμφάνιση φαινομένων ιδρυματισμού.

Το δικαίωμα στη ζωή στην κοινότητα σημαίνει ότι ο ψυχικά ασθενής μπορεί να μένει σε ένα σπίτι όπως όλοι οι άνθρωποι. Στην περίπτωση έλλειψης αυτής της



δυνατότητας, ο ψυχικά ασθενής μπορεί να κάνει χρήση στεγαστικών δομών και παράλληλης υποστήριξης στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο με την εξασφάλιση αξιοπρεπών συνθηκών καθημερινής ζωής. Στεγαστικές δομές στην κοινότητα είναι οι ξενώνες (βραχείας, μέσης και μακράς διάρκειας παραμονής), τα οικοτροφεία και τα προστατευόμενα διαμερίσματα.

Η άσκηση του παραπάνω δικαιώματος, το οποίο σαφώς αναγνωρίζεται επιστημονικά και νομοθετικά, συνδέεται με την ταυτόχρονη διεκδίκηση της λήψης συγκεκριμένων μέτρων εκ μέρους του Κράτους που έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας με σκοπό την πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Με αυτό εννοούμε ότι το Κράτος - που έχει τη γενική ευθύνη για την ενθάρρυνση και υποστήριξη της εφαρμογής προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, στα οποία περιλαμβάνεται και η λειτουργία στεγαστικών δομών στο ευρύτερο οικιστικό περιβάλλον της κοινότητας, όπου οι ένοικοι διαμορφώνουν τον κύκλο των καθημερινών δραστηριοτήτων τους με επίκεντρο το οίκημα που στεγάζει τη δομή και την ευρύτερη περιοχή στην οποία εντάσσεται, έχει ρητή υποχρέωση υποστήριξης των δομών αυτών και της ανασχεσης των αντιστάσεων που προβάλλονται στις δομές αυτές από κατοίκους, φορείς ή και την Τοπική Αυτοδιοίκηση μερικές φορές, αντιστάσεων που έχουν τις ρίζες τους στο στίγμα και τις προκαταλήψεις.

Είναι αλήθεια ότι οι προκαταλήψεις και ο στιγματισμός απέναντι στους ψυχικά ασθενείς στηρίζονται σε αντιεπιστημονικές θεωρήσεις περί «ανιάτου» των ψυχικά ασθενών και επικινδυνότητας, βίαιης συμπεριφοράς και επιθετικότητας των προσώπων που έχουν ανάγκη ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και τις περισσότερες φορές υποκρύπτουν τα ιδιοτελή συμφέροντα της μικροϊδιοκτησίας και της με κάθε τρόπο αξιοποίησής της.

Η καταπολέμηση του στίγματος και των προκαταλήψεων πρέπει να αποτελεί διαρκή μέριμνα της κρατικής πολιτικής για την ψυχική υγεία, καθημερινή υποχρέωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αλλά και δικαίωμα και απαίτηση των ψυχικά ασθενών.

Είναι αλήθεια ότι πολλές φορές αντιμετωπίζονται ιδιαίτερες δυσκολίες για την εξεύρεση κατάλληλων οικημάτων, ιδιαίτερα διαμερισμάτων σε πολυκατοικίες, εξ αιτίας αντιδράσεων από πλευράς συνιδιοκτητών, γειτόνων κλπ, οι οποίοι κινούμενοι σε μια λογική αποκλεισμού των ψυχικά ασθενών από το δικαίωμά τους της ζωής στην κοινότητα επικαλούνται και προστρέχουν σε παρωχημένους ως προς τον χρόνο

κατάρτισής τους κανονισμούς πολυκατοικιών. Πρόσφατα ο Συνήγορος του Πολίτη (6 Δεκεμβρίου 2004) τοποθετήθηκε επί του θέματος και με έγγραφό του προσπαθεί να συμβάλλει στην προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών εκθέτοντας τις νομικές και κοινωνικές διαστάσεις του θέματος.

### **Το δικαίωμα στη διεκδίκηση αξιώσεων**

Τα επιμέρους δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων προστατεύονται από τις διατάξεις του Συντάγματος 1975/1986/2001 και απορρέουν από τη διάταξη του άρθρου 5 του Συντάγματος όπου ορίζεται ότι καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας.

Η προστασία των δικαιωμάτων αυτών σχετίζεται με την εκ μέρους του Κράτους και των λοιπών φορέων άσκησης δημόσιας εξουσίας εκπλήρωσης των υποχρεώσεών τους να παρέχουν με συγκεκριμένα μέτρα, μέσα και πολιτικές κάθε αναγκαία εγγύηση ανεμπόδιστης άσκησης τους και σε κάθε περίπτωση σύγκρουσης ή διαφωνίας, αυτή να επιλύεται υπέρ του δικαιώματος. Ενόψει μάλιστα του ότι οι συνταγματικές διατάξεις για τα δικαιώματα αποτελούν κατευθυντήρια διάταξη με την οποία απευθύνεται συνταγματική εντολή προς τον κοινό νομοθέτη για τη λήψη μέτρων, είναι επιβεβλημένο οι άμεσα ενδιαφερόμενοι (ψυχικά ασθενείς και οι οικογένειές τους) όπως και αυτοί που τους επικουρούν στη μεγάλη προσπάθεια της ψυχοκοινωνικής τους αποκατάστασης να ασκούν το δικαίωμα της διεκδίκησης στη λήψη συγκεκριμένων μέτρων και πολιτικών που παγιώνουν καταστάσεις αποτελεσματικής εφαρμογής των επιμέρους δικαιωμάτων τους.

Είναι σαφές ότι στο σημείο αυτό δεν αναφερόμαστε σε μία «συνδικαλιστικού χαρακτήρα» διεκδίκηση, αλλά σε μία διεκδίκηση που θα φέρει έντονα κοινωνικό χαρακτήρα, με την έννοια ότι η διατύπωση αιτημάτων θα προσλαμβάνει συνεχώς ευρύτερα κοινωνικό χαρακτήρα με την ενσωμάτωση στο ρεύμα της μεγάλων κοινωνικών ομάδων.

## **5. Το Θεσμικό πλαίσιο για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών σε διεθνές επίπεδο**

### **A. Η Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου**

Στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΣΔΑ) γίνεται ειδική αναφορά στην αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών: «Παν πρόσωπο έχει δικαίωμα εις την ελευθερίαν και την ασφάλειαν. Ουδείς επιτρέπεται να στερηθεί της ελευθερίας του ειμή εις τας ακόλουθους περιπτώσεις και συμφώνως προς την νόμιμον διαδικασίαν: ...ε) όταν πρόκειται περί νομίμου κρατήσεως ...φρενοβλαβούς [άρθρο 5,1]3». Το περιεχόμενο της διάταξης αυτής αποτυπώθηκε σε σειρά αποφάσεων του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΔΔΑ) μετά το 1979.

Στην υπόθεση Winterwerp κατά The Netherlands (αρ. αίτησης 6301/73, απόφαση 24/10/1979)<sup>4</sup>, το ΕΔΔΑ θεώρησε ότι η εισαγωγή ψυχικά ασθενών σε ψυχιατρικό νοσοκομείο επιτρέπεται, μόνον όταν η ψυχική διαταραχή έχει διαπιστωθεί με τρόπο αναντίρρητο στη βάση μιας αντικειμενικής ιατρικής πραγματογνωμοσύνης. Η εισαγωγή του ασθενούς δικαιολογείται, μόνον όταν κάθε άλλο λιγότερο αυστηρό μέτρο κρίνεται ανεπαρκές για τη διαφύλαξη του ατομικού ή δημοσίου συμφέροντος που απαιτεί η αναγκαία νοσηλεία. Επί πλέον, η εισαγωγή αυτή δεν μπορεί να συνεχισθεί πέραν του χρονικού διαστήματος που εξακολουθεί η διαταραχή. Σε περίπτωση επειγόντων περιστατικών, το Κράτος διαθέτει ευρεία ευχέρεια για να διατάξει την εισαγωγή σε ψυχιατρικό νοσοκομείο. Όμως, η ιατρική απόδειξη της ανάγκης για εισαγωγή πρέπει να γίνει αμέσως μετά τη σύλληψη. Τέλος, το δικαστήριο έκρινε ότι η ΕΣΔΑ «δεν δίδει το δικαίωμα στις Αρχές να κρατήσουν κάποιον σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, λόγω των ιδεών ή της συμπεριφοράς του». Η απόφαση αυτή του ΕΔΔΑ επιβεβαιώθηκε και συμπληρώθηκε με άλλες αποφάσεις.

Στις υποθέσεις λ.χ. Herczegfalvy κατά Αυστρίας (24/09/1992), και Johnson κατά Ηνωμένου Βασιλείου (24/10/1997), το δικαστήριο έκρινε ότι οι μέθοδοι σύλληψης που χρησιμοποιούνται ενδέχεται να συνιστούν αυτόνομη παραβίαση του άρθρου 3 της ΕΣΔΑ (όπου απαγορεύεται η απάνθρωπη και εξευτελιστική μεταχείριση). Στην απόφαση Witold κατά Πολωνίας (4/4/2000), το Δικαστήριο απεφάνθη ότι η στέρηση της ελευθερίας πρέπει να είναι απαραίτητη με βάση τις συγκεκριμένες περιστάσεις. Στην πρόσφατη υπόθεση Gajcsi κατά Ουγγαρίας (3/10/2006), το Δικαστήριο απεφάνθη, μεταξύ άλλων, ότι τόσο η ακούσια εισαγωγή

του ψυχικά ασθενούς όσο και η παράταση της παραμονής του σε νοσοκομείο, πρέπει να αιτιολογείται πλήρως και επαρκώς, ώστε να καλύπτονται οι προϋποθέσεις του νόμου και πάντοτε υπό το ερμηνευτικό πρίσμα του άρθρου 5 παρ. 1 της ΕΣΔΑ.

Το ΕΔΔΑ αποφεύγει, κατά κανόνα, να αποφανθεί για την έννοια του «δημοσίου συμφέροντος», αφήνοντας στις εθνικές αρχές να προσδιορίζουν τα συμφέροντα που πρέπει να προστατευθούν καθώς και τα νομικά μέσα προστασίας. Από την άλλη πλευρά, όμως, το Δικαστήριο αποφαινεται, ως προς το εάν ο επιδιωκόμενος σκοπός ικανοποιείται με λογικό τρόπο, και τηρείται η αρχή της αναλογικότητας από τις εθνικές αρχές.

## **B. Η Σύσταση της Επιτροπής Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης**

Η Επιτροπή Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης ασχολήθηκε, ήδη από το 1983, με τη «νομική προστασία των προσώπων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και έχουν εισαχθεί ως ακούσιοι ασθενείς», ενώ άλλες Συστάσεις αναφέρονται στους ευρωπαϊκούς σωφρονιστικούς κανόνες και στις ηθικές και οργανωτικές όψεις της φροντίδας υγείας σε σωφρονιστικό περιβάλλον. Παράλληλα, η Κοινοβουλευτική Συνέλευση του Συμβουλίου της Ευρώπης υιοθέτησε το 1994 σύσταση σχετικά με την ψυχιατρική και τα δικαιώματα του ανθρώπου.

Η Επιτροπή Υπουργών επανήλθε σχετικά πρόσφατα στο θέμα, με τη Σύσταση της 22ας Σεπτεμβρίου 2004, η οποία αναφέρεται στην προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των προσώπων που έχουν προσβληθεί από ψυχικές διαταραχές. Η Σύσταση αυτή αποτελεί το πληρέστερο δεσμευτικό κείμενο στο θέμα αυτό σε διεθνές επίπεδο. Έχει ενσωματώσει τις βασικές αρχές της νομολογίας του ΕΔΔΑ, ενώ έχει λάβει υπόψη τις ρυθμίσεις της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για «τα δικαιώματα του ανθρώπου και τη βιοϊατρική», καθώς και τις εργασίες της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την «πρόληψη των βασανιστηρίων και της απάνθρωπης ή ταπεινωτικής μεταχείρισης». Επίσης, περιλαμβάνει κατευθυντήριες οδηγίες και χρήσιμες συστάσεις προς τα κράτη μέλη, προκειμένου να προχωρήσουν στον εκσυγχρονισμό της νομοθεσίας τους.

Ειδικότερα, οι «Κατευθυντήριες Γραμμές» αναφέρονται εξειδικευμένα στα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών που αποτελούν αντικείμενο ακούσιας εισαγωγής ή θεραπείας και ορίζουν ρητά ότι αυτή καθ' εαυτή η έλλειψη προσαρμογής στις ηθικές, κοινωνικές, πολιτικές ή άλλες αξίες, δεν πρέπει να θεωρείται ως ψυχική διαταραχή. Τα Κράτη-Μέλη καλούνται: α) να προσαρμόσουν τη νομοθεσία και την

πρακτική τους στις κατευθυντήριες οδηγίες, β) να επανεξετάσουν τη διάθεση των πόρων που προορίζονται για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, κατά τρόπο ώστε να μπορούν να ανταποκρίνονται στις διατάξεις των «Κατευθυντήριων Γραμμών», και γ) τα Κράτη-Μέλη θα πρέπει να προάγουν την ψυχική υγεία, ενθαρρύνοντας προγράμματα που στοχεύουν στη μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση του κοινού σε σχέση τόσο με την πρόληψη όσο και με τη διαπίστωση και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών.

Η Σύσταση της Επιτροπής Υπουργών περιλαμβάνει και μία σειρά από γενικές αρχές σχετικά με τη θεραπεία ψυχικών διαταραχών και δίνει ιδιαίτερο βάρος στην ακούσια εισαγωγή και θεραπεία στα πρόσωπα που δεν έχουν την ικανότητα συναίνεσης και εκφράζουν την αντίθεσή τους (άρθρο 16). Σε γενικές γραμμές ακολουθείται η νομολογία του ΕΔΔΑ, η σχετική όμως ρύθμιση εμπλουτίζεται ως προς τα κριτήρια ακούσιας εισαγωγής και θεραπείας, τις αρχές και τη διαδικασία που εφαρμόζονται (άρθρο 17.1).

Ως προς τα κριτήρια της ακούσιας εισαγωγής, η Σύσταση αναφέρει ότι το πρόσωπο που πάσχει από ψυχική διαταραχή πρέπει να παρουσιάζει έναν πραγματικό κίνδυνο για την υγεία του ή για τους τρίτους, η εισαγωγή να γίνεται κυρίως για θεραπευτικούς λόγους, να μην υπάρχει κάποιος τρόπος λιγότερο περιοριστικός για την παροχή της κατάλληλης θεραπείας και, τέλος, να έχει ληφθεί υπόψη η γνώμη του ενδιαφερομένου προσώπου (άρθρο 17.1). Τα κριτήρια της ακούσιας θεραπείας είναι, δηλαδή, σχεδόν τα ίδια με αυτά της ακούσιας εισαγωγής (άρθρο 18).

Η ακούσια θεραπεία πρέπει να ανταποκρίνεται σε ειδικά κλινικά σημεία και συμπτώματα, να είναι αναλογική προς την κατάσταση της υγείας του προσώπου, να αποτελεί μέρος ενός γραπτού σχεδίου και, στο μέτρο του δυνατού, να έχει γίνει αποδεκτή από τον ενδιαφερόμενο (άρθρο 19.1). Το σχέδιο θεραπείας πρέπει να επανεξετάζεται σε κατάλληλα χρονικά σημεία και ενδεχομένως να τροποποιείται (άρθρο 19.2).

Την απόφαση για ακούσια εισαγωγή/ θεραπεία λαμβάνει ένα δικαστήριο ή άλλη αρμόδια αρχή, έχοντας υπόψη ορισμένα στοιχεία (άρθρο 20.1 και 2). Παράλληλα, όμως, ορίζεται ότι ο νόμος μπορεί να προβλέπει τη λήψη απόφασης για ακούσια θεραπεία από έναν ιατρό, ο οποίος διαθέτει τα κατάλληλα προσόντα και πείρα (άρθρο 20.2). Σε κάθε περίπτωση η απόφαση για ακούσια εισαγωγή / θεραπεία πρέπει να είναι γραπτή και να προσδιορίζει χρονικό σημείο, πέραν του οποίου θα υπάρχει επίσημη επανεξέταση (άρθρο 20.3). Πάντως, πρέπει να γίνονται

διαβουλεύσεις με τους συγγενείς του ενδιαφερομένου και συνεννόηση με τον αντιπρόσωπό του πλην αν αυτός αντιτίθεται (άρθρο 20.5 και 6).

Σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης η ακούσια εισαγωγή / θεραπεία θα πρέπει να πραγματοποιείται σε σύντομο χρονικό διάστημα, στη βάση κατάλληλης ιατρικής αξιολόγησης, με τήρηση, στο μέτρο του δυνατού, της συνεννόησης με τους συγγενείς ή αντιπροσώπους του ενδιαφερομένου, να γίνεται γραπτώς και να προσδιορίζεται το μέγιστο χρονικό διάστημα, πέραν του οποίου θα πρέπει να γίνεται επίσημη επανεξέταση (άρθρο 21.2). Αν όμως χρειάζεται να συνεχισθεί ένα τέτοιο μέτρο, πέραν του χρόνου για την αντιμετώπιση της επείγουσας κατάστασης, την απόφαση λαμβάνει το δικαστήριο ή η αρμόδια δημόσια αρχή (άρθρο 21.3).

Ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον σημείο της Σύστασης αφορά το ζήτημα της επανεξέτασης και της προσφυγής κατά της νομιμότητας της ακούσιας εισαγωγής/θεραπείας. Στο θέμα αυτό, τα κράτη θα πρέπει να εξασφαλίζουν στο ενδιαφερόμενο πρόσωπο το δικαίωμα να ασκήσει προσφυγή κατά μιας απόφασης, να επιτύχει από ένα δικαστήριο την επανεξέταση σε εύλογα χρονικά διαστήματα της νομιμότητας του μέτρου ή της διατήρησής του, καθώς και το δικαίωμά του να ακουστεί, είτε αυτοπροσώπως είτε μέσω προσώπου εμπιστοσύνης/αντιπροσώπου του (άρθρο 25).

## **6. Το Θεσμικό πλαίσιο για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών σε εθνικό επίπεδο**

Από το 1862 έως και το 1992 στην Ελλάδα δύο νόμοι ρύθμιζαν την εισαγωγή και μακροχρόνια παραμονή ασθενών σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία: ο ήδη επί Όθωνος νόμος ΨΜΒ του 1862 και ο ΝΔ 104/1973.

Ο νόμος ΨΜΒ του 1862 «περί συστάσεως Φρενοκομείων» αποτελεί το πρώτο νομοθέτημα του ελληνικού κράτους σχετικά με την ψυχική αρρώστια. Ο νόμος αυτός στην ουσία εγκαθίδρυσε και εξάπλωσε την ασυλιακή δομή στην Ελλάδα, με την έννοια ότι, όπως και όλοι οι άλλοι αντίστοιχοι ευρωπαϊκοί νόμοι του 19ου αιώνα, το άσυλο θεσμοθετήθηκε ως χώρος εγκλεισμού και νοσηλείας των ψυχικά πασχόντων.

Σύμφωνα με τον νόμο αυτό, δύο ήταν οι τρόποι εισαγωγής ενός ψυχιατρικού ασθενούς στο «φρενοκομείο»: α) εισαγωγή του μετά από αίτηση ιδιωτών (συγγενείς ή οικείοι) προς τη διεύθυνση του νοσοκομείου, ή β) τοποθέτησή του στο φρενοκομείο μετά από διαταγή δημόσιας αρχής (νομάρχης, έπαρχος, διοικητής της αστυνομίας). Και στις δύο περιπτώσεις η εισαγωγή βασιζόταν σε ιατρικό

πιστοποιητικό, που περιλάμβανε πλήρη περιγραφή της νόσου και κατέληγε στη διαπίστωση της ανάγκης θεραπείας και εγκλεισμού του φρενοβλαβούς στο ίδρυμα. Ο νόμος ΨΜΒ προέβλεπε επίσης, στο άρθρο 22, το δικαίωμα άμεσης προσφυγής στο δικαστήριο για τους νοσηλευόμενους, με σκοπό να ζητήσουν την απελευθέρωσή τους. Η δικαστική αρχή μπορούσε να διατάξει, με απλή αίτηση του νοσηλευόμενου και χωρίς άλλη διαδικασία, την έξοδό του από το ίδρυμα και να ελέγξει όσα συνέβαιναν σε αυτό.

Ο νόμος ΨΜΒ ίσχυσε μέχρι τον Αύγουστο του 1973, οπότε θεσπίστηκε ο ΝΔ 104/1973. Σύμφωνα με το καθεστώς του ΝΔ 104/1973 «περί ψυχικής υγιεινής και περιθάλψεως των ψυχικώς πασχόντων» και των υπουργικών αποφάσεων του Υπουργείου Υγείας που εκδόθηκαν προς εκτέλεσή του (Γ2β/3036/1973 και Α2β/5345/1978), τρεις ήταν οι τρόποι εισαγωγής του ψυχικά πάσχοντος στο άσυλο: α) με εκούσια νοσηλεία, β) με ακούσια εισαγωγή, και γ) με την υποχρεωτική εισαγωγή των «επικίνδυνων ψυχοπαθών», τα λεγόμενα «εισαγγελικά» του άρθρου 5.

Γενική αρχή και κυρίαρχη φιλοσοφία του νόμου αυτού ήταν η πλήρης εξάρτηση του ψυχικά ασθενούς από τους ψυχιάτρους, αφού ο τρόπος και η διάρκεια της νοσηλείας του εξαρτιόταν από τις γνωματεύσεις και τις αποφάσεις τους. Η εισαγωγή των ασθενών στο ψυχιατρικό νοσοκομείο συχνά ισοδυναμούσε με χρονικά απροσδιόριστη παραμονή τους σε αυτό, με αποτέλεσμα τα ψυχιατρικά νοσοκομεία να μετατρέπονται σε μονάδες φύλαξης και κοινωνικής περίθαλψης. Ο κίνδυνος της αυθαιρεσίας, που περιείχε η εγκατάλειψη των εγκλειστών ψυχοασθενών στην κρίση και τις αποφάσεις των ειδικών της ψυχιατρικής, η αντιμετώπισή τους αποκλειστικά ως ασθενών εκτός δικαίου και όχι ως υποκειμένων δικαίου κατέστησε αναγκαίο τον εκσυγχρονισμό του σχετικού θεσμικού πλαισίου, γενικότερα για την αντιμετώπιση της ψυχικής υγείας και ειδικότερα των ρυθμίσεων για τον ακούσιο εγκλεισμό.

Ο 104/73 ανταποκρινόταν σε ένα ψυχιατρικό μοντέλο απομόνωσης και διαβίου εγκλεισμού του ψυχικά πάσχοντα, με άξονα μια σαφή αναφορά στην επικινδυνότητα. Η ψυχιατρική γνωμάτευση ήταν επαρκής όρος για την εισαγγελική απόφαση για εγκλεισμό, αλλά με το άρθρο 5, ο εισαγγελέας μπορούσε αυτεπάγγελα να διατάξει τον εγκλεισμό αυτού που κρινόταν επικίνδυνος. Η απόλυσή του προβλεπόταν μόνο όταν ο ψυχίατρος γνωμάτευε ότι δεν ήταν πλέον επικίνδυνος. Ο ακούσιος εγκλεισμός είχε ένα διοικητικό χαρακτήρα και, επίσης, είχε κυρίως σχέση με την ασφάλεια «τρίτων», τη «δημόσια τάξη».

Ο νόμος αυτός εξέφραζε την υπεροχή της «φύλαξης» έναντι της θεραπευτικής λειτουργίας, που ήταν ακριβώς η αντίληψη της παραδοσιακής ψυχιατρικής, η οποία χαρακτηρίζεται από την πρωτοκαθεδρία της απλοποιητικής απάντησης του ασύλου στην πολυπλοκότητα της ψυχικής διαταραχής. Δεν χρειαζόταν δικαστική προστασία των δικαιωμάτων του ασθενή, δεν ετίθετο καν θέμα τέτοιων δικαιωμάτων, διότι ο ψυχικά πάσχων, ως μη δυνάμενος να κάνει χρήση της λογικής, δεν εθεωρείτο φορέας δικαιωμάτων, δεν εθεωρείτο «υποκείμενο δικαίου», πολύ περισσότερο «υποκείμενο ευθύνης» (Μεγαλοοικονόμου, 2007).

Έπειτα ακολουθεί ο νόμος 2071 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας», ο οποίος, όπως αναφέρεται και στην εισηγητική του έκθεση, συνδέεται «με την υλοποίηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην χώρα μας που οδηγεί σε νέες μορφές και μεθόδους παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας» και αναγνωρίζει ότι ο τότε ισχύων 104/73, «αγνοεί τα θεμελιώδη δικαιώματα του ανθρώπου για σεβασμό της αξιοπρέπειας και της ελευθερίας του» (Μεγαλοοικονόμου, 2007).

Ο νόμος αυτός ανταποκρίνεται σε ένα σύστημα ψυχικής υγείας, όπου η φύλαξη δεν είναι η κύρια ή αποκλειστική μορφή αντιμετώπισης του ψυχικά πάσχοντα. Γι' αυτό και τίθενται κανόνες που επιχειρούν να κάνουν πιο πολύπλοκη (και με συγκεκριμένες χρονικές οριοθετήσεις) τη διαδικασία της αναγκαστικής νοσηλείας, με την προϋπόθεση, φυσικά, ότι έχουν δημιουργηθεί νέες υπηρεσίες εκτός ασύλου, που θα μπορούσαν να δώσουν απαντήσεις διαφορετικές από το μονόδρομο του εγκλεισμού. Συνυφασμένη με αυτά, είναι η αναγνώριση της ανάγκης για διεύρυνση των ατομικών δικαιωμάτων, τόσο στο εσωτερικό του ιδρύματος, όσο και στους κανόνες που διέπουν την αναγκαστική νοσηλεία.

Ένα από τα βασικά προβλήματα του 104/73 ήταν ότι δεν αντιμετώπιζε το ζήτημα του εξιτηρίου του ψυχικά πάσχοντος από το ψυχιατρείο και άφηνε ανοιχτή την επ' αόριστο παραμονή του εκεί, με απλή απόφαση των ψυχιάτρων - πράγμα μη συμβατό με τα όσα διαλαμβάνονται σε αυτό που ονομάζεται «ψυχιατρική μεταρρύθμιση», η οποία προβλέπει την κατάργηση του ασύλου ή την μετατόπιση του στην περιφέρεια του συστήματος ψυχικής υγείας και η οποία, στις μέρες μας, υλοποιείται με την αντικατάσταση της χρόνιας ιδρυματικής (ασυλικής/νοσοκομειακής) παραμονής με τη διαμονή σε εξωνοσοκομειακές



στεγαστικές δομές και με την παράλληλη κατάργηση των μικρότερων και τη συρρίκνωση των μεγαλύτερων ψυχιατρείων.

Ο νόμος 2071, έρχεται να ρυθμίσει το ζήτημα που αφορά τα εξιτήρια, διασφαλίζοντας ότι ο άρρωστος δεν θα ξεχνιέται μέσα στο άσυλο (η πρόβλεψη ότι η νοσηλεία δεν μπορεί να υπερβαίνει τους έξι μήνες, ότι στους τρεις μήνες γίνεται σχετική έκθεση και ότι, παράταση πέραν των έξι μηνών, απαιτεί πιο πολύπλοκη διαδικασία κλπ), που σαφώς συνάδει και με τις επίσημες δεσμεύσεις για τη συρρίκνωση των ψυχιατρείων, για την οποία εγκρίθηκαν και υλοποιούνται τα συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα (Μεγαλοοικονομου, 2007).

Έτσι, με το ν. 2071/1992 τέθηκε πλέον σε ορθολογικές βάσεις το όλο πλαίσιο της ακούσιας νοσηλείας. Το έκτο κεφάλαιο για την ψυχική υγεία αναμόρφωσε πλήρως το καθεστώς ακούσιας νοσηλείας, οικοδομώντας για πρώτη φορά ένα σύστημα και ενσωματώνοντας εν πολλοίς τα πορίσματα της μέχρι τότε νομολογίας του Ε.Δ.Δ.Α (Φυτράκης, 2011). Τρία βασικά στοιχεία αξίζει να επισημάνουμε :

- A) Κατ' αρχήν τερματίστηκε, με τρόπο ξεκάθαρο, η διεκυστίνδα μεταξύ θεραπείας και φύλαξης υπέρ της πρώτης, δημιουργώντας μεταξύ τους σχέση σκοπού προς μέσο. Έτσι πια ο αδιαφιλονίκητος σκοπός και απαραίτητος δικαιολογητικός λόγος είναι η θεραπεία εκείνου που τη χρειάζεται. Τα φυλακτικά μέτρα απλώς την υπηρετούν χωρίς ποτέ να την αντιστρατεύονται. (βλ. άρθρ. 98). Παράλληλα ορίστηκε η (αυτονόητη αλλά απαραίτητη στη ψυχιατρική πρακτική) υποχρέωση προστασίας της αξιοπρέπειας του ασθενούς κατά την ακούσια νοσηλεία (Γνωμοδότηση Εισαγγελέα Αρείου Πάγου 12/1999 Ποινική Δικαιοσύνη 2000, σ. 270, Ποινικά Χρονικά 1999, σ. 969).
- B) Ορίστηκαν με σχετική σαφήνεια οι προϋποθέσεις υπαγωγής ενός προσώπου σε καθεστώς ακούσιας νοσηλείας, με την υιοθέτηση ενός μικτού συστήματος προϋποθέσεων. Ειδικότερα, σύμφωνα με το άρθρο 95, παράγρ. 2 του Ν. 2071/92, οι προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία είναι οι εξής: «I. α. Ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή, β. Να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του, γ. Η έλλειψη νοσηλείας να έχει ως συνέπεια είτε να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του, ή II. Η νοσηλεία ασθενή που πάσχει από ψυχική διαταραχή να είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ίδιου ή τρίτου.

Γ) Τέλος, με το ν.2071/92 προβλέφθηκε μια αληθινή διαδικασία αναγκαστικού εγκλεισμού υπό τον έλεγχο της δικαστικής αρχής, κάτι που αποτέλεσε σίγουρα τη σημαντικότερη τομή του. Έτσι, παρά τη σημαίνουσα θέση των ψυχιάτρων στα θέματα ουσίας, η διαδικασία από την αρχή ως το τέλος τελεί υπό την εγγύηση της εισαγγελικής ή δικαστικής αρχής. Ειδικότερα, η αίτηση για την ακούσια νοσηλεία υποβάλλεται στον εισαγγελέα, ο οποίος και μπορεί να διατάξει τη μεταφορά του ασθενούς σε ψυχιατρείο, εισάγοντας όμως την υπόθεση εντός τριών ημερών στο Μονομελές Πρωτοδικείο, το οποίο συνεδριάζει εντός δέκα ημερών "κεκλεισμένων των θυρών", κατά τη διαδικασία της εκούσιας δικαιοδοσίας. Στο δικαστήριο ο ασθενής μπορεί να παρίσταται αυτοπροσώπως, επικουρούμενος μάλιστα από δικηγόρο και τεχνικό σύμβουλο (ψυχίατρο), ενώ μπορεί να ασκήσει και ένδικα μέσα κατά της απόφασης (Φυτράκης, 2011).

Σήμερα, και έπειτα από την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, η οποία «πυροδότησε» την θεσμική κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών στη χώρα μας, η διασφάλιση αυτών αλλά και αυτά καθαυτά τα δικαιώματά ρυθμίζονται από όλο το πλέγμα της εθνικής νομοθεσίας, όπως το Σύνταγμα και τους Ν. 2071/1992, 2519/1997 και 2716/1999, σε συνδυασμό με διάσπαρτες επιμέρους διατάξεις του Αστικού και Ποινικού Κώδικα.

Η έκδοση του Ν. 2716/99 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας», αποτέλεσε σοβαρή προσπάθεια βελτίωσης των αδυναμιών του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας. Ιδιαίτερα σημαντική σε αυτή τη θετική αλλαγή κατεύθυνσης ήταν η παράγραφος 2 του άρθρου 1 («Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος Νόμου, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας»).

Στα επιμέρους άρθρα (άρθρα 5,6,7,8) αλλά και από το γενικό πνεύμα του νόμου είναι εμφανής η προσπάθεια της παράλληλης ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με την αποασυλοποίηση, όπως επίσης και η εναρμόνιση της λειτουργίας μεταξύ των διαφόρων μονάδων. Υπ' αυτήν την έννοια, η εσωτερική νομοθεσία

εναρμονίζεται (φαινομενικά όπως ανωτέρω αναλύεται) με τις διεθνείς δεσμεύσεις της χώρας και τις διεθνώς επικρατούσες τάσεις. Παρόλα αυτά, στην πράξη η πρωτοβάθμια φροντίδα ψυχικής υγείας ασκείται από τους Ψυχιατρικούς Τομείς των γενικών νοσοκομείων και από τα εξωτερικά ιατρεία των ψυχιατρείων, τα οποία βέβαια, δεν αποτελούν Μονάδες Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης. Όσον αφορά τους ενήλικες με ψύχωση, η περιορισμένη κάλυψη των αναγκών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη στρέφει αναπόφευκτα τις οικογένειες και τους αρρώστους στις ψυχιατρικές κλινικές (Εκθεση Συνήγορου του Πολίτη, 2007).

Επιπλέον, για την προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων, έχει συσταθεί στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, στην Αυτοτελή Υπηρεσία Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών, Γραφείο για την Προστασία των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές (παραγρ. 1 άρθρο 2 του Ν. 2716/1999) και Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές η οποία λειτουργεί στα πλαίσια της συστημένης με το Ν. 2519/1997 Εθνικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών (παραγρ. 2 άρθρο 2 του Ν. 2716/1999).

Αντικείμενο της Ειδικής Επιτροπής είναι η εποπτεία και έλεγχος της προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, όπως ενδεικτικά το δικαίωμα για αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οι οποίες θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο κοντά σε αυτά της κοινωνικής ζωής και να συμπεριλαμβάνουν υποδομές για ψυχαγωγία, εκπαίδευση, απασχόληση και κοινωνική αποκατάσταση (Ασημόπουλος, 2008). Επίσης, το δικαίωμα στην καλύτερη διαθέσιμη φροντίδα ψυχικής υγείας, στην εξειδικευμένη ατομική θεραπεία, το δικαίωμα στο σεβασμό σε επίπεδο ανθρώπινης αξιοπρέπειας, το δικαίωμα να προστατεύονται από όλες τις μορφές εκμετάλλευσης, κακοποίησης και ταπεινωτικής αντιμετώπισης, το δικαίωμα να αμφισβητεί ο ασθενής στο Δικαστήριο την ακούσια νοσηλεία, να συνομιλεί κατ' ιδίαν με δικηγόρο, να έχει πρόσβαση στα δεδομένα των αρχείων που τον αφορούν, το δικαίωμα να προστατεύει την περιουσία του και το δικαίωμα της κοινωνικής του επανένταξης σε όλες τις διαστάσεις της (οικονομική, επαγγελματική, μορφωτική κλπ).

Επιπλέον, και για ειδικότερα ζητήματα, θεσμικό ρόλο στην προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων έχουν, και επιτελούν ικανοποιητικά Ανεξάρτητες Αρχές, ο Συνήγορος του Πολίτη και η Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, που έχουν συσταθεί και λειτουργούν με βάση τους Ν. 2477/1997 και Ν.

2472/1997 αντίστοιχα. Ενισχυτικά στα παραπάνω λειτουργεί η πρόβλεψη του Ν. 3293/2004 με την οποία επεκτείνονται οι αρμοδιότητες του Συνηγόρου του Πολίτη και σε θέματα υγείας, πρόνοιας και κοινωνικής αλληλεγγύης και ενισχύεται το επιστημονικό του προσωπικό προκειμένου να ανταποκριθεί στις παραπάνω αρμοδιότητες (Υπ. Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης).

## **7. Καταπάτηση νόμων και δικαιωμάτων**

Δύο πρόσφατες αποφάσεις (2011) του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου καταδίκασαν την Ελλάδα για την παραβίαση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών. Οι αποφάσεις αυτές αφορούν τη διαδικασία ακούσιας ψυχιατρικής νοσηλείας και διαπιστώνουν παραβίαση της νομοθεσίας (ν. 2071/1992) και κατ' αποτέλεσμα παράνομη στέρηση της προσωπικής ελευθερίας. Μ' άλλα λόγια, στο πρόσωπο των ψυχικά ασθενών η Ελλάδα παραβιάζει το θεμελιωδέστερο των ανθρωπίνων δικαιωμάτων: την ελευθερία (άρ. 5 ΕΣΔΑ) (Φυτράκης, 2011).

Επίσης, σύμφωνα με Έκθεση-κόλαφο του Συνηγόρου του Πολίτη, διαπιστώνεται ότι η ψυχική υγεία στην Ελλάδα αντιμετωπίζεται με συνθήκες τρίτου κόσμου (Ζιώζιου, 2009). Όπως αναφέρεται στην έκθεση, το εκτεταμένο άρθρο 2 του Ν. 2716/1999, που ρυθμίζει με κάθε λεπτομέρεια τα δικαιώματα των ασθενών, σύμφωνα με τους αντίστοιχους κανονισμούς της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αποτελεί ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα απόκλισης της ρύθμισης από την εφαρμογή της. Τίποτε από όσα αναφέρονται στη διάταξη δεν έχει πραγματικά τεθεί στην υπηρεσία του ασθενούς.

Για να συνταχθεί η έκθεση πραγματοποιήθηκε σειρά επισκέψεων κλιμακίου του ΣτΠ στο Δρομοκαΐτειο και στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών (ΨΝΑ). Έγινε συλλογή υλικού με τυχαία επιλογή 89 φακέλων ασθενών και των δύο φύλων που είχαν εισαχθεί αναγκαστικά για νοσηλεία, κατά την τελευταία διετία με τον νόμο 2071/1992, σε ισχύ. Από τους φακέλους αυτούς μελετήθηκαν 179 περιπτώσεις (Πανάγου, 2009). Τα βασικά ευρήματα της έρευνας της Αρχής αναφέρονται στα εξής ζητήματα:

- Ζητήματα ιατρικών γνωματεύσεων
- Μεταφορά ασθενών από την Αστυνομία.

- Προθεσμία 48ωρου.
- Ενημέρωση ασθενούς
- Δικαστικός Έλεγχος
- Παράσταση του ασθενούς στη Δίκη
- Διάρκεια παραμονής στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο- Κλήση για δίκη
- Δικαστική Απόφαση

Ο νόμος, λοιπόν, προβλέπει ότι οι προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία, είναι «ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή, να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του, η έλλειψη νοσηλείας να έχει ως συνέπεια να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του ή η νοσηλεία να είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ίδιου ή τρίτου». Επίσης, όπως αναφέρει ο νόμος, την αίτηση για την ακούσια νοσηλεία που απευθύνεται στον εισαγγελέα πρωτοδικών «συνοδεύουν επίσημες αναλυτικές γραπτές γνωματεύσεις για την κατάσταση του ασθενούς δύο ψυχιάτρων ή επί αδυναμίας εξευρέσεως δύο ψυχιάτρων, ενός ψυχιάτρου και ενός ιατρού παρεμφερούς ειδικότητας» (άρ. 96 § 2). Κατ' ελάχιστον δηλ. πρέπει να περιέχονται τα πραγματικά περιστατικά (εκδηλώσεις νόσου και τυχόν πράξεων βίας, νοσηλεία άλλοτε, που και γιατί, για ποιο λόγο δεν είναι δυνατή η εκτός νοσοκομείου νοσηλεία, συμπέρασμα περί της ασθένειας και η επιστημονική θεμελίωση της κλπ).

Αυτό όμως που διαπιστώθηκε είναι ότι στις μισές περιπτώσεις ακούσιων εγκλεισμών, δεν υπήρχε αιτιολογημένη ιατρική γνωμάτευση, αναφορικά με την ύπαρξη ή όχι συγκεκριμένης ψυχικής διαταραχής. Από τους φακέλους που εξετάστηκαν και περιελάμβαναν έγκυρες παρατηρήσεις, σε ποσοστό 98% οι ιατρικές γνωματεύσεις υπογράφονταν από δύο ψυχιάτρους. Ωστόσο, σε κανένα από τα ιατρικά σημειώματα δεν υπήρχε η ψυχιατρική ειδικότητα των γιατρών και η θέση τους στο νοσοκομείο, κάτι το οποίο είναι παράνομο.

Αναφορικά με τα λοιπά κριτήρια του νόμου (δηλαδή, την ικανότητα του ασθενούς να κρίνει για την υγεία του και την πιθανή επιδείνωση της υγείας του από την έλλειψη νοσηλείας, βλ. Πίνακες 3 και 4) δεν φαίνεται να υπάρχει αναφορά σχετικής εκτίμησης στη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων που εξετάστηκαν. Οι ψυχίατροι «ως οιονεί πραγματογνώμονες» πρέπει να αιτιολογούν

πλήρως την κρίση τους, ώστε να καταστεί δυνατή η ορθή άσκηση των αρμοδιοτήτων του εισαγγελέα για την ακούσια νοσηλεία. Συνεπώς δεν καλύπτεται η απαίτηση του νόμου για αιτιολογημένες γνωματεύσεις.

Πρέπει να αναφερθεί, μάλιστα, ότι το διατακτικό των δικαστικών αποφάσεων στηρίζεται τις περισσότερες φορές σε αυτές τις αρχικές συνοπτικές γνωματεύσεις που έγιναν κατά την εισαγωγή των ασθενών, και όπως αναφέρει η έκθεση του Συνηγόρου του Πολίτη, δε βρίσκονται νεότερες γνωματεύσεις – εκτιμήσεις της κατάστασης των ασθενών, ακόμη και σε περιπτώσεις που ο εγκλεισμός είχε πολύ μεγάλη διάρκεια.

Όσον αφορά στη μεταφορά του ασθενούς, ο νόμος (άρθρο 96 παρ. 5 ν.2071/92) ορίζει ότι αυτή «διενεργείται υπό συνθήκες που εξασφαλίζουν το σεβασμό στην προσωπικότητα και την αξιοπρέπεια του ασθενή»

Από τη στατιστική επεξεργασία των φακέλων, ωστόσο, προέκυψε ότι σε ποσοστό 97% περίπου επί των έγκυρων παρατηρήσεων, η μεταφορά των ασθενών έγινε από την αστυνομία. Η επιταγή του άρθρου 96 παράγρ. 2 Ν. 2071/92 για αξιοπρεπή μεταφορά των ακούσια εγκλεισμένων ασθενών θα συνεπαγόταν τη μεταφορά τους με ασθενοφόρο ή με συμβατικά αυτοκίνητα (όπως προβλέπεται στα Προγράμματα Παρέμβασης στην Κρίση) και με τη συνοδεία νοσηλευτών. Ο τρόπος όμως που γίνεται η μεταφορά τους, η δέσμευσή τους με χειροπέδες και συνοδεία από αστυνομικό προσωπικό, ακόμη και όταν η θέα του ένστολου προσωπικού επιτείνει την ταραχή και επιδεινώνει την κατάσταση της υγείας τους, υποδηλώνει την αντιμετώπιση των ατόμων αυτών ως «δυνάμει επικίνδυνων προσώπων» και όχι ως ασθενών.

Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά που εισέφερε ο ν. 2071/92, είναι η πρόβλεψη αυστηρών προθεσμιών, στα πλαίσια ακούσιας νοσηλείας. Οι προθεσμίες αυτές είναι προστατευτικές για τον ασθενή και λειτουργούν εγγυητικά για την ελευθερία του. Έτσι, αν ο εισαγγελέας διατάξει την ακούσια εξέταση, αυτή δεν μπορεί να διαρκέσει παρά το πολύ 48 ώρες.

Η έκθεση του Συνηγόρου του πολίτη καταδεικνύει ότι στο σύνολο των παρατηρήσεων επί των έγκυρων τιμών (ποσοστό 100%) τηρήθηκε η προβλεπόμενη προθεσμία των 48 ωρών προκειμένου να διατυπωθεί η κατ' αρχάς ιατρική εκτίμηση του περιστατικού. Ωστόσο, με αφορμή την υπ' αριθ. πρωτ. 20051/2003 αναφορά που εξετάστηκε, και κατόπιν αυτοψίας στους εμπλεκόμενους φορείς, διαπιστώθηκε ότι

στα γενικά νοσοκομεία δεν είναι πάντοτε εφικτή η τήρηση της προθεσμίας του 48ώρου, εξαιτίας της έλλειψης εφημερευόντων ψυχιάτρων. Επίσης, άλλα στοιχεία μαρτυρούν χαρακτηριστικές καθυστερήσεις, με δικαιολογία ότι οι 48 ώρες αφορούν εργάσιμες ημέρες και όχι αργίες εφόσον τις 48 ώρες, ο προσαχθείς, παραμένει για παρατήρηση, και ως καταγράφεται σ' όλα τα εγχειρίδια Ψυχιατρικής ότι η παρατήρηση, δηλ. τρόπος εξέτασης είναι διαγνωστική μέθοδος (Kaplan, Sadock, Grebb, 1996). Πολύ συχνά μάλιστα χρησιμοποιείται και η δικαιολογία ότι η όλη καθυστέρηση αφορά στην αργοπορία της εισαγγελικής παραγγελίας. Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι το 48ωρο μετράει από την προσαγωγή στο Ψυχιατρείο, αν και η σύλληψη μπορεί να έχει γίνει μία, δύο ή τρεις ημέρες νωρίτερα.

Ο ρόλος του δικαστικού ελέγχου κατά το ανωτέρω θεσμικό πλαίσιο (Ν. 2071/1992, άρθρο 96) είναι κρίσιμος σε όλη την διαδικασία. Από τις σχετικές διατάξεις δεν προκύπτει ρητώς ο χρόνος, εντός του οποίου ο εισαγγελέας οφείλει να στείλει την παραπάνω εντολή για μεταγωγή και τακτοποίηση του ασθενούς. Εάν ο Εισαγγελέας αποφασίσει τον εγκλεισμό του προσώπου, οφείλει μέσα σε τρεις (3) ημέρες να υποβάλει αίτημα στο αρμόδιο Πρωτοδικείο, προκειμένου το τελευταίο να επιληφθεί της υπόθεσης (άρθρο 96 § 6 Ν. 2071/92).

Από ερευνητικά στοιχεία φαίνεται ότι η τήρηση της προθεσμίας αυτής αγγίζει το ποσοστό του 5,4% (Κοσμάτος, 2002).

Το Πρωτοδικείο συνεδριάζει μέσα σε δέκα (10) ημέρες. Συνεπώς, από τη στιγμή της εισαγγελικής παραγγελίας για εισαγωγή και νοσηλεία απαιτείται οπωσδήποτε δικαστική απόφαση εντός των επόμενων δεκατριών (13) ημερών (3 ημέρες προθεσμία στον Εισαγγελέα για εισαγωγή της αίτησης στο Πρωτοδικείο + 10 ημέρες προθεσμία για τη συνεδρίαση του Πρωτοδικείου).

Όπως φαίνεται μόνο στο 9,6% των περιπτώσεων τηρείται το δεκάημερο ανάμεσα στη συζήτηση και την έκδοση της απόφασης (Κοσμάτος, 2002) και μόνο στο 6,5% τηρείται το όριο των 13 ημερών από την αίτηση του εισαγγελέα (Κοσμάτος, 2002)

Επίσης, όπως μαρτυρά η Έκθεση του Συνήγορου του Πολίτη, οι δέκα ημέρες που προβλέπει ο νόμος (άρθρο 96 παράγρ. 6 Ν. 2071/92), εύκολα γίνονται πενήντα. Όπως δείχνουν τα στοιχεία, ένα ποσοστό περίπου 19% επί του συνόλου των έγκυρων περιπτώσεων, παρέμειναν στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο έως 20 ημέρες, ένα ποσοστό περίπου 18%, παρέμειναν από 21 έως 30 ημέρες και περίπου πάνω από 33%

παρέμεναν 51 ημέρες. Η μέση διάρκεια παραμονής των ψυχικά ασθενών στο νοσοκομείο είναι 52 ημέρες, ενώ το μέγιστο χρονικό διάστημα που προέκυψε από τις περιπτώσεις του δείγματος που εξετάστηκαν έφτασε τις 540 ημέρες. Ακόμα, μία έρευνα στο Ψ.Ν.Θ., έδειξε ότι το δεκαήμερο τηρήθηκε σε ποσοστό 10,5% των περιπτώσεων ακούσιας εξέτασης.

Ωστόσο, σύμφωνα με το άρθρο 1687 ΑΚ «Όταν η κατάσταση ενός προσώπου επιβάλλει την ακούσια νοσηλεία του σε μονάδα ψυχικής υγείας αυτή γίνεται μετά προηγούμενη άδεια του δικαστηρίου και κατά τις διατάξεις ειδικών νόμων». Σε διαφορετική περίπτωση δεν υπάρχει νομιμοποιητικός λόγος για τη ακούσια νοσηλεία του ασθενούς στο ψυχιατρικό κατάστημα, αφού δε νοείται «σιωπηρή ή αυτοδίκαιη παράταση της αναγκαστικής νοσηλείας» (βλ. έτσι ΓνωμΕισΑΠ 1421/2004, Πόρισμα ΣτΠ 7967.4/01/6.4.2004). Αυτό άλλωστε επαληθεύεται και με τη νεότερη ΓνωμΕισΑπ 12/2006 (Ποιν. Δικ 2006 σελ. 1403), η οποία αναφέρει «Σε περίπτωση που δεν τηρηθεί η παραπάνω δεκαήμερη προθεσμία, η περαιτέρω παραμονή του φερόμενου ως ασθενή δεν νομιμοποιείται από την εισαγγελική παραγγελία μεταφοράς, έστω και αν είναι σαφές ότι το πρόσωπο πάσχει». Έτσι, η υπέρβαση των προθεσμιών που ορίζονται στις σχετικές διατάξεις θεμελιώνει ευθύνη για παράνομη στέρηση της ελευθερίας του ακούσια νοσηλευόμενου ψυχικά ασθενούς.

Όσον αφορά στη δίκη, μαρτυρούνται στοιχεία που προβληματίζουν. Στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων, ασθενείς, δικηγόροι και ψυχίατροι δεν παρίστανται στη δίκη. Αρκεί ένα χαρτί από το Ψυχιατρείο ότι ο ασθενής δεν δύναται να προσέλθει, το οποίο υπογράφει ένας ειδικευόμενος ιατρός («Ως έχει η κατάσταση του σήμερα δεν δύναται να παραστεί στη δικάσιμο της ...») και ο ασθενής δικάζεται ερήμην, χάνει δηλαδή το θεμελιώδες δικαίωμα ακρόασης να παρουσιαστεί και να υπερασπιστεί τον εαυτό του. Δυστυχώς, η δυνατότητα παράστασης στο δικαστήριο με δικηγόρο και ψυχίατρο, συνήθως, παραμένει κάτι άγνωστο, αν και ρητή πρόβλεψη του νόμου αναφέρεται στην ενεργοποίηση της νομικής αρωγής, κάτι που ισχύει σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες (π.χ. Ηνωμένο Βασίλειο, Αυστρία, Βέλγιο, Δανία, Ισπανία, Ιρλανδία, Σουηδία).

Ένα ακόμα στοιχείο που προκύπτει από τη μελέτη των φακέλων των ασθενών, είναι ότι, ενώ σε ποσοστό 94% βρέθηκε εισαγγελική εντολή για εγκλεισμό, στις μισές περίπου περιπτώσεις των φακέλων δεν βρέθηκε κλήση για δίκη, και σε ένα ποσοστό 84% περίπου, δεν βρέθηκε δικαστική απόφαση περί εγκλεισμού. Ωστόσο, ο Συνήγορος του Πολίτη, δεν έχει την αρμοδιότητα να εξετάσει την τήρηση της



ακολουθούμενης ενδοδικαστηριακής διαδικασίας και αν ο ορισμός δικασίμου γίνεται έγκαιρα από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Μονομελούς Πρωτοδικείου με την παραλαβή της σχετικής αίτησης του Εισαγγελέα.

Αξίζει ακόμα να αναφέρουμε, ότι σε πρόσφατη έρευνα του 2006, διαπιστώθηκε ότι οι γνώσεις των ψυχιάτρων για τον ακούσιο εγκλεισμό και τα δικαιώματα των ψυχασθενών είναι τουλάχιστον ελλιπείς. Μόνο το 50% γνώριζε ποιος αποφασίζει τον εγκλεισμό, μόνο το 46,2% το σκοπό του εγκλεισμού και τέλος μόνο το 34,6% το ανώτατο όριο εγκλεισμού. Η εξοικείωση των εισαγγελικών ή δικαστικών λειτουργιών με το συγκεκριμένο ζήτημα είναι μάλλον μηδαμινή αφού το συγκεκριμένο έργο προσλαμβάνεται μάλλον ως πάρεργο. Άλλωστε, ποτέ κανένας εισαγγελέας δεν πρόκειται να αξιολογηθεί για την ποιότητα της δουλειάς του στο συγκεκριμένο πεδίο. Αντίστοιχα ποτέ δεν πρόκειται να ελεγχθεί για ένα αυθαίρετο εγκλεισμό, ακόμα και αν πρόκειται για καθαρή περίπτωση παράβασης νόμου. Το αντίθετο, δυστυχώς, δεν μπορεί να αποκλειστεί (Βεργαδή, Βγόντζας, Τσαπάκη, 2006).

Όσον αφορά στην εισαγωγή, ο νόμος (άρ. 96 § 4) ορίζει ότι ο ασθενής θα ενημερωθεί για τα δικαιώματά του και μάλιστα θα συνταχθεί σχετικό πρακτικό. Για την ενημέρωση αυτή «συντάσσεται πρακτικό που υπογράφεται, εκτός από τον υποχρεωμένο να ενημερώσει και από τον συνοδό του ασθενή». Ωστόσο, από τα υφιστάμενα στοιχεία της Έκθεσης του Συνήγορου του Πολίτη, προκύπτει ότι οι ασθενείς δεν ενημερώθηκαν επαρκώς για τα δικαιώματά τους και ειδικότερα για το δικαίωμά τους να ασκήσουν ένδικο μέσο από πρόσωπο στο οποίο έχει ανατεθεί αυτό το καθήκον (άρθρο 96 παράγρ. 4, Ν. 2071/92).

Επίσης, σύμφωνα με το ν. 2071/1992, άρ. 98 παρ. 3 «σε κάθε περίπτωση και σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας, πρέπει να επιδεικνύεται σεβασμός προς την προσωπικότητα του ασθενή». Στην αμέσως επόμενη παράγραφο ορίζεται ότι «οι περιορισμοί που επιβάλλονται στην ατομική ελευθερία του ασθενή προσδιορίζονται μόνο από την κατάσταση της υγείας του και τις ανάγκες της νοσηλείας». Συνεπώς, κατά την παραμονή και ψυχιατρική νοσηλεία του ασθενούς πρέπει να εξασφαλίζεται ο σεβασμός της αξιοπρέπειάς του και να διασφαλίζεται η ελευθερία του. Και οι δύο αυτές, θεμελιακές, αξίες του σύγχρονου δυτικού πολιτισμού αντιστοιχούν σε συνταγματικά δικαιώματα, της αξίας του ανθρώπου (άρ. 2 Συντ.) και της

προσωπικής ελευθερίας (άρ. 5 Συντ.) τα οποία με τη σειρά τους συνθέτουν τους δύο βασικούς πυλώνες της ανθρωποκεντρικής συνταγματικής μας τάξης.

Πρόσφατα, ωστόσο, ήρθαν στο φως στοιχεία, που μαρτυρούν ότι σε πολλές περιπτώσεις, η παραπάνω νομοθεσία δεν τηρείται. Συγκεκριμένα, η έκθεση της C.P.T. ανέδειξε τη, γνωστή σε όλους, κατάχρηση της καθήλωσης στα ελληνικά ψυχιατρεία. Πρόκειται για μέτρο που χρησιμοποιείται σε υπερβολικό βαθμό, για υπέρμετρο διάστημα, χωρίς την αναγκαία παρακολούθηση και επίσης χωρίς την αναγκαία ιατρική ένδειξη και βέβαια χωρίς την τήρηση κάποιου πρωτοκόλλου. Αντίθετα, χρησιμοποιείται και ως τιμωρητικό μέσο, προκειμένου να συνετίσει τους απείθαρχους ασθενείς (Report to the Government of Greece on the visit to Greece carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading treatment or punishment, 2005). Το 2006, επίσης, δημοσιεύτηκε, στην εφημερίδα «Ελευθεροτυπία», σχεδόν πανομοιότυπα, η τραγική είδηση ότι κάποιος έγκλειστος ψυχασθενής κάηκε, όντας δεμένος και εγκαταλελειμμένος σε ελληνικό ψυχιατρείο (Θ.Ψ.Π. Χανίων και Ψ.Ν. Θεσ/νίκης).

Όσον αφορά στη δικαστική συμπαράσταση, γνωρίζουμε ότι βάσει του νόμου 1447/96, άρθρο 13, περί «Δικαστικής Συμπαράστασης» (που αντικατέστησε τις προηγούμενες ρυθμίσεις του Α.Κ. για «δικαστική αντίληψη» και «απαγόρευση»), η δικαιοπραξία ενός ατόμου αίρεται (εν όλω ή εν μέρει, ή αναφορικά με ορισμένες δικαιοπραξίες) με δικαστική απόφαση, 1) όταν λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής ή λόγω σημαντικής αναπηρίας αδυνατεί εν όλω ή εν μέρει να φροντίζει μόνος του τις υποθέσεις του και 2) όταν λόγω ασωτίας, τοξικομανίας ή αλκοολισμού εκθέτει στον κίνδυνο της στέρησης τον εαυτό του, το σύζυγό του, τους κατιόντες ή τους ανιόντες του».

Το γεγονός ότι ο νόμος αυτός δίνει τη δυνατότητα πιο ευέλικτων αποφάσεων, σε σχέση με προηγούμενα, έτσι ώστε να μπορούν να αρθούν, εν όλων ή εν μέρει, ορισμένες μόνο δικαιοπραξίες και μάλιστα, άλλες εν όλω και άλλες εν μέρει, θα μπορούσε να αποτελεί μια πρόοδο αν προβλέπονταν και οι μηχανισμοί για την ουσιαστικοποίηση και την υλοποίηση αυτών των ρυθμίσεων. Αυτό δεν φαίνεται να συμβαίνει, όπως δείχνει και το γεγονός της επιδερμικής, ή καθόλου, εφαρμογής της πρόβλεψης για την ανάγκη έκθεσης της κοινωνικής υπηρεσίας για την άρση ή μη της δικαιοπραξίας, αντί για την απλή ψυχιατρική γνωμάτευση που προβλεπόταν

προηγούμενα. Αυτή η καταρχήν θετικότερη, σε σχέση με το παρελθόν, πρόβλεψη ακυρώνεται στη πράξη και αποκτά προσχηματικό χαρακτήρα, μέσω της γνωστής (και από τον 2071) τακτικής να εφαρμόζεται, υπό το κάλυμμα των νέων νομικών ρυθμίσεων, η παλιά πρακτική (Μεγαλοοικονόμου, 2005).

Επίσης, μολονότι προβλέπεται ότι η «δικαστική συμπαράσταση» αίρεται όταν εκλείψουν οι λόγοι που την προκάλεσαν (αρ. 1685), στη πράξη αυτό σπάνια συμβαίνει. Το άρθρο, αντί να παράσχει μια ουσιαστική ρύθμιση σε αυτό το κρίσιμο ζήτημα της «άρση της άρσης», δηλώνει απλώς, ότι «η δικαστική συμπαράσταση αίρεται με απόφαση του δικαστηρίου ύστερα από αίτηση των προσώπων που μπορούν να τη ζητήσουν ή και αυτεπαγγέλτως», χωρίς να διευκρινίζεται ποια είναι τα άτομα που μπορούν να τη ζητήσουν. Στην πραγματικότητα, η άρση της δικαιοπραξίας σηματοδοτεί, συνήθως, μια μόνιμη απώλειά της για τον ψυχικά πάσχοντα και είναι πολύ σπάνιο να βρεθούν άτομα που είτε να θέλουν, είτε να μπορούν να τη ζητήσουν (Μεγαλοοικονόμου, 2005).

Επιπλέον, παρόλο που με το νόμο για τη «Δικαστική Συμπαράσταση» προβλέπεται κάποιος ελεγκτικός μηχανισμός για την επίβλεψη της λειτουργίας των «συμπαραστατών», αποτελούμενος από ένα εποπτικό συμβούλιο τριών έως πέντε μελών (από συγγενείς ή φίλους του «συμπαραστατούμενου»), στην πράξη, η λειτουργία αυτών των ρυθμίσεων καθίσταται τελείως επιδερμική. Είναι γνωστή η «βιασύνη» (η ρουτίνα, η αδιαφορία, ο διεκπεραιωτικός τρόπος) με τον οποίο τα δικαστήρια εκδικάζουν τέτοια ζητήματα - χωρίς, δηλαδή, την εξασφάλιση μιας, όσο το δυνατό, πιο στενής (πολύπλευρης, βαθύτερης) σχέσης ανάμεσα στο δικαστή και στο υπό «δικαστική συμπαράσταση» (μερική ή ολική) υποκείμενο και τις ανάγκες του, μέσα από μια προσεκτική εξέταση της κατάλληλης, αληθινής και αυθεντικής πραγματογνωμοσύνης (Μεγαλοοικονόμου, 2005).

Εξαιτίας αυτού, αν και γίνεται αναφορά στο κείμενο του νόμου, στην πράξη δεν υπάρχει μέριμνα και διαδικασίες για την επιλογή των πιο κατάλληλων ατόμων για το ρόλο του «δικαστικού συμπαραστάτη» και δεν διασφαλίζεται το ζητούμενο, ότι, δηλαδή, αυτός θα λειτουργεί στην κατεύθυνση της κατανόησης και της εξυπηρέτησης των αναγκών του «συμπαραστατούμενου ατόμου», παρόλ' αυτά, το άρθρο 1684 αναφέρει ότι «όλες οι πράξεις του «δικαστικού συμπαραστάτη», του εποπτικού συμβουλίου ή του δικαστηρίου πρέπει να αποβλέπουν στο συμφέρον του «συμπαραστατούμενου».

Επίσης, πριν από κάθε ενέργεια ή απόφαση, πρέπει να επιδιώκεται η προσωπική επικοινωνία με τον «συμπαραστατούμενο» και να συνεκτιμάται η γνώμη του», αλλά δεν προβλέπεται τίποτα το σαφές ως προς τα προσόντα που συγκροτούν την ικανότητα και την επάρκεια του «συμπαραστάτη» να κατανοεί τις ανάγκες του «συμπαραστατούμενου», καθώς και της ανταπόκρισής του στον εν λόγω ρόλο, ούτε ως προς την ακύρωση του διορισμού ενός ακατάλληλου «συμπαραστάτη». Η ακύρωση του διορισμού ενός «συμπαραστάτη» θα έπρεπε να προβλέπεται όχι μόνο όταν διαπιστώνεται ανοιχτός σφετερισμός των περιουσιακών στοιχείων, αλλά και όταν αυτός καθυστερεί, μέχρι ματαίωσης, την ικανοποίηση των αναγκών του «συμπαραστατούμενου» και του παρέχει, σε καθημερινή βάση, ένα επίπεδο ζωής πολύ κατώτερο, ή ποιοτικά διαφορετικό, από αυτό που δικαιολογεί η περιουσιακή κατάσταση του τελευταίου (Μεγαλοοικονόμου, 2005).

Από την άλλη, δεν υπάρχει καμιά ευελιξία για την αντιμετώπιση καταστάσεων ψυχικής υγείας «ενδιάμεσων», δηλαδή τέτοιων, που κάνουν το άτομο, σταθερά και περιοδικά, να κυμαίνεται ανάμεσα σε καταστάσεις κρίσης (επιδείνωσης της ψυχικής του δυσφορίας, υποτροπών) και καταστάσεις που είναι καλά. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, οι κρίσεις μανίας, αλλά και πολλές καταστάσεις ψυχωτικές, οριακές και άλλες. Πρόκειται, δηλαδή, για άτομα που οι νοητικές και βουλευτικές τους λειτουργίες δεν επηρεάζονται τόσο πολύ ώστε να έχουν υποστεί στο παρελθόν ή να προβλέπεται ότι θα υποστούν στο μέλλον άρση της δικαιοπρακτικής τους ικανότητας, υπό τη μορφή της μερικής ή ολικής συμπαράστασης. Και όμως, τα άτομα αυτά δεν κινδυνεύουν μόνο από μια πιθανή ακύρωση της νομικής τους υπόστασης, αλλά και από μια άλλη μοίρα, αυτή της εγκατάλειψης.

Χρειάζεται, επομένως, μια πρόβλεψη που θα μπορεί στη μεγαλύτερη διάρκεια του χρόνου να μένει ανενεργή, αλλά που, σε ορισμένες στιγμές, ή μικρές περιόδους, να δραστηριοποιείται (με ταχείες διαδικασίες) για ορισμένες ενέργειες που το άτομο δεν θα μπορεί να κάνει μόνο του ή που θα τις κάνει με τρόπο που θα απειλείται ανεπανόρθωτη βλάβη των συμφερόντων του (Μεγαλοοικονόμου, 2005).

## 7. Προτάσεις Εθνικής Επιτροπής για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (ΕΕΔΑ)

Όπως διαπιστώνεται λοιπόν τα ζητήματα που τίθενται είναι πολλαπλά και πολύπλοκα. Ο αριθμός των ακούσιων νοσηλειών που κυμαίνεται μεταξύ 55%-65% επί του συνόλου των εισαγωγών, σε σχέση με τα Κράτη - Μέλη της Ε.Ε, όπου ο αριθμός αυτός δεν ξεπερνά το 7-8%, είναι ένας αδιάψευστος δείκτης ότι δεν έχει υπάρξει πραγματικός μετασχηματισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ένας άλλος αδιάψευστος δείκτης είναι η μη εφαρμογή του νόμου για τις ακούσιες νοσηλείες με κοινή τη γραφειοκρατική/ διεκπεραιωτική προσέγγιση και την αδιαφορία των λειτουργών, τόσο στον χώρο της Ψυχικής Υγείας, όσο και σ' αυτόν της Δικαιοσύνης.

Προκειμένου να τηρούνται οι προστατευτικές για τον ψυχικά πάσχοντα προβλέψεις του Ν. 2071/1992, η ΕΕΔΑ προτείνει τη δημιουργία ειδικού εισαγγελέα – στο πρότυπο του θεσμού του εισαγγελέα ανηλίκων- για τις υποθέσεις ακούσιας νοσηλείας. Επιπλέον, προτείνεται η άμεση εφαρμογή της τομεοποίησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Αν και αυτή προβλέπεται από το άρθρο 3 του Ν. 2716/1999, σήμερα οι τομεακές επιτροπές ή δεν έχουν ακόμα ιδρυθεί, ή έχουν ιδρυθεί και δεν έχουν λειτουργήσει, ή έχουν λειτουργήσει χωρίς έργο. Για την αντιμετώπιση των κρίσεων (acute cases), προτείνεται η ανάπτυξη προγραμμάτων εξειδικευμένης εκπαίδευσης του νοσηλευτικού -κυρίως- προσωπικού σε δεξιότητες συμβουλευτικής υποστήριξης και αντιμετώπισης κρίσεων. Προτείνεται ακόμη η εκπαίδευση των αστυνομικών που καλούνται να έλθουν σε επαφή ψυχικά πάσχοντες σε κρίση στο πλαίσιο ακούσιων νοσηλειών, σε προγράμματα «παρέμβασης στην κρίση» (Crisis Intervention). Η ΕΕΔΑ επίσης υπενθυμίζει την ολοκληρωμένη πρότασή της για αναδιάρθρωση του προγράμματος εκπαίδευσης των αστυνομικών στα ανθρώπινα δικαιώματα, πρόταση την οποία είχε διαμορφώσει Ειδική Ομάδα Εργασίας που η Επιτροπή είχε συστήσει για αυτό το σκοπό το 2009, και την οποία κατέθεσε και στην πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Προστασίας του Πολίτη το 2010.

Επιπλέον, προτείνει τη δημιουργία ανεξάρτητου διοικητικού οργάνου που θα έχει αρμοδιότητα να εξετάζει σε πρώτο στάδιο την ορθότητα και νομιμότητα των ακούσιων νοσηλειών, πριν από την προσφυγή σε δικαστήριο. Υπογραμμίζει την σημασία της αναγνώρισης και της τήρησης των προβλέψεων του νόμου από όλες τις αρμόδιες αρχές του δικαιώματος πρόσβασης του ψυχικά ασθενούς στον ιατρικό του

φάκελο, καθώς, εξ ορισμού, το απόρρητο αντιτάσσεται στους τρίτους, αποσκοπώντας ακριβώς στην προστασία του πάσχοντος, και όχι στον ίδιο τον πάσχοντα.

Η ΕΕΔΑ επίσης προτείνει την διενέργεια τακτικών, αλλά και χωρίς προειδοποίηση, επισκέψεων από την Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές. Υπενθυμίζει δε, πως η ταχεία επικύρωση του OPCAT, μέσω της δημιουργίας προληπτικού συστήματος επισκέψεων σε χώρους από εξειδικευμένο όργανο, θα θωρακίσει την χώρα ώστε να προλαμβάνει τέτοιου τύπου παραβιάσεις.

Όσον αφορά στο θέμα της δικαστικής συμπαράστασης η ΕΕΔΑ προτείνει την εισαγωγή ευέλικτου συστήματος, που θα μπορεί να τίθεται σε λειτουργία με ταχείες διαδικασίες για τα διαστήματα των κρίσεων και θα είναι ανενεργό κατά τον υπόλοιπο χρόνο. Γενικότερα, τονίζει την επιτακτική ανάγκη να λειτουργήσουν αποτελεσματικά όλες εκείνες οι υπηρεσίες που προβλέπονται από το ισχύον θεσμικό πλαίσιο, οι οποίες θα διασφαλίζουν την ορθή εφαρμογή της δικαστικής προστασίας των ψυχικά πασχόντων.

Τέλος, σύμφωνα με την ΕΕΔΑ:

- Η αναθεώρηση του ‘Ψυχαργώ’ πρέπει να γίνει στη βάση της συνεπούς και ειλικρινούς αξιολόγησης της μέχρι τώρα πορείας.
- Η δημιουργία δικτύου υπηρεσιών πρόληψης και πρωτοβάθμιας φροντίδας στην κοινότητα είναι επιτακτικός.
- Ο έλεγχος της ποιότητας, καθώς και της διασφάλισης των όρων αμοιβής και εργασίας του προσωπικού των στεγαστικών δομών και των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης πρέπει να συνδεθεί με την χρηματοδότησή τους.
- Θα πρέπει να αποσαφηνιστεί θεσμικά το καθεστώς κάτω από το οποίο διαμένουν οι ασθενείς στις στεγαστικές δομές των ΝΠΔΔ και των ΝΠΙΔ, για να αντιμετωπιστούν οι συνέπειες της σύγχυσης μεταξύ ‘νοσηλείας’ και ‘διαμονής’. Παράλληλα, θα πρέπει άμεσα να διαμορφωθούν οι κανονισμοί λειτουργίας για τις ΜΨΥ και για τις στεγαστικές δομές διαφόρων τύπων.
- Οι κρατικοί και οι μη κερδοσκοπικοί φορείς παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τη μία, και οι ιδιωτικοί φορείς από την άλλη θα πρέπει να πάντουν να αλληλοαγνοούνται. Ο έλεγχος της ποιότητας των υπηρεσιών και του σεβασμού των δικαιωμάτων των νοσηλευομένων στις ιδιωτικές κλινικές πρέπει να περάσει στην αρμοδιότητα του ΥΥΚΑ.

- Επιβεβλημένη είναι η ενίσχυση των ομάδων εκπροσώπησης των ψυχικά πασχόντων, ώστε να αναλάβουν ρόλους διεκδίκησης και να καλλιεργήσουν τις συμμαχίες που εκείνοι θα επιλέξουν. Το βίωμα είναι αυστηρά προσωπικό και δεν μοιράζεται, αλλά τα αιτήματα είναι κοινά. Επιπλέον, είναι αναγκαία η διασφάλιση πλήρους ενημέρωσής τους αναφορικά με τα δικαιώματά τους κατά την (ακούσια ή εκούσια) νοσηλεία τους.
- Είναι μεγάλη η ανάγκη για ψυχοεκπαιδευτικές και υποστηρικτικές παρεμβάσεις για τις οικογένειες των ψυχικά πασχόντων. Στο πλαίσιο αυτό, είναι αναγκαία η δημιουργία δομών βραχείας φιλοξενίας πασχόντων, ώστε να ανακουφίζεται η οικογένεια και να μπορεί να συνεχίσει την φροντίδα.
- Θεωρούνται, ακόμα απαραίτητες, επιμορφωτικές δράσεις τόσο για τους Εισαγγελείς, όσο και για τους γιατρούς που χειρίζονται ακούσιες νοσηλείες.
- Τα μέτρα για την καταπολέμηση του στίγματος είναι απαραίτητο συστατικό των πολιτικών του Κράτους και της Αυτοδιοίκησης.
- Εξίσου επιβεβλημένη είναι η ενίσχυση της λειτουργίας των Δομών Κοινωνικής Επιχειρηματικότητας, που ενισχύουν την επανένταξη των ψυχικά πασχόντων
- Η θεσμοθέτηση ειδικού ανεξάρτητου οργάνου ελέγχου λειτουργίας των μονάδων ψυχικής υγείας με ευρείες αρμοδιότητες, είναι απαραίτητη.

Ειδικότερα, αναφορικά με τους ποινικά ακαταλόγιστους, η ΕΕΔΑ προτείνει:

- Την τροποποίηση του άρθρου 69 ΠΚ, σε συνδυασμό με το άρθρο 310, παρ. 1 ΚΠΔ ούτως ώστε σε περιπτώσεις ακαταλόγιστων προσώπων που διαπράττουν πλημμελήματα ή κακουργήματα, το δικαστικό συμβούλιο να μην απαλλάσσει τα ανωτέρω πρόσωπα από τη δίωξη διατάσσοντας ταυτόχρονα τη φύλαξή τους, όπως συμβαίνει σήμερα, αλλά να παραπέμπει τα πρόσωπα αυτά στο αρμόδιο δικαστήριο «με επιφύλαξη απαλλαγής». Μόνο αυτό το δικαστήριο, μετά από διαδικασία ενώπιον ακροατηρίου, θα πρέπει να έχει την αρμοδιότητα να διατάξει τη φύλαξη, αφού απαλλάξει τα ακαταλόγιστα πρόσωπα από τη σχετική ποινή.
- Την τροποποίηση των άρθρων 69 και 70 ΠΚ το γράμμα των οποίων θέτει τη «δημόσια ασφάλεια», έναν ιδιαίτερα αόριστο και ασαφή όρο, ως το μόνο κριτήριο της έναρξης και της συνέχισης της φύλαξης ακαταλόγιστων. Ο νομοθέτης οφείλει να υποβάλει τη φύλαξη σε θεραπευτικές αρχές και να θέσει ρητά και εδώ (όπως έχει ήδη γίνει με το Ν. 2071/1992, στα άρθρα 95-99 που αφορούν στην προληπτική ακούσια νοσηλεία), ως κύρια προϋπόθεση έναρξης και συνέχισης της φύλαξης την ύπαρξη ή

συνέχιση ύπαρξης συγκεκριμένης ασθένειας των ακαταλόγιστων προσώπων η οποία σε είδος ή/και βαθμό να τους καθιστά επικίνδυνους για την κοινωνία, σύμφωνα με τις προαναφερθείσες βασικές αρχές αρμόδιων οργάνων και οργανισμών του ΟΗΕ, τις θεμελιώδεις σχετικές διατάξεις του Συντάγματος και της ΕΣΔΑ.

- Δεδομένου ότι στην πράξη η εφαρμογή των άρθρων 69 και 70 ΠΚ μπορεί να οδηγήσει σε μακροχρόνιο εγκλεισμό (ακόμη και για το υπόλοιπο της ζωής), θεωρείται απαραίτητη η διά νόμου θέσπιση ανώτατου ορίου φύλαξης και θεραπείας των ακαταλόγιστων και της δυνατότητας επέκτασης αυτού του ορίου, βάσει σχετικής δικαστικής απόφασης, εφόσον αυτό επιβάλλεται για τη θεραπεία τους. Η δικαστική απόφαση φύλαξης (και συνέχισης φύλαξης) ακαταλόγιστων προσώπων σε θεραπευτικό ίδρυμα είναι σκόπιμο να υπόκειται διά νόμου σε δευτεροβάθμιο δικαστικό έλεγχο, μέσω ενδίκου μέσου διαθέσιμου στα υπό φύλαξη και θεραπεία πρόσωπα και σε νόμιμους εκπροσώπους τους, σύμφωνα με τις προαναφερθείσες βασικές αρχές του Συμβουλίου της Ευρώπης και του Διεθνούς Οργανισμού Υγείας. Σε κάθε περίπτωση, σύμφωνα και με τη νομολογία του ΕΔΔΑ, το βάρος απόδειξης περί της ανάγκης ή συνέχισης του εγκλεισμού, πρέπει να φέρουν οι αρχές και όχι ο εφεσιβάλλων. Επιπλέον, ο δευτεροβάθμιος δικαστικός έλεγχος πρέπει να λαμβάνει χώρα σε ιδιαίτερα σύντομο χρονικό διάστημα, όπως επιβάλλει το άρθρο 5, παρ.4 ΕΣΔΑ.

- Το ποινικά ακαταλόγιστο πρόσωπο είναι σκόπιμο να έχει ρητά εκ του νόμου το δικαίωμα αυτοπρόσωπης παράστασης σε όλα τα στάδια των σχετικών διαδικασιών, προς διασφάλιση των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων του που απορρέουν, μεταξύ άλλων, από τα άρθρα 2 παρ. 1, 5 παρ. 1, 3 και 5, 21 παρ. 3 και 25 παρ. 1 Σ, αλλά και για να έχει τη δυνατότητα η αρχή που ερευνά το θέμα να έχει αυτοπροσώπως αντίληψη της πνευματικής και ψυχικής του κατάστασης. Για τους ίδιους λόγους κρίνεται σκόπιμη η πρόβλεψη από το νόμο υποχρέωσης του δικαστηρίου να εξετάσει το ακαταλόγιστο πρόσωπο στον χώρο κράτησής του, σε περίπτωση που η μεταφορά του στο δικαστήριο έχει κριθεί ως αδύνατη για οποιοδήποτε λόγο.

- Τέλος, κρίνεται απαραίτητη η διά νόμου πρόβλεψη της υποχρέωσης του δικαστηρίου, πριν από τη διαταγή (συνέχισης) φύλαξης του ποινικά ακαταλόγιστου προσώπου, να διατάσσει αυτεπάγγελτα τη γνωμάτευση δύο ψυχιάτρων που δεν πρέπει να τελούν σε σχέση συγγένειας με το ακαταλόγιστο πρόσωπο (κατ' αναλογία του άρθρου 96 παρ. 2 του Ν. 2071/1992). Οι σχετικές ψυχιατρικές γνωματεύσεις θα



πρέπει να συνιστούν στοιχεία για την αιτιολόγηση της δικαστικής απόφασης φύλαξης. Για το θέμα αυτό, η ΕΕΔΑ προτείνει την επεξεργασία ενός ειδικού πλαισίου νοσηλείας, το οποίο θα εγγράφεται στο πλαίσιο εναλλακτικής σωφρονιστικής μεταχείρισης, που θα διασφαλίζει την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών θεραπευτικής φροντίδας, ενώ σε διαχειριστικό επίπεδο επισημαίνεται η ανάγκη συντονισμού και τακτικής συνεργασίας των αρμόδιων Υπηρεσιών του ΥΥΚΑ και του Υπουργείου Δικαιοσύνης

## **8. Συμπεράσματα**

Η κατάφορη καταπάτηση των δικαιωμάτων μιας μεγάλης μερίδας πολιτών, όπως φαίνεται, δεν είναι κατ' εξαίρεσιν, αλλά αποτελεί τον παγιωμένο τρόπο της καθημερινής λειτουργίας και των δύο θεσμών, ψυχιατρικού και δικαστικού. Η βαθιά κρίση του εγχειρήματος που ονομάστηκε «ψυχιατρική μεταρρύθμιση», έχει φέρει ξανά στο προσκήνιο τη δυσλειτουργική σχέση ανάμεσα στους δύο αυτούς θεσμούς. Οι δραματικές ανεπάρκειες, αλλά και οι αναντιστοιχίες ανάμεσα στο ένα πεδίο και στο άλλο, δημιουργούν ένα εκρηκτικό μείγμα άλυτων αντιφάσεων που ναρκοθετεί τη λειτουργία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και διακωμωδεί κάθε έννοια δικαιωμάτων, σε ένα σύστημα το οποίο, όπως επίσημα δηλώνεται, προορίζεται να λειτουργεί με μειωμένο το ρόλο των ψυχιατρείων (ή και χωρίς ψυχιατρεία) και με σεβασμό στα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών (Μεγαλοοικονόμου, 2005).

Ο αφορισμός του Thomas Szasz για την απειλή των ατομικών ελευθεριών από μια συνωμοσία μεταξύ κρατικής εξουσίας και ψυχιατρικής, αποτελεί πλέον μια απτή πραγματικότητα (Γρίβας, 1989). Οι άνθρωποι με ψυχική ασθένεια θεωρούνται περισσότερο επικίνδυνοι, λιγότερο ικανοί, και με μεγαλύτερη ανάγκη υπηρεσιών και προστασίας απ' ότι ο γενικός πληθυσμός (Edgley, Stickley & Masterson, 2006). Αυτή η αντίληψη, όσον αφορά στην επικινδυνότητα, είναι η επικρατούσα στο χώρο της Δικαιοσύνης, ενώ στον χώρο της Ψυχικής Υγείας κυριαρχεί η παραδοσιακή λειτουργία του ψυχιατρικού θεσμού, για την προστασία της κοινωνικής τάξης, κατ' εντολήν της οποίας λειτουργεί (Μεγαλοοικονόμου, 2009).

Είναι φανερό ότι η εφαρμογή των διατάξεων για την «ακούσια νοσηλεία» γίνεται με ένα προσχηματικό τρόπο, συνήθως ερήμην του άμεσα ενδιαφερομένου,

μέσω μιας «σιωπηρής συμφωνίας» της οικογένειας (ή, άλλου, «τρίτου» προσώπου), των αρμόδιων υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των εισαγγελικών (απλώς να διεκπεραιώνουν) και δικαστικών αρχών (απλώς να επικυρώνουν την «εισαγγελική εντολή»). Είναι, επίσης, προφανές ότι, παρά το αυξημένο ενδιαφέρον, τα τελευταία χρόνια, των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, για τη διασφάλιση των περιουσιακών και άλλων αστικών δικαιωμάτων και συμφερόντων των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, η νομοθεσία η σχετική με τη «δικαιοπραξία» παραμένει, στις ουσιαστικές της παραμέτρους όπως είχε διαμορφωθεί στο παρελθόν. Μια διαμόρφωση, δηλαδή, που πηγάζει και διατρέχεται από τις συνθήκες και την κουλτούρα που θέτουν τον ψυχικά πάσχοντα εκτός του κοινωνικού παιχνιδιού και έχοντας ως δεδομένη την προκατάληψη ότι η ψυχική ασθένεια ισοδυναμεί με οριστική απώλεια του «λογικού» (παλιότερα, επαρκή λόγο για να κλείνεται κανείς εφόρου ζωής στο άσυλο). Παρά τις βελτιώσεις που έχει επιφέρει ο νόμος 2447 (κεφ. 13, άρθρα 1666 έως 1694) για την «Δικαστική Συμπάρσταση», εξακολουθούν να διατηρούνται ορισμένες από τις ακαμψίες των παλαιότερων διατυπώσεων του Αστικού Κώδικα (περί Δικαστικής Απαγόρευσης και Αντίληψης, Κεφ. 16 και 17).

Είναι ακόμα γνωστό, ότι η αντιμετώπιση του προβλήματος των λεγόμενων «ακαταλόγιστων», που έχοντας διαπράξει μια αξιόποινη πράξη, εγκλείονται στο ψυχιατρείο βάσει των άρθρων 34 και 69, έχει απλώς «αναβληθεί» για το αόριστο μέλλον, όπως όλα τα ουσιώδη που θα έπρεπε να έχει αντιμετωπίσει η λεγόμενη «ψυχιατρική μεταρρύθμιση».

Στο νομικό στερέωμα ξέρουμε πολύ καλά και νιώθουμε ασφαλείς με τον «παράφρονα», τον «τρελό», τον «ακαταλόγιστο», τον «άρρωστο», όπως και τον «κρατούμενο». Καθένας απ' αυτούς αντιστοιχεί σε συγκεκριμένες νομικές κατηγορίες και διαθέτει τα αντίστοιχα δικαιώματα. Αντίθετα, νέες ιδέες ή νέες κατηγορίες όπως η «ψυχική αναπηρία» δημιουργούν αβεβαιότητα, στο μέτρο που δεν εντάσσονται στις δεδομένες νομικές έννοιες αλλά διεκδικούν μια καινούρια ρύθμιση. Η διοικητική αλλά και η ευρύτερη κοινωνική οντολογία δείχνουν ότι οι πολιτικές καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού και κατοχύρωσης των δικαιωμάτων δεν πραγματώνονται επαρκώς. Συχνά αυτή η πραγματικότητα αποδίδεται στην ιδιαιτερότητα που χαρακτηρίζει τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών και εντοπίζεται στην αμφίβολη δυνατότητα άσκησής τους από κείνους για τους οποίους υπάρχουν.

Σύμφωνα με τον Φυτράκη (2011), «τα δικαιώματα του ψυχικά ασθενούς περιορίζουν τον ετεροκαθορισμό του, ορθώνουν την αυτόνομη ύπαρξή του και του δίνουν λόγο. Με τον τρόπο αυτό καθιστούν τον ψυχικά ασθενή υποκείμενο της κοινωνικής λειτουργίας και της ιατρικής σχέσης. Όμως, όσο έχει ο ασθενής δικαιώματα τόσο χάνει τη βολή του ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας αλλά και ο νομικός. Όλοι αυτοί οι νεωτερισμοί συνήθως δημιουργούν άμυνες και τελικά καταλήγουν στην περιστολή των δικαιωμάτων του ανθρώπου - ψυχικά ασθενούς, μπροστά στην αβεβαιότητα. Ας μην ξεχνάμε ότι τα δικαιώματα δεν είναι ουδέτερα, δεν αποτελούν άχρωμες παραδοχές κοινής αποδοχής. Αντίθετα, μετατρέπουν το φιλοδώρημα σε απαίτηση, ανακαθορίζουν τους όρους εξουσίας, απονέμουν ρόλους. Κατά τούτο στρέφονται απέναντι στο γιατρό, το δικαστή και το διοικητικό υπάλληλο. Η ρητορεία των δικαιωμάτων του ψυχικά ασθενούς θέτει ως βάση ένα μοντέλο ανθρώπου με απεριόριστες δεξιότητες και πόρους, με γνώσεις νομικής, οικογένεια και φίλους που τον στηρίζουν και τον θέλουν κοντά τους, δικηγόρους που μάχονται γι' αυτόν. Σ' αυτή τη βάση σημειώνεται ένας πλήρης παροπλισμός, καθώς όλο το σύστημα των δικαιωμάτων στην Ελλάδα έχει δομηθεί και λειτουργεί πάνω στη θεμελιώδη παραδοχή ότι ο ψυχικά ασθενής δεν υπάρχει και δεν μπορεί να διεκδικήσει».

Συμμερίζομαι αυτή την άποψη, καθώς η προσωπική μου εμπειρία από τη συναναστροφή με ψυχικά ασθενείς, οι επισκέψεις μου σε Ψυχιατρείο της Αθήνας τα τελευταία οχτώ χρόνια και η μελέτη για την παρούσα εργασία με έχει οδηγήσει σε ένα και μόνο συμπέρασμα: Παρά τους νόμους και τις συμβάσεις για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών, τα άτομα αυτά παραμένουν απροστάτευτα και εκτεθειμένα στις βουλές των ψυχιάτρων, των συγγενών και των δικαστηρίων. Το κράτος φαίνεται ανίκανο να εφαρμόσει τους νόμους και τελικά αυτό καταλήγει να είναι ο εχθρός των δικαιωμάτων τους.

Όταν μάλιστα γίνεται λόγος για ακούσια εγκλείστους σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, τότε έννοιες όπως «αυτονομία», «ελευθερία» και «αξιοπρέπεια», τίθενται υπό αμφισβήτηση. Δυστυχώς οι άνθρωποι αυτοί, υπό το καθεστώς της ακούσιας νοσηλείας, δε μπορούν να θεωρηθούν αυτόνομοι ή ελεύθεροι, αφού κατ' αρχάς είναι εγκλειστοί παρά τη θέληση τους, ενώ τις περισσότερες φορές, λόγω της ασθένειάς τους, δεν είναι σε θέση να εμπιστευτούν το μυαλό τους και να πράξουν αυτοβούλως, ενώ ακόμα και στις περιπτώσεις που υπάρχει ένα υγιές-λογικό κομμάτι, δεν υπάρχει η δυνατότητα να πράξουν βάση των επιθυμιών τους, εφόσον πάντοτε

πρέπει να λογοδοτούν σε άλλους. Συχνότατο φαινόμενο μάλιστα είναι η ανικανότητα τους να κάνουν το οτιδήποτε, καθώς φυτοζωούν λόγω των φαρμάκων. Όσον αφορά στην αξιοπρέπεια τους, όλα τα στοιχεία που παρατέθηκαν παραπάνω μαρτυρούν ότι οι ψυχικά ασθενείς δε μπορούν να διατηρήσουν ούτε αυτή, αφού ελάχιστοι είναι αυτοί που πραγματικά ενδιαφέρονται.

Αυτό που πρέπει να τονιστεί, καταλήγοντας, είναι ότι οι ψυχικά ασθενείς είναι άνθρωποι που έχουν και πρέπει να έχουν δικαιώματα σαν όλους τους άλλους. Είναι όμως πιο ευάλωτοι από τους άλλους και όπως όλες οι ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, χρήζουν προστασίας και δικαιούνται το σεβασμό όλων. Η εικόνα που έχει σχηματιστεί για τα άτομα αυτά, από τα ΜΜΕ, είναι πραγματικά άδικη και απέχει πολύ από την πραγματικότητα. Δυστυχώς όμως είναι η επικρατούσα και εξακολουθεί να τους στιγματίζει στα μάτια όλων. Πρέπει λοιπόν να υπάρξει παιδεία και ενημέρωση, ώστε, οι ψυχικά ασθενείς να θεωρούνται συνάνθρωποι και όχι «τρελοί» ή εν δυνάμει εγκληματίες. Επίσης πρέπει να υπάρξει περαιτέρω κρατική μέριμνα και κινητοποίηση για δημιουργία υπηρεσιών στα πλαίσια ενός ολοκληρωμένου και τομεοποιημένου δικτύου πρωτοβάθμιας ιατρικής και ψυχιατρικής περίθαλψης, για αναβάθμιση της νομοθεσίας (παρόλο που νόμοι υπάρχουν, αλλά δεν τηρούνται), καθώς και για τη δημιουργία ειδικών κινητών δικαστικών επιτροπών, οι οποίες θα αποτελούνταν από προεδρεύοντα νομικό, από ελεγκτή ψυχίατρο που ελέγχει την αρτιότητα των ιατρικών πεπραγμένων και από ανειδίκευτο μέλος που εκπροσωπεί το γενικό κοινό.

Δυστυχώς όμως, είμαι απαισιόδοξη για το αν μπορεί να γίνει κάτι με τους ανθρώπους αυτούς, καθώς οι αλλαγές στη χώρα αυτή -πόσο μάλλον για ζητήματα που ακόμα αποτελούν ταμπού και εμπλέκουν πολλούς θεσμούς- γίνονται πάντοτε με μεγάλη δυσκολία και αργούς ρυθμούς. Όταν μάλιστα πρόκειται για περίοδο γενικότερης ύφεσης της χώρας όπου το ενδιαφέρον είναι στραμμένο σε θέματα οικονομίας και επιβίωσης, τότε ζητήματα τέτοιας φύσεως μπαίνουν σε δεύτερη μοίρα και οι ελπίδες για κάτι καλύτερο είναι μάλλον ουτοπικές.

## 10. Βιβλιογραφία

### Ξενογλώσση

Barilan, Y.M (2011) “*Respect for Personal Autonomy, Human Dignity, and the Problems of Self-Directedness and Botched Autonomy*”, Journal of Medicine and Philosophy, Published by Oxford University Press, 36: 496–515

Barrett et al. (1998) “*The right to refuse medication: navigating the ambiguity*”, Psychiatric Rehabilitation Journal, Vol. 21, Issue 3, p.241.

Cherry, M.J. (2010) “*Non-Consensual Treatment Is (Nearly Always) Morally Impermissible - conundrums and controversies in mental health and illness*”. Journal of law, Medicine & Ethics

Developments In The Law The Law Of Mental Illness (2008), *Harvard Law Review*, The Harvard Law Review Association, Vol. 121:1114

Donnelly, M. (2008) “*From Autonomy to Dignity: Treatment for Mental Disorders and the Focus for Patient Rights*”. Law in Context, Federation Press Pty Limited

Edgley, A., Stickley, T., & Masterson, S. (2006) “*Whose right?*”, Journal of Mental Health, Shadowfax Publishing and Taylor & Francis, 15(1): 35-42

Edwards, C. (2010) “*Beyond Mental Competence*”, Journal of Applied Philosophy, Society for Applied Philosophy, Blackwell Publishing: Vol. 27, No. 3

Katsakou et al. (2012) “*Psychiatric patients’ views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: a qualitative study*”, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, Springer-Verlag: 47:1169–1179

- Leung, W.C. (2002) “*Why the Professional–Client Ethic is Inadequate in Mental Health Care*”, *Nursing Ethics*, 9 (1).
- McLachlan, A.J, Mulder, R.T. (1999) “*Criteria for involuntary hospitalisation*”, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Taylor & Francis Ltd: 33:729-733
- McLachlin, B. (2006) “*Medicine and the Law: The Challenges of Mental Illness*”, *The Dalhousie Law Journal*, Dalhousie University
- Opoczyńska, M. et al. (2011) “Treatment without consent – dialogue, or psychiatric language games?”, *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*: 1 : 5–10
- Opsal, A. et al. (2011) “*Involuntary hospitalization of first-episode psychosis with substance abuse during a 2-year follow-up*”, *Acta Psychiatr Scand*, John Wiley & Sons A/S: 124: 198–204
- Randers I. & Mattiasson A.C. (2004) “*Issues and Innovations in Nursing Practice Autonomy and Integrity: Upholding Older Adult Patients’ Dignity*”, *Journal of Advanced Nursing*, Blackwell Publishing Ltd: 45(1), 63–71
- Report to the Government of Greece on the visit to Greece carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading treatment or punishment (2005) § 151
- Richardson, G. (2002) “*Autonomy, Guardianship and Mental Disorder: One Problem, Two Solutions*”, *The Modern Law Review Limited*: Vol. 65
- Román B. (2010) “*Ethics in caregiving services for people with serious intellectual disabilities*”, *Ramon Llull Journal of Applied Ethics*, Medknow Publications & Media Pvt: 1:121-42

Seitler, B. (2008) “*Once the Wheels Are in Motion: Involuntary Hospitalization and Forced Medicating*”, Ethical Human Psychology and Psychiatry, Springer Publishing Company: Vol. 10, No. 1

Sjöstrand M., Helgesson G. (2008) “*Coercive treatment and autonomy in psychiatry*”, Bioethics, Blackwell Publishing Ltd: Vol. 22 No. 2: 113–120

Torry, Z. D., Weiss, K.J. (2012) “*Medication noncompliance and criminal responsibility: Is the insanity defence legitimate?*”, Journal of Psychiatry & Law, 40, Federal Legat Publications. Inc

Van Willigenburg, T. (2005) “*Protecting Autonomy as Authenticity – Using Ulysses Contracts*”, Journal of Medicine and Philosophy, Taylor & Francis, Inc. 30:395–409

### **Ελληνική**

Βεργαδή, Ε., Βγόντζας, Α., Τσαπάκη, Ε. (2006). «Τι γνωρίζουν οι Έλληνες ιατροί για την ακούσια νοσηλεία;», Ανακοίνωση στο 13<sup>ο</sup> Παγκρήτιο Ιατρικό Συνέδριο.

Γρίβας Κλ. (1989). «*Αντιπολιτευτική Ψυχιατρική*», εκδ: Ιανός.

Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (2012)- Ετήσια Έκθεση 2011, Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα: 74-80.

Ζιώζιου, Μ. (2009). «*Εγκληματίες οι ψυχικά ασθενείς στην Ελλάδα*», Εφημερίδα «Το Έθνος».

Kaplan, H., Sadock, B. & Grebb, J. (2000) «*Ψυχιατρική*», Τομ. Α', 7<sup>η</sup> εκδ., {εκδ. Λίτσας} 1996, σ. 440 επ., Γ. Χριστοδούλου/Α. Ραμπαβίλα, εν: Γ. Χριστοδούλου, Ψυχιατρική, Τομ. ΙΙ, εκδ. Βήτα, Αθήνα: σ. 68.

Κολημένου, Κ. (1987). «*Η προσπάθεια Basaglia στην Ιταλία*», στο Κοινωνική Αποκατάσταση Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, επιμέλεια: Γ. Παπαδάτος. Αθήνα: Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής.

Κοσμάτου, Κ. (2002). «*Η ακούσια νοσηλεία σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Εμπειρίες, διαπιστώσεις και προοπτικές από την εφαρμογή του ν. 2071/1992*», σειρά Εγκληματολογικά, αριθμός 22, εκδ: Αντ. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή: 39-44

Μεγαλοικονόμου, Θ. (2005). «*Μια ιερή συμμαχία για τον κοινωνικό έλεγχο*» που δημοσιεύεται στις ιστοσελίδες της Πανελλαδικής Συσπείρωσης για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση

Μπαιρακτάρης, Κ. (1984). «*Αξιολόγηση της δημόσιας ιδρυματικής περίθαλψης στην Ελλάδα*», στο Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Αθήνα: Καστανιώτης

Πανάγου, Α. (2009). «*Παρουσίαση της αυταπάγγελτης έρευνας του συνήγορου του πολίτη για την ακούσια νοσηλεία*», στο «*Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα- Ανάγκες-Προτάσεις-Λύσεις*», Επιμ: Σακέλλης Γιάννης, Εκδ: Σακκούλα.

Παπαδάτος, Γ. & Στογιαννίδου Α. (1988), «*Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή- η εναλλακτική πρόταση στην παραδοσιακή ψυχιατρική*», Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

Παπαδάτος, Γ. (1986). «*Η ψυχιατρική πράξη και τα δικαιώματα του ατόμου*», Κοινωνική εργασία, 4, 249-264

Παπαδάτος, Γ. (1987). «*Η ιστορική εξέλιξη της Ψυχιατρικής, στο Ψυχική Υγεία και Τοπική Αυτοδιοίκηση*», επιμέλεια: Γ. Παπαδάτος. Αθήνα: Ειρήνη

Παπαϊωάννου, Κ. (2011). «*Ψυχική Υγεία την ώρα της κρίσης*». Εφημερίδα «τα Νέα»

Συνήγορος του Πολίτη (2007). Ειδική Έκθεση: «*Αυτεπάγγελτη Έρευνα του Συνήγορου του Πολίτη για την Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών*».



Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2004). *«Δικαιώματα Ψυχικώς Πασχόντων»*, Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης «Ψυχαργός- Β΄Φάση»

Φυτράκης, Ε. (2011). *«Τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών: Από την ανοχή στην υποστήριξη»*

Φυτράκης, Ε. (2011). *«Η ακούσια νοσηλεία σήμερα: Μία τρύπα στο κράτος δικαίου»*, στο «Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών», Επιμ. Μπιλανάκης Νικόλαος, Εκδ: Βήτα.