

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ SPECIAL ARTICLE

Αποτύπωση της σύγχρονης ελληνικής πραγματικότητας ακαταλόγιστων ψυχικά ασθενών, άρθρο 69 του Ποινικού Κώδικα

Για πολλές δεκαετίες και μέχρι τα μέσα του 20ού αιώνα, η βασική ψυχιατρική πρακτική προέβλεπε τον εγκλεισμό και την καταστολή ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας που εκδήλωναν βίαιη συμπεριφορά, ετεροκατευθυνόμενη ή αυτοκατευθυνόμενη. Ιδιαίτερη κατηγορία αποτελούν οι ψυχικά ασθενείς που διέπραξαν κάποια σοβαρή αξιόποινη πράξη (ανθρωποκτονία, απόπειρα ανθρωποκτονίας, καταστροφή ξένης περιουσίας, κλοπή κ.ά.). Γι' αυτούς απαιτείται πρωτίστως η εκτίμηση της ψυχικής τους κατάστασης και η διάγνωση ψυχικής διαταραχής, ώστε να κριθεί η ικανότητα και η καταλληλότητά τους να παραστούν σε δίκη. Η έλλειψη ικανότητας καταλογισμού προσδιορίζει αυτούς τους ασθενείς ως «ακαταλόγιστους» και στη χώρα μας προβλέπεται η φύλαξή τους σε τρία ψυχιατρικά νοσοκομεία: Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δαφνί», «Δρομοκαϊτειο» Ψυχιατρικό Νοσοκομείο και Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης. Παρουσιάζονται για πρώτη φορά, συγκεντρωτικά, τα στοιχεία που αφορούν στους ακαταλόγιστους ψυχικά ασθενείς με το άρθρο 69 του Ποινικού Κώδικα, ενώ συζητείται το ιδιότυπο αυτό καθεστώς υπό το πρίσμα του προβληματισμού, κατά πόσο η αναγκαστική φύλαξη αφορά στο συμφέρον του ασθενούς ή αποτελεί πρόσχημα προς χάρη της «δημόσιας ασφάλειας». Τέλος, παρουσιάζονται συνοπτικά οι ελλείψεις και τα κενά στο σύστημα νομικής/ψυχιατρικής κάλυψής τους, καθώς και οι προοπτικές αλλαγών του νέου νομοσχεδίου που αποσκοπεί στην ορθότερη αντιμετώπισή τους.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι παραδοσιακές ψυχιατρικές πρακτικές, ήδη από τα μέσα του 18ου αιώνα, συνδέονταν αυθαίρετα την επικινδυνότητα με την ψυχική νόσο, προσδιόρισαν για τα άτομα που εκδήλωναν κάποιοι τύπου «εκτροπή» ως τις πλέον ενδεδειγμένες λύσεις στο πρόβλημα της ψυχικής ασθένειας τη φύλαξή τους σε ιδρύματα και την καταστολή τους. Άλλωστε, μέχρι τα μέσα περίπου του 20ού αιώνα η διάγνωση και μόνο της ψυχικής νόσου αποτελούσε επαρκές στοιχείο για την επιβολή του εγκλεισμού.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον αποτελούν για την επιστημονική κοινότητα τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, τα οποία για κάποιο λόγο προβαίνουν σε κάποια αξιόποινη πράξη, οπότε προκειμένου για την απόδοση ευθυνών και απαγγελίας κατηγοριών θα πρέπει να διευκρινιστεί η υποκειμενική ευθύνη και η κρίση του κατηγορούμενου για

το αξιόποινο της πράξης την οποία διέπραξε.

Στη χώρα μας έχει επικρατήσει ο όρος «ακαταλόγιστος» (unfit to plead) γι' αυτούς τους ασθενείς και προβλέπεται ο «ποινικός εγκλεισμός τους» σε τρία ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας: Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δαφνί», «Δρομοκαϊτειο» Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής και για τη βόρεια και κεντρική Ελλάδα το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (ΨΝΘ). Ειδικότερα για το ΨΝΘ, με απόφαση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) το 1988 ιδρύθηκε σε αυτό Τμήμα Ακαταλόγιστων Ασθενών, που αποτελεί και το μοναδικό εξειδικευμένο τμήμα που υπάρχει στην Ελλάδα. Η επιλογή των εν λόγω νοσοκομείων βασίστηκε κυρίως στις ειδικά διαμορφωμένες κλινικές (περίπτερα), με κάγκελα στα παράθυρα και πόρτες που κλειδώνουν, αλλά και στην παρουσία ειδικού προσωπικού φύλαξης το οποίο θα φρόντιζε για την παραμονή και τη φύλαξη αυτών των ασθενών.^{1,2}

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2018, 35(5):671-679
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2018, 35(5):671-679

Σ. Μαρτινάκη,¹
Χ. Ασημόπουλος,²
Α. Παπαϊωάννου,¹
Π. Αντωνακάκη,²
Ε. Μαγειροπούλου²

¹Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Νοσοκομείο «Αιγινήτειο», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

²Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας, Αθήνα

The current situation in Greece concerning mental health patients who are unfit to plead according to article 69 of the Greek penal code

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Ικανότητα καταλογισμού
Νόμος για την ψυχική υγεία
Ποινικό δίκαιο
Ψυχικά ασθενείς παραβάτες

Υποβλήθηκε 5.10.2017

Εγκρίθηκε 15.10.2017

2. Η ΑΡΧΗ ΤΟΥ ΚΑΤΑΛΟΓΙΣΜΟΥ

Στο σύστημα ποινικής δικαιοσύνης, η εξέταση της ικανότητας του εναγόμενου να δικαστεί είναι γνωστή ως «ικανότητα καταλογισμού» και κανένας κατηγορούμενος δεν μπορεί να δικαστεί εάν δεν είναι ικανός να αντιληφθεί τις κατηγορίες που του αποδίδονται. Η θεμελιώδης αυτή άποψη αφορά στην ψυχική κατάσταση του κατηγορούμενου, από την οποία προκύπτουν δύο βασικά, αλληλεπικαλυπτόμενα, αλλά στην ουσία διαφορετικά ζητήματα. Το πρώτο αφορά στην περίπτωση όπου ένα άτομο διέπραξε κάποιο σοβαρό έγκλημα ενώ βρισκόταν σε τέτοια ψυχική κατάσταση, που τελικά το καθιστά ανεύθυνο ενώπιον του νόμου σε σχέση με ό,τι κατηγορείται πως έχει διαπράξει. Το δεύτερο τίθεται στην περίπτωση όπου ένα άτομο το οποίο κατηγορείται για τη διάπραξη ενός σοβαρού εγκλήματος, ανεξάρτητα από το ποια ήταν η ψυχική του κατάσταση κατά τη χρονική στιγμή της τέλεσής του, είναι ή μπορεί να είναι κατά τη στιγμή της δίκης του σε τέτοια ψυχική κατάσταση που να το καθιστά ακατάλληλο να δικαστεί.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι από τη φύση της η έννοια της ικανότητας καταλογισμού βρίσκεται μεταξύ νομικής και ψυχιατρικής επιστήμης, καθορίζοντας εάν ένας κατηγορούμενος πρέπει να παραμείνει στο σύστημα ποινικής δικαιοσύνης ή να παραπεμφθεί σε κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας. Ωστόσο, η απόδοση της έννοιας της ικανότητας για καταλογισμό και η έκφρασή της σε μια ενιαία κατασκευή δοκιμάζεται και προκαλεί έντονη κριτική από τους υποστηρικτές μιας διχοτομημένης αντίληψης ανάμεσα στη διαταραχή και στα συμπτώματά της.³ Προκλήσεις δημιουργούνται ανάμεσα στη διατήρηση της ισορροπίας μεταξύ μιας δίκαιης, ανθρώπινης μεταχείρισης και της προστασίας της δημόσιας ασφάλειας από άτομα που δεν είναι ικανά να δικαστούν με τη συνήθη πρακτική, καθορίζοντας ποια είναι η ενοχή τους, και ανάμεσα στην αντίληψη, τα ψυχικά διαταραγμένα άτομα να έχουν δικαίωμα πρόσβασης σε θεραπεία και όχι σε τιμωρία.

Διάφοροι μελετητές υποστηρίζουν ότι η αρχή του καταλογισμού πρέπει να βασίζεται στη διαφύλαξη της ηθικής αξιοπρέπειας της δικαστικής διαδικασίας και στην αποφυγή ανακριβειών κατά της εξέλιξής της και τονίζουν ότι η δίκη ενός ατόμου που δεν διαθέτει ικανότητα για καταλογισμό θα μπορούσε να συγκριθεί με εκείνη ενός ατόμου το οποίο δικάζεται ερήμην.^{4,5}

Στις ημέρες μας, όταν κάποιος κριθεί ότι δεν διαθέτει ικανότητα καταλογισμού χαρακτηρίζεται ως «ακαταλόγιστος» (unfit to plead). Ειδικότερα, ο συγκεκριμένος όρος αποδίδεται σε ένα άτομο που λόγω ηλικίας ή ψυχικής ή διανοητικής ανωμαλίας, ή μέθης δεν θεωρείται υπεύθυνο για τις πράξεις του. Επί πλέον, μπορεί να χαρακτηρίζει ένα

άτομο που ενεργεί πολύ επιπόλαια και απερίσκεπτα. Τέλος, η έκφραση «έχει το ακαταλόγιστο» σημαίνει την έλλειψη ικανότητας για καταλογισμό.⁶

3. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ-ΕΠΙΡΡΟΞ

Η ανάπτυξη της έννοιας του καταλογισμού τοποθετείται σε διαδικαστικές διατυπώσεις στη μεσαιωνική Αγγλία. Ωστόσο, και στην προ-νορμανδική Αγγλία υπήρχε πρόβλεψη στο νομικό σύστημα για τα διαταραγμένα ψυχικά άτομα, όπου η έννοια της πρόθεσης, της ευθύνης και της ψυχικής διαταραχής ήταν άνευ σημασίας, ενώ το κύριο μέλημα ήταν η ανάληψη της πράξης. Μετά τη νορμανδική κατάκτηση, ορισμένα εγκλήματα όπως η δολοφονία, ο εμπρησμός, η μοιχεία, η προδοσία κάποιου προς τον κύριο του, θεωρούνταν δημόσια λάθη και τιμωρούνταν με θάνατο ή ακρωτηριασμό και την κατάσχεση της περιουσίας του δράστη από το Στέμμα.³

Το 1583 η υπόθεση του Somerville αποτελεί το πρώτο περιστατικό όπου το δικαστήριο κλήθηκε να απαντήσει στο ερώτημα αν η στάση σιωπής που υιοθέτησε κατά τη διάρκεια της δίκης του οφειλόταν σε πραγματική ή υποτιθέμενη τρέλα.

Κάποια χρόνια αργότερα, υπήρξε η πρώτη επίσημη άποψη από τον Άγγλο δικηγόρο Sir Mathew Hale για την αναβολή της δίκης σε περίπτωση τρέλας. Τέλος, η περίπτωση Dyle το 1756 στην Αγγλία πιθανόν να αντιπροσωπεύει την πρωταρχική αναγνώριση της σύγχρονης μορφής για την ικανότητα του καταλογισμού, καθώς ήταν η πρώτη φορά που ένας συνήγορος έθεσε στο δικαστήριο τον προβληματισμό του σχετικά με την ικανότητα του κατηγορούμενου να παρακολουθήσει, να σκεφθεί τα στοιχεία, ή να θυμηθεί ό,τι έχει ακούσει.⁷

Αν και η βασική κατεύθυνση εκείνης της περιόδου αναφερόταν στην ύπαρξη «μη φυσιολογικού εγκεφάλου» (not of sane mind), ο όρος τρέλα (παράνοια) περιελάμβανε ό,τι ήταν γνωστό ως ψυχική βλάβη και ψυχική νόσος χωρίς κάποια διάκριση μεταξύ μαθησιακών διαταραχών, σωματικής ή ψυχικής νόσου. Έτσι, σύμφωνα με τον Criminal Lunatics Act του 1800, οι κατηγορούμενοι που δεν είχαν ικανότητα καταλογισμού ήταν όσοι κρίθηκαν παράφρονες κατά την κλήση για απόδοση κατηγοριών στο δικαστήριο και κρατούνταν απερίοριστα. Εκείνοι οι οποίοι είχαν ικανότητα καταλογισμού, αλλά οι πράξεις τους ως κατηγορούμενοι ήταν αποτέλεσμα της τρέλας τους, ορίζονταν ως «ένοχοι αλλά παράφρονες» (guilty but in sane), που επίσης κρατούνταν απερίοριστα.^{7,8}

Αυτή η σημαντική σύνδεση μεταξύ όσων είχαν ικανότητα καταλογισμού αλλά είχαν διαπράξει μια πράξη λόγω

παραφροσύνης και εκείνων που δεν είχαν, οδήγησε στην κοινή κατηγοριοποίησή τους ως «παράφρονες εγκληματίες» (criminal lunatics). Σταδιακά, επικράτησε ο όρος ακαταλόγιστος, καθώς διαφάνηκε ότι η «παραφροσύνη κατά την παραπομπή για δίκη» (insane on arraignment) περιελάμβανε όσους ήταν ανίκανοι να έχουν καταλογισμό και να σταθούν στη δίκη, αλλά και όσους ήταν παράφρονες κατά τη χρονική στιγμή του φερόμενου αδικήματος.³

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ), η ικανότητα του καταλογισμού αφορά στην «ικανότητα του εναγόμενου να σταθεί στη δίκη». Στην πορεία η έμφαση δόθηκε σε δύο λειτουργικές ικανότητες, αυτή της γνωστικής ικανότητας κατανόησης των νομικών εννοιών και εκείνη της θέλησης να χρησιμοποιεί ο κατηγορούμενος τις πληροφορίες με κατάλληλο τρόπο, υποστηρίζοντας την υπεράσπισή του σε νομικό περιβάλλον.⁹

Στον Καναδά, ο ποινικός κώδικας επιτρέπει την αναβολή της δίκης στην περίπτωση που ο κατηγορούμενος θεωρηθεί ακαταλόγιστος εξ αιτίας ψυχικής διαταραχής, ή είναι ανίκανος να αντιληφθεί τη φύση και το αντικείμενο των διαδικασιών, να κατανοήσει τις πιθανές συνέπειες της διαδικασίας ή να επικοινωνήσει με τους συνηγούς.⁹

Στην Αυστραλία, προκειμένου να κριθεί η ικανότητα καταλογισμού θα πρέπει να πληρούνται κάποια κριτήρια, όπως ο κατηγορούμενος να αντιλαμβάνεται και να αποδέχεται την κατηγορία, να κατανοεί γενικά τη φύση της διαδικασίας, να παρακολουθεί την πορεία των διαδικασιών, να είναι σε θέση να ασκήσει έφεση, να μπορεί να συμμετέχει στην προσπάθεια υπεράσπισής του, προσκομίζοντας κάθε απαραίτητη και αναγκαία πληροφορία ή αποδεικτικό στοιχείο στο δικαστήριο.³

Στη Νέα Ζηλανδία, στον κώδικα ποινικής δικαιοσύνης αναφέρεται ότι ένα άτομο τελεί «υπό καθεστώς αναπηρίας» (under a disability) όταν εξ αιτίας ψυχικής διαταραχής δεν είναι ικανό για καταλογισμό, δεν μπορεί να αντιληφθεί τη φύση του σκοπού των διαδικασιών ή είναι ανίκανο να επικοινωνήσει επαρκώς με τον συνηγόρο για την υπεράσπισή του.³

Στο ελληνικό ποινικό δίκαιο, οι όροι που σχετίζονται με την υποκειμενική ευθύνη είναι ο καταλογισμός και η ενοχή. Ως καταλογισμός νοείται η κρίση ότι το άτομο έχει την υποκειμενική ευθύνη του αδικήματος που διέπραξε και εκφράζει την ενέργεια του κρίνοντος προσώπου και το αποτέλεσμα της, τη μομφή. Η έννοια της ενοχής αποτελεί το αντικείμενο του καταλογισμού, δηλαδή την ψυχική στάση του δράστη έναντι της συγκεκριμένης πράξης.¹⁰

Προϋποθέσεις καταλογισμού θεωρούνται: (α) Η υπαιτιότητα του δράστη με τη μορφή δόλου (άρθρο 26 του

Ποινικού Κώδικα [ΠΚ]), ή με τη μορφή ελαφριάς ή βαριάς αμέλειας (άρθρο 28 του ΠΚ), (β) η ανυπαρξία λόγων συγγνώμης, και (γ) η ικανότητα για καταλογισμό (ακαταλόγιστο) (άρθρα 33, 69, 70 του ΠΚ).

4. ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΚΑΤΑΛΟΓΙΣΤΟΥΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στη χώρα μας, ο ΠΚ στα άρθρα 34 και 36 προσδιορίζει τα κριτήρια για τον χαρακτηρισμό ενός ασθενούς ως ακαταλόγιστου, ενώ στα άρθρα 69 και 70 περιλαμβάνονται οι διατάξεις που αφορούν στη φύλαξη και στη διάρκεια αυτής.

Σύμφωνα με το άρθρο 34 του ΠΚ, ο δράστης μετά τη διάπραξη της αξιόποινης πράξης συλλαμβάνεται με την κατηγορία της αξιόποινης πράξης που διέπραξε, αλλά «η πράξη δεν καταλογίζεται στον δράστη αν κατά τη διάρκεια της διάπραξής της ο δράστης, λόγω νοσηρής διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών ή διατάραξης συνείδησης, δεν είχε την ικανότητα να αντιληφθεί το άδικο της πράξης του ή να ενεργήσει σύμφωνα με την αντίληψή του για το αδίκημα αυτό».

Στη συνέχεια, ζητείται η συνδρομή πραγματογνώμονα-ψυχιάτρου, ο οποίος, σύμφωνα με τις αρχές της Ψυχιατροδικαστικής, διενεργεί έρευνα προκειμένου να αποφανθεί εάν το άτομο αυτό είναι πράγματι ψυχικά διαταραγμένο, αν θεωρείται επικίνδυνο και κατά πόσο θεωρείται πιθανή η αποθεραπεία του.¹¹ Ο δικαστής, λαμβάνοντας υπ' όψη αυτή την εκτίμηση, αποφασίζει, τελικά, αν ο κατηγορούμενος είχε επίγνωση της κατάστασης την ώρα που προέβη στην αξιόποινη πράξη.¹²

Αφού αναγνωριστεί στον κατηγορούμενο το ακαταλόγιστο της πράξης, ο δράστης δεν διώκεται για το αδίκημα, αλλά αθώνεται. Όμως, σύμφωνα με το άρθρο 69 του ΠΚ «αν κάποιος λόγω νοσηρής διατάραξης των πνευματικών του λειτουργιών απαλλάχθηκε από την ποινή για κακούργημα ή πλημμέλημα, για το οποίο ο νόμος ορίζει ποινή άνω των 6 μηνών, το δικαστήριο διατάσσει τη φύλαξή του σε δημόσιο θεραπευτικό κατάστημα, εφόσον κρίνει ότι είναι επικίνδυνος για τη δημόσια ασφάλεια».¹³ Η διάρκεια φύλαξης του ατόμου στο εκάστοτε ψυχιατρείο δεν καθορίζεται με συγκεκριμένο διάστημα, αλλά κατά το άρθρο 70 του ΠΚ «για όσο χρόνο το επιβάλλει η δημόσια ασφάλεια», επισημαίνοντας ότι «κάθε 3 χρόνια το δικαστήριο αποφασίζει αν η φύλαξη θα εξακολουθήσει» και προσθέτει ότι «το ίδιο δικαστήριο μπορεί, όμως, οποτεδήποτε, με αίτηση του εισαγγελέα ή της διεύθυνσης του καταστήματος να διατάξει την απόλυση εκείνου που φυλάσσεται».¹⁴

Το τελευταίο σχετικό άρθρο (70 ΠΚ), καθώς ορίζει την «αόριστη φύλαξη» των ακαταλόγιστων ασθενών, είναι αυτό που με την ασάφειά του καθιστά την έξοδό τους από τις

ψυχιατρικές μονάδες σχεδόν αδύνατη, καθώς δίνει έμφαση στη «μείωση» της επικινδυνότητας και όχι στην αποθεραπεία του ατόμου.

Επιπρόσθετα, στο άρθρο 1 του Σωφρονιστικού Κώδικα (Ν 2776/1999) αναφέρεται ότι «ο ακαταλόγιστος ψυχικά ασθενής ο οποίος νοσηλεύεται σε ψυχιατρικό νοσοκομείο θεωρείται κρατούμενος και έχει τα ίδια δικαιώματα με τους υπόλοιπους ποινικούς κρατούμενους που βρίσκονται σε φυλακές».¹³

5. ΑΚΑΤΑΛΟΓΙΣΤΟΙ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

5.1. Αποτύπωση στοιχείων

Η αποτύπωση των στοιχείων περιέλαβε την καταγραφή δεδομένων από τα τρία ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας κατά την περίοδο του Μαΐου 2016 έως και τον Φεβρουάριο 2017.

Ειδικότερα, το σύνολο των ακαταλόγιστων ψυχικά ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην Ελλάδα τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο ανήλθε στα 155 άτομα. Από αυτά, η πλειοψηφία ήταν άνδρες (n=134) και 21 γυναίκες. Ο μέσος όρος (ΜΟ) ηλικίας τους ανερχόταν στα 49,7 έτη με ΜΟ

παραμονής στα νοσοκομεία ως ακαταλόγιστοι τα 11 έτη, ενώ ο ΜΟ ηλικίας διάπραξης του πρώτου αδικήματος ήταν τα 37,7 έτη. Σ' ό,τι αφορά στις διαγνωστικές κατηγορίες, η σχιζοφρένεια εμφανίστηκε σε ποσοστό 86,4% και ακολούθησε η διαταραχή προσωπικότητας με 10,9%. Σχετικά με τις αξιόποινες πράξεις, η ανθρωποκτονία καταγράφηκε σε ποσοστό 52,9%, η απόπειρα ανθρωποκτονίας σε 20,6%, ο εμπρησμός σε 9,7%, ενώ ένα ποσοστό 16,8% των ασθενών διέπραξε διαφόρων τύπων αδικήματα, όπως ληστεία, αποπλάνηση/ασέλγεια ανηλίκου, φθορά δημόσιας υπηρεσίας, πρόκληση βαριάς σωματικής βλάβης κ.ά. Τέλος, σε σχέση με το θύμα, προέκυψαν στοιχεία μόνο για τους 142 ασθενείς (91,6% του συνόλου), με το 42,2% των ασθενών να επιτίθεται σε συγγενικό πρόσωπο πρώτου και δευτέρου βαθμού, το 28,3% σε κάποιο τρίτο πρόσωπο και το 10,5% σε κάποιον άγνωστο (πίν. 1).

5.2. Ανάλυση ευρημάτων

5.2.1. Το φύλο. Αναφορικά με το φύλο, όπως υποστηρίζεται στη βιβλιογραφία, οι άνδρες ψυχικά ασθενείς παρουσιάζουν πιο υψηλά ποσοστά επικινδυνότητας για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς σε σχέση με τις γυναίκες.¹⁵ Ωστόσο,

Πίνακας 1. Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά ακαταλόγιστων ψυχικά ασθενών.

Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά		ΨΝΑ «Δαφνί»		Δρομοκαϊτειο		ΨΝΘ	
		n=93	(%)	n=13	(%)	n=49	(%)
Φύλο	Άρρεν	85	91,4	7	53,9	42	85,7
	Θήλυ	8	8,6	6	46,1	7	14,3
Ηλικία – μέση τιμή (SD)		49,5		46,8		52,8	
Παραμονή (ΜΟ σε έτη)		10,6		10,0		12,6	
Διάγνωση	Σχιζοφρένεια	86	92,5	11	84,7	37	75,5
	Διαταραχές προσωπικότητας	3	3,2	2	15,3	12	24,5
	Διπολική διαταραχή	1	1,0				
	Άλλη διαταραχή	3	3,2				
Ποινικά αδικήματα	Ανθρωποκτονία	51	54,8	6	46,2	25	51,0
	Απόπειρα ανθρωποκτονίας	22	23,6	2	15,4	8	16,3
	Εμπρησμός	9	9,7	2	15,4	4	8,27
	Άλλο	11	11,9	3	23,0	12	20,4
Ηλικία πρώτου αδικήματος		36,9		**		38,6	
Επαφή με οικογενειακό περιβάλλον	Ναι	20		**		34	69,4
	Όχι/δεν βρέθηκαν στοιχεία	73		**		15	30,6
Θύμα*	Συγγενικό πρόσωπο α' και β' βαθμού	36	49,3	**		24	51,0
	Τρίτο πρόσωπο	22	30,1	**		9	18,3
	Άγνωστος	15	20,5	**		–	

*Δεν αφορά σε περιπτώσεις εμπρησμού και λοιπών αδικημάτων, στα οποία δεν υπήρξε θύμα. **Δεν βρέθηκαν στοιχεία

ΜΟ: Μέσος όρος, SD: Standard deviation (τυπική απόκλιση), ΨΝΑ: Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών, ΨΝΘ: Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

αυτό δεν σημαίνει ότι οι γυναίκες δεν παραβατούν ή δεν εκδηλώνουν βίαιη συμπεριφορά, αλλά η συμπεριφορά τους αυτή καταγγέλλεται ή καταγράφεται επίσημα σπανιότερα από εκείνη των ανδρών.¹⁶

Ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι άνδρες είναι περισσότερο επιρρεπείς στην έκφραση ετεροκατευθυνόμενης βίαιης συμπεριφοράς, ενώ οι γυναίκες στην αυτοκατευθυνόμενη, ή εκδηλώνουν συμπεριφορά βιαιότερη από αυτές, ενώ ειδικά μεταξύ των ψυχιατρικών ασθενών είναι πιθανόν οι άνδρες και οι γυναίκες να έχουν παρόμοια ποσοστά βίας.^{9,17} Ωστόσο, αρκετοί ερευνητές αναφέρουν ότι δεν βρήκαν διαφορά στο φύλο.¹⁸

Σ' ό,τι αφορά στην εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς στην κοινότητα μετά τη θεραπεία, οι άνδρες ασθενείς βρέθηκε ότι παρουσιάζουν τέσσερις φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να εκδηλώσουν οποιαδήποτε μορφή επιθετικότητας απ' ό,τι οι γυναίκες. Μια πιθανή εξήγηση γι' αυτή τη διαφορά είναι ότι η βία που εκδηλώνουν οι γυναίκες στην κοινότητα είναι λιγότερο εμφανής, πιο απροσδιόριστη ή χειριστική στο πλαίσιο κυρίως της ενδοοικογενειακής βίας ή της παιδικής κακοποίησης. Ερευνητικές μελέτες έχουν καταδείξει ότι η ενδοοικογενειακή βία που εκδηλώνεται από τις γυναίκες είναι υψηλότερη εκείνης που εκδηλώνουν οι άνδρες. Φαίνεται ότι η ενδοοικογενειακή βία απασχολεί πολύ λιγότερο το νομικό σύστημα απ' ό,τι η βία που επιτελείται σε κάποιον δημόσιο χώρο, γεγονός που εκφράζεται συχνότερα από τους άνδρες.¹⁶

Πολλοί ερευνητές ενισχύουν αυτή την άποψη υποστηρίζοντας ότι η βία των γυναικών είναι κυρίως αντιδραστική, μη σεξουαλική και χωρίς χρήση όπλων, ενώ εμφανίζεται συχνότερα εντός της οικίας.^{19,20}

5.2.2. Η διάγνωση. Οι ψυχωτικές διαταραχές και οι διαταραχές προσωπικότητας είναι κάποιες από τις διαταραχές που συνδέονται με την εμφάνιση της επικινδυνότητας, ιδίως σε περιπτώσεις σχιζοφρένειας, κυρίως παρανοειδούς ή κατατονικού τύπου, ειδικά σε περιπτώσεις όπου ο ασθενής δεν εμφανίζει συμμόρφωση στη θεραπεία.²¹ Ειδικότερα υποστηρίζεται ότι μεταξύ των κλινικών παραγόντων, ορισμένες διαγνώσεις του άξονα I και II σχετίζονται με τον κίνδυνο της βίας, όπως και συγκεκριμένες ομάδες συμπτωμάτων. Οι διαγνώσεις του άξονα I είναι ψυχωτικές διαταραχές όπως σχιζοφρένεια, ιδιαίτερα όταν υπάρχει παράνοια και επιτακτικές ψευδαισθήσεις, μανία, μείζων κατάθλιψη, και διαταραχές οφειλόμενες στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών (substance use disorders). Στον άξονα II μεγαλύτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας και η μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας.⁹

Άτομα με παρανοειδή μορφή σχιζοφρένειας, κατά κύριο

λόγο, όταν βρίσκονται στην ενεργό φάση των συμπτωμάτων τους (παραλήρημα/ψευδαισθήσεις) φαίνεται να ευθύνονται για σοβαρά εγκλήματα. Ειδικότερα, διαπιστώθηκε ότι τα ψυχωτικά άτομα που εγκλημάτησαν παρουσίαζαν ψευδαισθήσεις καθ' όλη τη διάρκεια διεξαγωγής του εγκλήματος, καθώς και κατά την προσαγωγή και τη φυλάκισή τους.^{22,23} Επί πλέον, διατυπώθηκε η άποψη ότι η ανθρωποκτονία αποτελεί πρόωρο χαρακτηριστικό της σχιζοφρένειας και πως πρόκειται για αντίδραση στα πρωτόγνωρα αρνητικά συναισθήματα που κατακλύζουν το άτομο λίγο πριν βρεθεί στην ολοκληρωτική απορρύθμιση της λειτουργικότητάς του λόγω της νόσου του. Έτσι, ο φόνος που προκαλείται από τους ασθενείς βοηθά στην αποτροπή της απορρύθμισης, αφού μετριάζει την ένταση των συναισθημάτων.²⁴

Σε έρευνα στο Ηνωμένο Βασίλειο, σε σύνολο 295 ακαταλόγιστων ασθενών, βρέθηκε ότι το 88% ήταν άνδρες, με ΜΟ ηλικίας τα 35,7 έτη, με τα 2/3 να έχουν προηγούμενο ιστορικό παραβατικών πράξεων. Οι περισσότεροι από τους μισούς είχαν προηγούμενη διάγνωση σχιζοφρένειας, όπου το 30% αυτών είχε νοητική υστέρηση ή κάποια εγκεφαλική βλάβη.²⁵

Όπως επισημαίνεται σε μελέτες, άτομα με σχιζοφρένεια βρέθηκαν να είχαν εμπλακεί πριν από την πρώτη νοσηλεία τους σε αξιόποινες πράξεις, με στόχο κάποιον τρίτο, σε ποσοστό 20%. Επίσης παρατηρήθηκε ότι τα εν λόγω άτομα διέπραξαν παραβατικές πράξεις, σε φάσεις της νόσου με οξύτητα θετικών συμπτωμάτων, όπως παραληρητικές δοξασίες απειλούμενης προσβολής της ατομικής ασφάλειας, της αξιοπρέπειας και της ατομικότητας της προσωπικής ζωής, διαταραγμένη αυτοεκτίμηση, καθώς και παραληρητικές ιδέες ερωτικού βίου.²⁶

Τέλος, αναφέρεται ότι οι ψυχικά ασθενείς που διαπράττουν ανθρωποκτονία, ως επί το πλείστον έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια κυρίως παρανοειδούς τύπου (>50% των ασθενών), είναι στη συντριπτική τους πλειοψηφία άνδρες, άγαμοι (σχεδόν 60%), νεαρής σχετικά ηλικίας, ήταν άνεργοι κατά την περίοδο τέλεσης του αδικήματος και με σχετικά χαμηλό μορφωτικό και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Τις περισσότερες φορές, η διάπραξη ανθρωποκτονίας δεν είναι η πρώτη εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς από τα συγκεκριμένα άτομα. Σε ποσοστό 70% των ασθενών έχουν προηγηθεί και άλλες βίαιες εκδηλώσεις.²⁷

5.2.3. Η συννοσηρότητα. Σε σχέση με τη συννοσηρότητα, οι περισσότερες μελέτες αναφέρουν ότι η συνύπαρξη δύο διαγνωστικών κατηγοριών αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης επικίνδυνης συμπεριφοράς, ειδικά εάν η μία από τις δύο ανήκει στον άξονα II (διαταραχή προσωπικότητας).

5.2.4. Η συγγενική σχέση θύτη-θύματος. Αναφορικά με τη συγγένεια θύτη-θύματος, δύο είναι οι κύριες απόψεις που

επικρατούν και προκύπτουν και μέσω της βιβλιογραφίας. Η πρώτη συνδέει την εγκληματική ενέργεια με το κορυφαίο στάδιο της ψύχωσης, στο οποίο ο δράστης αποφασίζει το θύμα του με τυχαίο τρόπο, ενώ η δεύτερη συνδέει την εγκληματική ενέργεια με τα αντίθετα συναισθήματα που βιώνει ταυτόχρονα το σχιζοφρενικό άτομο για τα πρόσωπα της οικογένειάς του.

Σ' ό,τι αφορά στην πρώτη άποψη, οι ερευνητές αναφέρουν ότι η εγκληματική ενέργεια προκαλείται από αρνητικά συναισθήματα εξαναγκασμού, τα οποία ωθούν το άτομο να ξεσπάσει την πίεση που αισθάνεται χωρίς συγκεκριμένο προσανατολισμό. Η εγκληματική ενέργεια λαμβάνει χώρα λόγω της απορρύθμισης της ομαλής λειτουργίας της σκέψης. Επομένως, εκτιμάται ότι τα αποτελέσματα της εν λόγω απορρύθμισης υφίστανται τα άτομα που συμβιώνουν με τον ασθενή, καθώς είναι πιο πιθανό να παρευρίσκονται την ώρα της ξαφνικής επιδείνωσης.²⁸⁻³⁰

Σχετικά με τη δεύτερη άποψη, επισημαίνεται ότι αυτός που κατά κύριο λόγο ενδέχεται να υποστεί εγκληματική ενέργεια θα είναι «ο πλέον αγαπητός» για το άτομο που νοσεί από σχιζοφρένεια ή θεωρείται δεδομένο ότι ο αποδέκτης των εγκληματικών πράξεων θα είναι το άτομο για το οποίο ο ασθενής νιώθει ταυτόχρονα συναισθήματα αγάπης και μίσους.^{31,32}

Στις περιπτώσεις που το θύμα είναι κάποιο τρίτο άτομο εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς φαίνεται ότι ο δράστης μπορεί να επιτεθεί σε παραπάνω από ένα άτομα, συνήθως σε αυτό που στοχεύει, αλλά και σε άλλους οι οποίοι ενδέχεται να βρίσκονται εκεί. Συνήθως, μιας και αυτές οι επιθέσεις λαμβάνουν χώρα εκτός της κατοικίας του ασθενούς, η επίθεση παραμένει στην απόπειρα.²⁷

Οι ψυχωτικοί ασθενείς με παραβατική συμπεριφορά φαίνεται να χωρίζονται σε δύο τύπους: (α) Σε ασθενείς με διωκτικές συνήθως παραληρητικές πεποιθήσεις χωρίς προηγούμενο ιστορικό επιθετικότητας, που για πρώτη φορά επιτίθενται σε κοντινό τους πρόσωπο και έχουν εικόνα «ασθενούς» και (β) σε ασθενείς με περισσότερο αποδιοργανωτικά συμπτώματα, οι οποίοι έχουν ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς ή και κατάχρησης ουσιών. Η δεύτερη κατηγορία συναντάται συχνότερα, αλλά η πρώτη είναι αυτή που αντιπροσωπεύει τους ανθρωποκτόνους.²⁶

Τέλος, ερευνητές υποστηρίζουν ότι είτε ο δράστης πάσχει από κάποια ψυχιατρική διαταραχή είτε όχι, την επιθετική πράξη είναι περισσότερο συνηθισμένο να βιώσει ένα γνώριμο άτομο και ιδιαίτερα ένα άτομο από το οικογενειακό του περιβάλλον. Συγκεκριμένα, άτομα τα οποία πάσχουν από ψυχιατρική διαταραχή είναι πιθανόν να εκδηλώσουν επιθετική συμπεριφορά σε ένα οικογενειακό περιβάλλον που θα τους ασκεί πίεση, άγχος και δεν θα τους προσφέρει

την επιθυμητή συναισθηματική ενίσχυση.¹⁹ Και σε άλλες μελέτες διατυπώθηκε ότι τα ψυχικά διαταραγμένα άτομα και ιδίως τα σχιζοφρενικά ενδέχεται να προκαλέσουν κινδύνους σε άτομα που προέρχονται από το οικογενειακό τους περιβάλλον και όχι σε άτομα εκτός αυτού.³³⁻³⁵

5.2.5. Η ηλικία διάπραξης πρώτου αδικήματος. Σ' ό,τι αφορά στην ηλικία διάπραξης του πρώτου αδικήματος υποστηρίζεται ότι οι νεότεροι, ηλικίας μέχρι τα 40 έτη, εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά, ενώ η τάση αυτή περιορίζεται από την ηλικία των 50 και άνω.³⁶ Ο ΜΟ παραμονής στα νοσοκομεία έχει υπολογιστεί από την εισαγωγή του ασθενούς μετά την εκδίκαση της υπόθεσής του και τον χαρακτηρισμό του ως ακαταλόγιστου, ενώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι σε πολλές περιπτώσεις ορισμένοι από αυτούς τους ασθενείς έχουν παραμείνει για μεγάλα χρονικά διαστήματα σε κάποια σωφρονιστικά καταστήματα της χώρας, μέχρι να μεταφερθούν σε ένα από τα τρία ψυχιατρεία.

5.2.6. Το φονικό όπλο. Ως φονικό όπλο χρησιμοποιείται το μαχαίρι σε ποσοστό 40%.²⁷ Η εύκολη πρόσβαση σε κάποιο επικίνδυνο μέσο βρέθηκε να σχετίζεται με πιο υψηλά ποσοστά απόπειρας και εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς.¹⁶ Η πρόσβαση σε πυροβόλα ή άλλα όπλα υποστηρίζεται ότι αποτελεί ισχυρό δείκτη κινδύνου και σε άλλες ερευνητικές μελέτες.^{37,38}

6. ΚΡΙΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΦΥΛΑΞΗΣ ΤΩΝ ΑΚΑΤΑΛΟΓΙΣΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η έλλειψη ικανότητας καταλογισμού έχει οδηγήσει πολλά άτομα με ψυχικά προβλήματα που διέπραξαν κάποια αξιόποινη πράξη, στην υποχρεωτική και αόριστη φύλαξή τους σε ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Η τακτική αυτή κρίνεται πλέον, αφ' ενός δυσανάλογη ως προς τη σοβαρότητα του φερόμενου αδικήματος και αφ' ετέρου ακατάλληλη για θεραπευτικούς λόγους. Η σύγχρονη πραγματικότητα ορίζει ότι αναφορικά με τα κριτήρια περί ικανότητας καταλογισμού, απαιτούνται τροποποιήσεις που να καθιστούν τη διαδικασία περισσότερο ευέλικτη και συνεπή με τη νομοθεσία για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Παράλληλα, στην προσπάθεια αυτή θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται όλα τα νέα δεδομένα, ως προς τη θέση του κατηγορούμενου, καθώς και οι εξελίξεις στην ψυχιατρική και στη νομική επιστήμη.

Επισημαίνεται δε ότι το σημαντικό έργο των ειδικών αναφορικά με την ικανότητα για καταλογισμό είναι να φέρουν κοντά τις δύο επιστήμες, Νομική και Ψυχιατρική, να συνεργαστούν, να καθορίσουν από κοινού την έννοια της ικανότητας και τις απαιτούμενες ιδιότητες και, τέλος, να αναπτύξουν αμοιβαία κατανόηση ως προς τη διατύπωση και τη διαδικασία.³

Αυτό που ισχύει σήμερα για τη διαχείριση ενός ακαταλόγιστου ψυχικά ασθενούς (άρθρο 69 του ΠΚ) στη χώρα μας προβλέπει ότι το δικαστήριο διατάσσει τη φύλαξή του σε δημόσιο θεραπευτικό κατάστημα εφόσον κρίνει ότι είναι επικίνδυνος για τη δημόσια ασφάλεια. Πρέπει όμως να σημειωθεί ότι δεν υπήρξε ποτέ δημόσιο θεραπευτικό κατάστημα που να λειτουργεί συνδυάζοντας ειδικές θεραπευτικές προδιαγραφές μαζί με όρους φύλαξης. Ακόμη και το τμήμα των ακαταλόγιστων του ΨΝΘ δεν πληροί τους όρους, βάσει του νόμου, του ειδικού θεραπευτικού καταστήματος. Συνεπώς, οι έγκλειστοι ακαταλόγιστοι ασθενείς νοσηλεύονται χωρίς διάκριση στα διάφορα τμήματα των ψυχιατρικών μαζί με όλους τους άλλους νοσηλεύομενους.

Η πρακτική αυτή που υιοθετείται έχει πολλές ασάφειες ως προς τον τρόπο εφαρμογής της. Βασικό χαρακτηριστικό είναι ότι ο ασθενής-δράστης βρίσκεται σε ένα «ιδιότυπο νομικό-ψυχιατρικό καθεστώς», σύμφωνα με το οποίο μειονεκτεί και σε σχέση με τον κοινό ποινικό κρατούμενο, αλλά και σε σχέση με έναν άλλο ασθενή ψυχιατρικής κλινικής.¹⁰ Ο ακαταλόγιστος ασθενής δεν εκτίει συγκεκριμένη ποινή, αλλά παραμένει έγκλειστος για απροσδιόριστο διάστημα. Δεν έχει δικαίωμα να ασκήσει έφεση στη δικαστική απόφαση και δεν μπορεί να καταφέρει μείωση της ποινής-φύλαξής του ή να προσβλέπει σε απονομή χάριτος. Επιπρόσθετα, η έξοδος του από το ψυχιατρείο φύλαξης δεν βασίζεται σε αντικειμενικά κριτήρια, όπως η νομοθεσία για την έκτιση της ποινής, αλλά επαφίεται στην κρίση για τον αποχαρακτηρισμό του από το δικαστήριο και από την κρίση του ψυχιάτρου. Η διαδικασία αποχαρακτηρισμού και εξιτηρίου προϋποθέτει την επιθυμία της οικογένειας να αναλάβει την ευθύνη της εξωνοσοκομειακής φροντίδας και τη μέριμνα του θεραπευτικού συνεχούς του ασθενούς. Η επιθυμία αυτή εκφράζεται ως αίτημα στην εισαγγελία για ορισμό δικασίμου, στην οποία απαιτείται η παρουσία του θεράποντος ψυχιάτρου, όπου γνωμοδοτεί περί της κατάστασης του ασθενούς και της δυνατότητάς του να συμμορφώνεται με τις θεραπευτικές κατευθύνσεις.

Άλλο ένα μειονέκτημα είναι ότι ο ακαταλόγιστος ασθενής δεν δικαιούται άδεια εξόδου, όπως ένας κοινός ψυχιατρικός ασθενής. Αξίζει να σημειωθεί ότι μόνο σε δύο περιπτώσεις το ελληνικό δίκαιο απαγορεύει τη χορήγηση άδειας, στους ενόχους εσχάτης προδοσίας και στους ακαταλόγιστους ψυχικά ασθενείς. Αυτό καθιστά ακόμη πιο δυσχερή την ενδεχόμενη επανένταξη του ατόμου στο κοινωνικό πλαίσιο. Ωστόσο, όπως αναφέρεται, οι ακαταλόγιστοι ασθενείς επιβάλλεται να έχουν δικαίωμα σε άδειες εξόδου ως μια μορφή θεραπευτικού μέσου και ως βοήθεια σταδιακής επανένταξης και ο ψυχίατρος οφείλει να τις χορηγεί, βασιζόμενος στην αρχή «των λιγότερων περιοριστικών μέτρων προς τον ασθενή».¹³

Η σημαντικότερη παρατήρηση έγκειται στο γεγονός ότι ο ακαταλόγιστος ασθενής παραμένει στο ψυχιατρείο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα απ' ό,τι ένας ποινικός κρατούμενος σε κάποιο σωφρονιστικό κατάστημα για το ίδιο αδίκημα και σαφώς μεγαλύτερο διάστημα από κάθε άλλον ασθενή ψυχιατρικού νοσοκομείου.^{10,39}

Όπως επισημαίνεται και από την Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (ΕΕΔΑ), τα άρθρα 69 και 70 του ΠΚ έρχονται σε αντίθεση με βασικές αρχές προστασίας των δικαιωμάτων του ανθρώπου, όπως αυτές έχουν κατοχυρωθεί από το Σύνταγμα, τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) και το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Βασική παρατήρηση της ΕΕΔΑ, μεταξύ άλλων, είναι οι «προβληματικές» διατάξεις των άρθρων 69 και 70 του ΠΚ σχετικά με τον εγκλεισμό των ασθενών για όσο διάστημα επιβάλλει η δημόσια ασφάλεια, γεγονός που προάγει σαφώς τη ρύθμιση μέτρων ασφαλείας και όχι τη θεραπεία του ασθενούς. Με τον τρόπο αυτόν παραβλέπεται η ψυχική κατάσταση των ακαταλόγιστων ασθενών, η οποία θα έπρεπε να είναι και βασικός πυρήνας της θεραπευτικής προσέγγισης, και όχι η φύλαξη που καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό μόνο από την αξιόποινη πράξη την οποία τέλεσε το άτομο.⁴⁰

Ο Συνήγορος του Πολίτη, από την άλλη πλευρά, αναφέρεται στην αντίφαση της θεραπευτικής με την περί φυλάκισης αντιμετώπιση στις περιπτώσεις των ακαταλόγιστων ασθενών σε σχέση με τη φύλαξη των ατόμων αυτών από το νοσηλευτικό προσωπικό, στο οποίο μπορεί να αποδοθούν ευθύνες σε περιπτώσεις αποδράσεων. Φαίνεται δηλαδή ότι σε πολλές περιπτώσεις το νοσηλευτικό προσωπικό επωμίζεται και ευθύνες «φύλακα» του ακαταλόγιστου ασθενούς, χωρίς να είναι αυτός ο ρόλος του.⁴¹

Αξιοσημείωτη είναι επίσης και η διαπίστωση ότι ο χρόνος παραμονής των ακαταλόγιστων ασθενών στα ψυχιατρεία δεν σχετίζεται με τη διάγνωση ή τον χρόνο αποθεραπείας τους, αλλά βρίσκεται σε απόλυτη συνάρτηση με τη σοβαρότητα του αδικήματος που διέπραξαν. Επίσης, παρατηρείται ότι οι δικαστές απορρίπτουν συχνότερα αιτήματα για αποχαρακτηρισμό ακαταλόγιστων ασθενών που διέπραξαν σοβαρά αδικήματα.¹⁰

Απάντηση σε όλα όσα προαναφέρονται επιχειρεί να δώσει το νομοσχέδιο «Μέτρα θεραπείας ατόμων που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής» των Υπουργείων Υγείας και Δικαιοσύνης. Στο συγκεκριμένο νομοσχέδιο προβλέπονται μεταξύ άλλων η θεσμοθέτηση δομών και διαδικασιών «διαβαθμισμένης επικινδυνότητας», η δημιουργία ειδικού τμήματος σε δημόσιο ψυχιατρείο ή γενικό νοσοκομείο με λίγες κλίνες, υπό την εποπτεία εισαγγελέα, το οποίο θα στελεχώνεται κυρίως

από ψυχιάτρους, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους κ.ά. Το προσωπικό προβλέπεται να εκπαιδευτεί στις ιδιαίτερες και εξειδικευμένες ανάγκες που υπαγορεύει η λειτουργία της δομής αυτής.

Στο εν λόγω νομοσχέδιο προβλέπονται επίσης η παροχή δυνατότητας υποχρεωτικής θεραπείας και ψυχιατρικής παρακολούθησης στα εξωτερικά ιατρεία, από κέντρα ψυχικής υγείας ή κινητές μονάδες, η αντικατάσταση του εγκλεισμού στο «ειδικό τμήμα» του νοσοκομείου, ανάλογα με την περίπτωση του αδικήματος, από την «υποχρεωτική θεραπεία», η χορήγηση θεραπευτικών αδειών, μετά την έγκριση του αρμόδιου εισαγγελέα και η ανανέωση της χρονικής διάρκειας παραμονής, ανάλογα με την εκάστοτε δικαστική απόφαση και η συνέχισή της επ' αόριστο υπό τη μορφή «υποχρεωτικής θεραπείας».

Καθίσταται σαφές ότι το νομοσχέδιο αυτό έρχεται να καλύψει σημαντικά κενά και ελλείψεις στην υφιστάμενη

κατάσταση των ακαταλόγιστων ψυχικά ασθενών στη χώρα μας. Περικλείει εμπειρία και προτάσεις ετών, από επαγγελματίες ψυχικής υγείας στο συγκεκριμένο πεδίο, στην προσπάθειά τους να περιορίσουν την ανεξέλεγκτη και διοικητικού τύπου διαχείριση των ακαταλόγιστων ασθενών.

Με την εφαρμογή του εν λόγω νομοσχεδίου μένει να αποδειχθεί και στην πράξη η πρόθεση των ειδικών να εγκαταλειφθεί η τρέχουσα αντίληψη περί φυλάκισης και να προστατευτούν οι θεραπευτικοί όροι και τα δικαιώματα των ακαταλόγιστων ψυχικά ασθενών.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Οι συγγραφείς θα ήθελαν να ευχαριστήσουν θερμά τους Μαρία Ιωακειμίδου, Πολυξένη Κωνσταντινίδου, Μαρία Μαρκοπούλου και Ιωάννη Ριζάβα, για τη βοήθειά τους στη συλλογή των στοιχείων από τα τρία ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας.

ABSTRACT

The current situation in Greece concerning mental health patients who are unfit to plead according to article 69 of the Greek penal code

S. MARTINAKI,¹ Ch. ASIMOPOULOS,² A. PAPAIOANNOU,¹ P. ANTONAKAKI,² E. MAGIROPOULOU²

¹First Psychiatric Clinic, "Eginitio" Hospital, School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, ²Department of Social Work, Athens University of Applied Sciences, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2018, 35(5):671–679

For decades, and even up to the middle of the 20th century, basic psychiatric practice in Greece resulted in the incarceration and repression of people with mental health problems who manifested suicidal behavior or violence towards others. A special category is that of mental health patients who have committed a serious criminal offense (homicide, attempted homicide, destruction of the property of others, theft, etc.). It is necessary in these cases to make an initial assessment of their mental state and diagnose their mental disorder, in order to judge their ability to stand trial, facing criminal charges or examination of their responsibility in the eyes of the law. The lack of the capacity to participate in or understand the judicial proceedings identifies certain patients as "unfit to plead", and in Greece they are "kept" in one of three psychiatric hospitals: "Dafni" Psychiatric Hospital of Attica, "Dromokaitio" Psychiatric Hospital of Attica, and the Psychiatric Hospital of Thessaloniki. This paper presents in aggregate for the first time the data regarding the psychiatric patients who are unfit to plead according to article 69 of the Greek penal code. This special status quo is discussed under the question of whether compulsory custody is for the benefit of the patient, or an excuse for "public security". The present shortcomings and gaps in the legal/psychiatric management system are identified, and the expected changes of the new draft legislation are outlined, which is under consideration to make better provision for these patients.

Key words: Criminal justice, Fitness to plead, Mental disorder offenders, Mental health law

Βιβλιογραφία

1. ΜΑΛΑΙΝΟΣ ΦΠ. Επικινδυνότητα και ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: Η διαχείριση της «ακούσιας νοσηλείας» των ψυχικά πασχόντων. Διδακτορική διατριβή. Σχολή Κοινωνι-

κών Επιστημών και Ψυχολογίας, Τμήμα Κοινωνιολογίας/Τομέας Εγκληματολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα, 2016:143–179

2. ΑΣΗΜΟΠΟΥΛΟΣ Χ. *Η καθημερινή ζωή στο ψυχιατρείο. Μορφές ιδρυματισμού και ιδρυματικής κακοποίησης*. Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα, 2009:68–77
3. SHAH A. Making fitness to plead fit for purpose. *Int J Crim Sociol* 2012, 1:176–197
4. BEATTIE JM. *Crime and the courts in England 1660–1800*. Clarendon Press, Oxford, 1986
5. CROTTY HD. The history of insanity as a defense to crime in English criminal law. *Calif Law Rev* 1924, 12:105–123
6. BONNIE JR. The competence of criminal defendants: A theoretical reformulation. *Behav Sci Law* 1992, 10:291–316. Available at: <http://dx.doi.org/10.1002/bsl.2370100303>
7. ALLEN, KESAVARAJAH & MOSES. A crim R 376 at para 397, 1993. In: Shah A (ed) Making fitness to plead fit for purpose. *Int J Crim Sociol* 2012, 1:176
8. ΜΠΑΜΠΙΝΙΩΤΗΣ Γ. *Λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας*. Κέντρο Λεξικολογίας, Αθήνα, 2012
9. MILLER RD. Criminal competence. In: Rosner R (ed) *Principles and practice of forensic psychiatry*. Chapman & Hall, New York, 1994:174–197
10. ΣΚΑΡΑΓΚΑΣ Δ. Η άρση του καταλογισμού των ψυχικά διαταραγμένων παραβατών. *Τετράδια Ψυχιατρικής* 2003, 83:74–81
11. ΚΑΚΚΑΛΗΣ Π. Το ψυχικά πάσχον άτομο εμπρός στον ποινικό νόμο και στο δικαστή. Στο: Λειβαδίτης Μ (Επιμ.) *Επικινδυνότητα και Κοινωνική Ψυχιατρική*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1990:35–38
12. ΔΟΥΖΕΝΗΣ Α, ΛΥΚΟΥΡΑΣ Ε. Θέματα νόμου και Ψυχιατρικής. Στο: Παπαδημητρίου ΓΝ, Λιάππας ΙΑ, Λύκουρας Ε (Επιμ.) *Σύγχρονη Ψυχιατρική*. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2013:944–950
13. ΦΥΤΡΑΚΗΣ Ε. Χορηγείται άδεια σε ακατάλογο, κατ' άρ. 69 ΠΚ, ψυχικά ασθενή; *Ψυχιατρονομικά Σημειώματα* 2014, 7:10–12
14. ΚΟΤΣΑΛΗΣ Λ. *Εισαγωγή στη δικαστική Ψυχιατρική*. Εκδόσεις Α. Σάκκουλα, Αθήνα, 2002
15. ΛΥΚΟΥΡΑΣ Ε, ΔΟΥΖΕΝΗΣ Α. Η επικινδυνότητα της σχιζοφρένειας. *Ψυχιατρική* 2011, 22:105
16. MARTINAKI S, TSOPELAS C, PLOUMPIDIS D, DOUZENIS A, TZAVARA H, SKAPINAKIS P ET AL. Evaluation of dangerousness of Greek mental patients. *Psychiatriki* 2013, 24:185–196
17. MINUTOLO G, CANNANÒ D, PETRALIA A, GANDOLFO L, PALERMO F, AGUGLIA E. The aggression in SPDC: An observational study. Preliminary data. *Riv Psichiatr* 2010, 45:374–381
18. MAGDOL L, MOFFITT TE, CASPI A, NEWMAN DL, FAGAN J, SILVA PA. Gender differences in partner violence in a birth cohort of 21-year-olds: Bridging the gap between clinical and epidemiological approaches. *J Consult Clin Psychol* 1997, 65:68–78
19. MONAHAN J, STEADMAN HJ, SILVER E, APPELBAUM PS, ROBBINS PC, MULVEY EP ET AL. *Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence*. Oxford University Press, Oxford, 2001
20. MORETTI MM, CATCHPOLE RE, ODGERS C. The dark side of girlhood: Recent trends, risk factors and trajectories to aggression and violence. *Can Child Adolesc Psychiatr Rev* 2005, 14:21–25
21. ΦΩΤΙΑΔΟΥ Α, ΠΡΙΦΤΗΣ Φ, ΚΥΠΡΙΑΝΟΣ Σ. Απαντήσεις και συζητήσεις των ψυχικών διαταραχών και της κοινωνικής βίας. Βιβλιογραφική ανασκόπηση. *Εγκέφαλος* 2005, 42:57–61
22. TAYLOR PJ, GUNN J. Homicides by people with mental illness: Myth and reality. *Br J Psychiatry* 1999, 174:9–14
23. TAYLOR PJ, LEESE M, WILLIAMS D, BUTWELL M, DALY R, LARKIN E. Mental disorder and violence: A special (high security) hospital study. *Br J Psychiatry* 1998, 172:218–226
24. WILMANNNS K. Über Morde im Prodromalstadium der Schizophrenie. *Z Gesamte Neurol Psy* 1940, 170:583–662
25. GRUBIN DH. Unfit to plead in England and Wales, 1976–1988: A survey. *Br J Psychiatry* 1991, 158:540–548
26. ΜΟΥΡΙΚΗΣ Η, ΔΟΥΖΕΝΗΣ Α. Σχιζοφρένεια και έγκλημα/παραβατικότητα. Στο: Δουζένης Α, Λύκουρας Ε (Επιμ.) *Ψυχιατροδικαστική*. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2008:121–129
27. ΔΙΑΟΥΡΤΑ-ΤΣΙΤΟΥΡΙΔΗ Μ. Εγκλήματα κατά της ζωής. Στο: Δουζένης Α, Λύκουρας Ε (Επιμ.) *Ψυχιατροδικαστική*. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2008:75–87
28. PLANANSKY K, JOHNSON R. Homicidal aggression in schizophrenic men. *Acta Psychiatr Scand* 1977, 55:65–73
29. MARKVH, ERVINF FR. *Violence and the brain*. Harper & Row, New York, 1970:92–110
30. MONROE RR. *Episodic behavioral disorders*. Harvard University Press, Cambridge, 1970
31. HEUYER G. *Les troubles mentaux: Étude criminologique*. Presses Universitaires de France (PUF), Paris, 1968
32. ASHER J. Réflexions sur l'et at dangereux et le passage á l'acte. *Anna Medico* 1968, 126:434–436
33. GUTTMACHER M. *La psychologie du meurtrier*. Presses Universitaires de France (PUF), Paris, 1965
34. MCKNIGHT CK, MOHR JW, QUINSEY RE, EROCHKO J. Mental illness and homicide. *Canad Psychiatr Assoc J* 1996, 11:91–98
35. EAST N. *Medical aspects of crime*. J & A Churchill Ltd, London, 1936
36. WEBSTER CD, DOUGLAS KS, EAVES D, HART SD. HCR-20: Assessing risk of violence. Version 2. Simon Fraser University, Vancouver, 1997
37. KAPLAN MS, GELING O. Firearm suicides and homicides in the United States: Regional variations and patterns of gun ownership. *Soc Sci Med* 1998, 46:1227–1233
38. TARDIFF K, MARZUK PM, LEON AC, HIRSCH CS, STAJIC M, PORTERA L ET AL. Homicide in New York City: Cocaine use and firearms. *JAMA* 1994, 272:43–46
39. MEZEY G, YOUNGMAN H, KRETZSCHMAR I, WHITE S. Stigma and discrimination in mentally disordered offender patients – a comparison with a non forensic population. *J Foren Psychi Psych* 2016, 27:517–529
40. ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΓΙΑ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ. Η μεταχείριση και φύλαξη των ποινικά ακατάλογοιτων ψυχικά πασχόντων προσώπων σε δημόσιο θεραπευτικό κατάστημα. ΕΕΔΑ, Αθήνα, 2011. Διαθέσιμο στο: <http://www.nchr.gr>
41. ΣΥΝΗΓΟΡΟΣ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ. Πόρισμα αναφοράς περί «φύλαξης ποινικά ακατάλογοιτων ασθενών σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία». Αθήνα, 2005. Διαθέσιμο στο: <http://www.synigoros.gr/resources/docs/202659.pdf>

Corresponding author:

A. Papaioannou, 5 Astypalaidas street, 145 69 Anixi, Greece
e-mail: apapaioa@eginitio.uoa.gr