

Άρθρο σύνταξης Editorial

Η σημασία των «ακαταλόγιστων» για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση

Ψυχιατρική 2016, 27:165–168

Σύμφωνα με τον Ελληνικό Ποινικό Κώδικα (ΠΚ), αν κάποιος, «λόγω νοσηρής διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών του» (άρθρο 34) απαλλάχθηκε από την ποινή ή τη δίωξη για κακούργημα ή πλημμέλημα, για το οποίο ο νόμος τιμωρεί με ποινή ανώτερη από έξι μήνες, το δικαστήριο διατάσσει τη φύλαξή του σε δημόσιο θεραπευτικό κατάστημα εφόσον κρίνει ότι είναι επικίνδυνος για τη δημόσια ασφάλεια.¹ Οι παραβάτες που έχουν κριθεί ακαταλόγιστοι νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά τμήματα των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων της Αθήνας, ΨΝΑ και Δρομοκαΐτειο για «φύλαξη» σύμφωνα με το Άρθρο 69 του Π.Κ. Στη Θεσσαλονίκη νοσηλεύονται στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής (Ακαταλόγιστων).

Το άτομο με ψυχική διαταραχή που έχει κριθεί ακαταλόγιστο για μια εγκληματική πράξη αντιμετωπίζει διπλό στιγματισμό και περιθωριοποίηση τόσο από τον δικαστή όσο και από το ψυχιατρικό θεραπευτικό πλαίσιο, που τον αντιμετωπίζει αρχικά με φόβο και στη συνέχεια μην έχοντας θεραπευτικό στόχο πέραν της «φύλαξης» με αδιαφορία. Υποβάλλεται σε ένα «μοναδικό» νομικό-ψυχιατρικό καθεστώς το οποίο από τη μία διαφέρει τόσο από το καθεστώς του απλού παραβάτη όσο και από το καθεστώς ενός νοσηλευόμενου σε ψυχιατρική μονάδα, και από την άλλη μειονεκτεί έναντι αυτών.² Ο εν λόγω ασθενής υστερεί συγκρινόμενος με κάποιον καταδικασμένο αλλά και με κάποιον που νοσηλεύεται σε ψυχιατρική κλινική. Αν ο ασθενής αυτός δεν είχε κριθεί ακαταλόγιστος (άρα και αθώος αναφορικά με την ποινή που πρέπει να του επιβληθεί) θα είχε τιμωρηθεί σύμφωνα με τον Ποινικό Κώδικα για συγκεκριμένο χρόνο ποινής, και –όπως όλοι όσοι/ες έχουν καταδικασθεί– θα είχε το δικαίωμα να ασκήσει έφεση και να μειώσει την ποινή του σε ανώτερο δικαστήριο, και βέβαια να τύχει των ευεργετικών διατάξεων του νόμου για πρόωγη αποφυλάκιση κ.λπ. Υπό αυτήν την έννοια στερείται και μειονεκτεί του ποινικού κρατούμενου, αρχικά στον χρονικό προσδιορισμό της ποινής, εφόσον ο δεύτερος υποβάλλεται σε μια αορίστου χρόνου «φύλαξη». Παράλληλα, η έξοδος του από το Ψυχιατρικό τμήμα βασίζεται στα υποκειμενικά κριτήρια του εκάστοτε δικαστή που κρίνει αν «έχει παύσει η επικινδυνότητα». Η κατάσταση αυτή επιδεινώνεται από τη μεγάλη καθυστέρηση στην εκδίκαση υποθέσεων των ελληνικών δικαστηρίων.

Από ψυχιατρικής πλευράς, ο νοσηλευόμενος ακαταλόγιστος ασθενής δεν λαμβάνει την απαραίτητη ολιστική (βιοψυχοκοινωνική) φροντίδα, και το προσωπικό της μονάδας –εφόσον ελεγχθεί η οξεία συμπτωματολογία και η συμπεριφορά– εξοικειώνεται με έναν ασθενή ο οποίος δεν πρόκειται να λάβει εξιτήριο. Οι ασθενείς αυτοί αποτελούν τους «νέους χρόνιους-ασυλικούς» ψυχιατρικά νοσηλευόμενους, στους οποίους οι θεράποντες ψυχίατροι δεν επιτρέπεται να δώσουν εξιτήριο, ενώ είναι ασαφές εάν δύνανται να μετακινηθούν σε ξενώνες αποκατάστασης. Αποτελεί «ιατρικό αλλά και νομικό παράδοξο»³ να ανατίθεται η «φύλαξη» σε σύγχρονες ψυχιατρικές μονάδες, που κατά κύριο λόγο λειτουργούν βάσει των αρχών της αποασυλοποίησης, ενώ σαφώς στις υποχρεώσεις των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και Κλινικών εμπίπτουν η ψυχιατρική φροντίδα και η αποκατάσταση του ασθενούς (άρα και του «ακαταλόγιστου») και όχι η φύλαξη και ο σωφρονισμός του.

Η παραμονή των ασθενών αυτών στα Ψυχιατρικά Τμήματα δημιουργεί προβλήματα στη λειτουργία τους, καθώς καταλαμβάνουν κλίνες «οξέων» περιστατικών για μεγάλο χρονικό διάστημα (5–6 χρόνια τουλάχιστον) και δεν μπορούν να λάβουν εξιτήριο αν δεν συναινέσει η δικαστική αρχή. Τα προβλήματα γίνονται άμεσα εμφανή, αν γίνει αντιληπτό ότι ο μέσος όρος νοσηλείας στα Ψυχιατρικά τμήματα νοσηλείας δεν υπερβαίνει τους 2 μήνες στη συντριπτική πλειονότητα των ψυχικά πασχόντων. Με τη μακροχρόνια παραμονή τους, οι ασθενείς του «άρθρου 69» αφενός επιβαρύνουν τις ήδη περιορισμένες δυνατότητες (λόγω σημαντικής έλλειψης κλινών νοσηλείας στα ψυχιατρικά νοσοκομεία/τμήματα) ενδονοσοκομειακής θεραπείας, και αφετέρου η παραμονή αυτή αυξάνει τον στιγματισμό και την περιθωριοποίησή τους.

Η μακροχρόνια λοιπόν νοσηλεία «για φύλαξη» σύμφωνα με τη δικαστική απόφαση οδηγεί και στην απουσία θεραπευτικού στόχου πέραν της παραμονής στο τμήμα.

Η χώρα μας έχει συμφωνήσει στην ανάγκη ανάπτυξης της κοινοτικής ψυχιατρικής και στο κλείσιμο/μετασχηματισμό των μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομείων. Δεν είναι δυνατόν να κλείσουν νοσοκομεία στα οποία νοσηλεύονται ψυχικά πάσχοντες που έχουν κριθεί ακαταλόγιστοι. Η απόφαση για τη μεταφορά τους στην κοινότητα δεν είναι ιατρική/ψυχιατρική αλλά δικαστική. Είναι λοιπόν απαραίτητο να δημιουργηθεί ένα ειδικό τμήμα στην Αθήνα για τα άτομα αυτά.

Στη χώρα μας όπως τόνισε και η αξιολόγηση του «Ψυχαργός», υπάρχουν πολύ μεγάλα κενά στην παροχή Ψυχιατροδικαστικών υπηρεσιών.³ Τα κενά αυτά πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι επιβραδύνουν την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και την κοινωνική επανένταξη όχι μόνον των Ψυχιατροδικαστικών ασθενών, αλλά όλων των ψυχικά πασχόντων. Δεδομένου ότι Ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες έχουν πλέον αναπτυχθεί στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη και ότι η εκπαίδευση στην Ψυχιατροδικαστική έχει προχωρήσει, είναι απαραίτητο η πολιτεία να στηριχθεί στην υπάρχουσα τεχνογνωσία και πείρα και να προχωρήσει στην ανάπτυξη αμιγώς Ψυχιατροδικαστικών τμημάτων αυξημένης φροντίδας με στόχο τη θεραπεία και κοινωνική επανένταξη της ειδικής και σημαντικής αυτής ομάδας ασθενών.⁴ Μόνο όταν οι «ακαταλόγιστοι» αποκτήσουν το δικό τους ασφαλές (για την κοινωνία και τους ίδιους) θεραπευτικό/αποκαταστασιακό πλαίσιο θα είναι ορατός ο στόχος της αποασυλοποίησης.

Αθανάσιος Δουζένης

*Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής-Ψυχιατροδικαστικής,
Διευθυντής Β΄ Ψυχιατρικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικών»*

Βιβλιογραφία

1. Μ. Λειβαδίτης, *Ψυχιατρική και καταλογισμός στο Ψυχιατροδικαστική*. Επιμ.: Α. Δουζένης, Λ. Λύκουρας, Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 2008:249–256
2. Συνήγορος του Πολίτη. *Φύλαξη ποινικώς ακαταλόγιστων ασθενών σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία*. Μάρτιος, 2005
3. Παραδοτέο Π.β.1.4 «*Έκθεση Αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης έτους 2014*». Στο πλαίσιο του έργου: «Αξιολόγηση κατά τη διάρκεια (on going) της εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» από το 2011 μέχρι και το 2015». Μάρτιος, 2015
4. Α. Δουζένης, Λ. Λύκουρας. Η επικινδυνότητα της σχιζοφρένειας. *Ψυχιατρική* 2011, 22:105–106