

Ερευνητική εργασία Research article

Η εφαρμογή του Ν 4509/2017 στο Τμήμα Ψυχοτροδικαστικής του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης

Μ. Μαρκοπούλου,¹ Κ. Ηλιού,¹ Β. Καρακάση,² Αθ. Δουζένης³

¹Τμήμα Ψυχοτροδικαστικής, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Γεώργιος Παπανικολάου-Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Οργανική Μονάδα Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης,

²Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική, Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη,

³Β΄ Ψυχιατρική Κλινική, Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών,
Ιατρική Σχολή, ΠΓΝ «Αττικών», Αθήνα

Ψυχιατρική 2020, 31:13–22

Σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση του Ν 4509/2017 επιχειρείται σημαντική αλλαγή στο ισχύον θεσμικό πλαίσιο των άρθρων 69 και 70 ΠΚ με σκοπό την εξασφάλιση υψηλού επιπέδου θεραπείας για τους δράστες αξιόποινων πράξεων με ψυχικές ή διανοητικές διαταραχές. Διερευνήθηκε η έκβαση της εξέτασης στο δικαστήριο για την άρση, διατήρηση ή αντικατάσταση του μέτρου θεραπείας 47 ασθενών του Τμήματος Ψυχοτροδικαστικής ΨΝΘ σε εφαρμογή του νόμου και συγκρίθηκε με το προηγούμενο καθεστώς. Σε 22 περιπτώσεις διατάχθηκε άρση προκειμένου οι ασθενείς να εξέλθουν και να μεταβούν στην πατρική τους οικία ή σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Στους 11 από αυτούς η συνεχιζόμενη παραμονή τους ήταν σε ευθεία παραβίαση του νόμου λόγω υπέρβασης του ανωτάτου ορίου, όπως οριζόταν από τη βαρύτητα του αδικήματος. Ωστόσο 7 ασθενείς παραμένουν εκουσίως στο Τμήμα, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν διαθέσιμες κλίνες σε επανενταξιακές δομές. 13 ασθενείς που έχουν διαπράξει ανθρωποκτονία/ες, παραμένουν με τη σύμφωνη γνώμη του ψυχιάτρου πέραν της δεκαετίας λόγω της βαρύτητας της νόσου ή της επικινδυνότητας. Η εισαγγελέας επόπτης έδωσε λύσεις σε πολλές περιπτώσεις και όρισε συνηγόρους για όλους τους ασθενείς, όπως προβλέπεται από τον νόμο. Οι δικαστικοί, ωστόσο, παραμένουν επιφυλακτικοί και είναι σαφής η τάση για εξάντληση των προβλεπομένων ορίων, παρά το γεγονός ότι οι φόβοι τους δεν επιβεβαιώνονται από τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα. Συμπερασματικά, η εφαρμογή του Ν 4509/2017 επιχειρεί να αλλάξει το τοπίο για την ιδιαίτερη αυτή ομάδα ασθενών και επιτρέπει οραματισμούς για αποασυλοποίηση, αντιμετώπιση του στίγματος και εξατομικευμένη θεραπεία, παρά τις όποιες ασάφειες ή τα ενδεχόμενα προβλήματα που μπορεί να δημιουργηθούν. Όσο, όμως, η κυρίαρχη κοινωνική άποψη, όπως ακριβώς προβάλλεται και

από τα ΜΜΕ, αντιμετωπίζει τον ψυχικά ασθενή ως επικίνδυνο, οι οποίες θετικές αλλαγές γίνονται δύσκολα αποδεκτές. Επιπλέον, είναι απαραίτητη η ανάπτυξη ψυχιατροδικαστικών υπηρεσιών για την αντιμετώπιση των ασθενών, οι οποίες δεν θα αντιμετωπίζουν μόνον την ψυχωτική συμπτωματολογία, αλλά και την αντικοινωνική και επιθετική συμπεριφορά γενικότερα.

Λέξεις ευρετηρίου: Νόμος, καταλογισμός, αδικοπραγούντες ασθενείς, δίκη, ψυχιατροδικαστική.

Εισαγωγή

Σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση του Ν 4509/2017 επιχειρείται σημαντική αλλαγή στο ισχύον θεσμικό πλαίσιο του άρθρου 69 ΠΚ, που αφορούσε στη φύλαξη ακαταλόγιστων εγκληματιών σε δημόσιο θεραπευτικό κατάστημα για λόγους διαφύλαξης της δημόσιας ασφάλειας, και του άρθρου 70 ΠΚ, που αφορούσε στη διάρκεια της φύλαξης, η οποία συνεχιζόταν όσο χρόνο το επέβαλε η δημόσια ασφάλεια και ελεγχόταν κάθε τρία έτη από το δικαστήριο των πλημμελειοδικών στην περιφέρεια του οποίου εκτελείτο. Η αλλαγή στο νομικό πλαίσιο κρίθηκε αναγκαία, λόγω της αλλαγής των αντιλήψεων σχετικά με την αντιμετώπιση δραστών αξιόποινων πράξεων με ψυχικές ή διανοητικές διαταραχές. Έτσι διακηρυγμένος σκοπός του μέτρου θεραπείας είναι η εξασφάλιση υψηλού επιπέδου θεραπείας και η προστασία των θεμελιωδών αγαθών των δραστών, όπως και των τρίτων, σε αντίθεση με τα μέτρα ασφαλείας που αποσκοπούσαν κυρίως στην προφύλαξη της κοινωνίας από την επικίνδυνη συμπεριφορά του υφισταμένου το μέτρο.

Αναφορικά με τις συστάσεις των διεθνών οργανισμών, ο ΟΗΕ για τα ανθρώπινα δικαιώματα τονίζει πως το ποινικό δίκαιο και οι ποινικές διαδικασίες δεν εφαρμόζονται στους ψυχικά πάσχοντες όπως στον γενικό πληθυσμό, είτε διότι κρίνονται ότι δεν είναι σε θέση να καταθέσουν είτε διότι δεν έχουν καταλογισμό. Αυτή η αντιμετώπιση οδηγεί σύμφωνα με τον ΟΗΕ σε περιορισμό της ελευθερίας των προσώπων αυτών, συμπεριλαμβανομένης της εκτροπής τους από το σύστημα δικαιοσύνης στα συστήματα υγείας, δηλαδή του εγκλεισμού σε ψυχιατροδικαστικές δομές.¹

Από την άλλη ο ΠΟΥ² παροτρύνει την έγκαιρη εκτροπή (diversion) των ατόμων με ψυχικές παθήσεις προς το σύστημα υγείας, δεδομένου ότι οι φυλακές δεν προάγουν την υγεία, αλλά την ασφαλή κράτηση και τιμωρία. Ταυτόχρονα προτείνει τη βελτίωση

της πρόσβασης των φυλακισμένων στις κατάλληλες υπηρεσίες (ψυχικής) υγείας και φροντίδας, οι οποίες πρέπει να είναι τουλάχιστον ανάλογες με αυτές που παρέχονται στην κοινότητα.

Υλικό και μέθοδος

Διερευνήθηκε η έκβαση της εξέτασης στο δικαστήριο για την άρση, διατήρηση ή αντικατάσταση του μέτρου θεραπείας 47 ασθενών του Τμήματος Ψυχιατροδικαστικής ΨΝΘ σε εφαρμογή του νόμου, και συγκρίθηκε με το προηγούμενο καθεστώς.

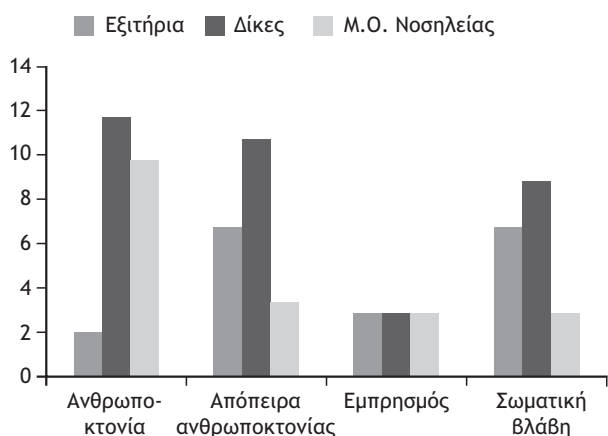
Το Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής (παλαιότερα Τμήμα Ακαταλόγιστων ή απλώς Ακαταλόγιστα) ιδρύθηκε το 1988 με απόφαση του ΚεΣΥ στον χώρο του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης (ΨΝΘ), για την κάλυψη του πληθυσμού της Βόρειας Ελλάδας χωρίς να διαθέτει ειδική υποδομή ή εξειδικευμένο προσωπικό για τη νοσηλεία των εν λόγω ασθενών. Το τμήμα λειτουργεί με αποφάσεις των επιστημονικών και διοικητικών συμβουλίων με συνθήκες ανοικτής νοσηλείας, όπως και τα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου.

Νοσηλεύει ψυχικά ασθενείς που κρίθηκαν ακαταλόγιστοι, σύμφωνα με το άρθρο 34 του Ποινικού Κώδικα, που αφορά στη διατάραξη των πνευματικών λειτουργιών ή της συνείδησης και ορίζει ότι η πράξη δεν καταλογίζεται στον δράστη αν, όταν τη διέπραξε, λόγω νοσηρής διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών ή διατάραξης της συνείδησης, δεν είχε την ικανότητα να αντιληφθεί το άδικο της πράξης του ή να ενεργήσει σύμφωνα με την αντίληψή του για το άδικο αυτό, και σύμφωνα με το άρθρο 69 ΠΚ, διατάχθηκε ο εγκλεισμός τους σε δημόσιο θεραπευτικό κατάστημα. Δύο μόνον ασθενείς νοσηλεύονται με τον ισχύοντα νόμο. Ο συνολικός αριθμός των περιστατικών που νοσηλεύονται στο τμήμα, κυμαίνεται την τελευταία δεκαετία από 50–60 περίπου και είναι το πολυπληθέστερο τμήμα του ΨΝΘ.

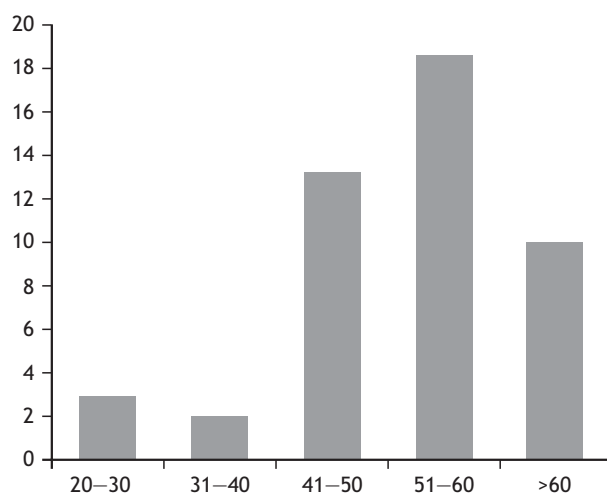
Παρόλο που στη συντριπτική τους πλειοψηφία οι ασθενείς πάσχουν από ψύχωση, φαίνεται πως ο χρόνος νοσηλείας καθορίζεται κυρίως από το αδίκημα και όχι από τη νόσο, όπως φαίνεται στην εικόνα 1,³ καταδεικνύοντας πως οι ασθενείς αντιμετωπίζονται από τη δικαιοσύνη ανάλογα με το έγκλημά τους και όχι ανάλογα με την πάθηση που τους οδήγησε εκεί.⁴

Αποτελέσματα

Σαράντα-επτά ασθενείς εξετάστηκαν στο δικαστήριο από τον Ιανουάριο 2018 μετά τη δημοσίευση του Ν 4509/2017. Αυτοί αποτελούν το σύνολο των ασθενών του τμήματος που είχαν συμπληρώσει ένα έτος νοσηλείας τουλάχιστον. Οι ηλικίες τους κυμαίνονται από 25 έως 80 ετών με διάμεση τιμή τα 53 έτη (βλ. εικόνα 2). Στο 78% (37/47) των περιπτώσεων τα αδικήματα που είχαν διαπράξει, ήταν βίαια και τα θύματά τους ήταν συχνότερα (περίπου 73%) μέλη της οικογένειας. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις τα αδικήματα αφορούσαν σε εμπρησμούς (5), κλοπές (3), φθορά ξένης περιουσίας (1), και παράνομη σπλοφορία (1). Στη συντριπτική πλειοψηφία έπασχαν από σχιζοφρένεια (38 ασθενείς, 80,8%). Οι υπόλοιποι ασθενείς είχαν διαγνωστεί με παραληρητική διαταραχή (4), διαταραχή προσωπικότητας με ψυχωτικά επεισόδια (3), νοητική υστέρηση (1), διαταραχές οφειλόμενες σε χρήση αλκοόλ (1).



Εικόνα 1. Ο αριθμός των εξιτηρίων, ο συνολικός αριθμός των δικών για άρση των μέτρων ασφαλείας και ο μέσος χρόνος νοσηλείας των εξερχομένων του τμήματος ψυχιατροδικαστικής από το 2007–2014.



Εικόνα 2. Η ηλικιακή κατανομή των ασθενών του τμήματος ψυχιατροδικαστικής τον Φεβρουάριο 2019.

Για 25 ασθενείς οι αποφάσεις του Τριμελούς Πλημμελειοδικείου διατήρησαν τα μέτρα θεραπείας (53,2%), ενώ στις υπόλοιπες περιπτώσεις οι ασθενείς μεταφέρθηκαν ή πρόκειται να μεταφερθούν σε καταλληλότερες επανενταξιακές δομές. Συγκεκριμένα 7 ασθενείς επέστρεψαν στην οικία τους υπό την εποπτεία της οικογένειάς τους, 4 μεταφέρθηκαν σε οικοτροφεία, δύο στη Μονάδα Επανεκπαίδευσης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, ένας σε ιδιωτική κλινική και μία ασθενής σε ψυχογηριατρικό τμήμα. Επτά ασθενείς παραμένουν εκουσίως προκειμένου να μεταβούν σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.

Δεν φαίνεται να διαφέρει σημαντικά ο μέσος χρόνος νοσηλείας ανάλογα με το αδίκημα. Οι ασθενείς που διέπραξαν ανθρωποκτονία ή απόπειρα ανθρωποκτονίας, εξέρχονται μετά από 15,22 έτη νοσηλείας κατά μέσον όρο, ενώ για τα υπόλοιπα αδικήματα ο μέσος χρόνος νοσηλείας μέχρι την άρση του θεραπευτικού μέτρου υπολογίστηκε στα 14,84 έτη. Η μικρή αυτή διαφορά εξηγείται από το γεγονός ότι στη συντριπτική πλειοψηφία οι ασθενείς δεν εξέρχονται μέχρι σήμερα όχι λόγω της βαρύτητας του αδικήματος, της επικινδυνότητας ή της νόσου, αλλά διότι δεν είχαν υποστηρικτικό περιβάλλον και δεν είχαν πρόσβαση σε επανενταξιακές δομές με το προηγούμενο νομικό καθεστώς, στη Θεσσαλονίκη τουλάχιστον.

Οι αποφάσεις των δύο περιστατικών που έχουν εισαχθεί στο τμήμα μετά την εφαρμογή του νόμου, παρουσιάζουν ενδιαφέρον. Έτσι οι δύο αυτοί ασθε-

νείς που έχουν διαπράξει απόπειρα ανθρωποκτονίας, εισήχθησαν ο ένας για νοσηλεία τριών ετών και ο άλλος για νοσηλεία ως 5 έτη, δημιουργώντας απορίες σχετικά με την ερμηνεία του νόμου.

Σε δύο περιπτώσεις το Τριμελές Πλημμελειοδικείο διέταξε την παράταση της νοσηλείας πέραν των ανωτάτων ορίων, όπως οριζόταν από το αδίκημα (26 και 10 έτη νοσηλείας για εμπρησμό σε επίπεδο πλημμελήματος) και οι συνήγοροι άσκησαν εφέσεις, καθ' υποδείξη της εποπτεύουσας εισαγγελέως. Αυτονομία όταν οι εφέσεις εκδικάστηκαν, το δικαστήριο ήρε τα μέτρα θεραπείας, εφαρμόζοντας τον νόμο.

Με την εφαρμογή του νόμου έχουν αρθεί τα μέτρα θεραπείας λόγω υπέρβασης των ανωτάτων ορίων για 11 ασθενείς του τμήματος. Πρόκειται για ασθενείς με μέσο όρο ηλικίας τα 53,9 έτη (από 42 ετών ως και 72 ετών) με 14,8 έτη νοσηλείας κατά μέσον όρο (10 ως 27 έτη). Τα αδικήματα αφορούσαν σε κλοπές, εμπρησμούς, επικίνδυνη σωματική βλάβη, εξύβριση και διατάραξη οικογενειακής ειρήνης. Οι ασθενείς αυτοί παρέμεναν λόγω ανυπαρξίας συγγενικού περιβάλλοντος διαθέσιμου ή κατάλληλου, αλλά και λόγω απροθυμίας ή ανυπαρξίας επανενταξιακών δομών να τους αναλάβουν και ενώ είναι γνωστό πως η μακροχρόνια νοσηλεία για φύλαξη οδηγεί και στην απουσία θεραπευτικού στόχου πέραν της παραμονής στο τμήμα.⁵

Στο σύνολο 47 δικών σε 22 περιπτώσεις διατάχθηκε άρση των μέτρων θεραπείας, όπως προτάθηκε από τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος. Μόνον σε 4 περιπτώσεις (όλες στην ίδια δικάσιμο από την ίδια έδρα, αντανακλώντας ενδεχομένως προσωπικές πεποιθήσεις και δισταγμούς) απορρίφθηκαν οι αιτήσεις, ωστόσο στις 2 από αυτές έγινε δεκτή η έφεση, όπως προαναφέρθηκε. Το σύνολο των εξιτηρίων ήταν 15, ενώ 7 μεταφέρθηκαν σε επανενταξιακές δομές και 1 σε ιδιωτική κλινική. Επτά ασθενείς επέστρεψαν στις οικογένειές τους, ενώ 8 μεταφέρθηκαν σε επανενταξιακές δομές. Επτά ασθενείς παραμένουν στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής εκουσίως, μέχρι την ανεύρεση κατάλληλης διαθέσιμης κλίνης σε Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.

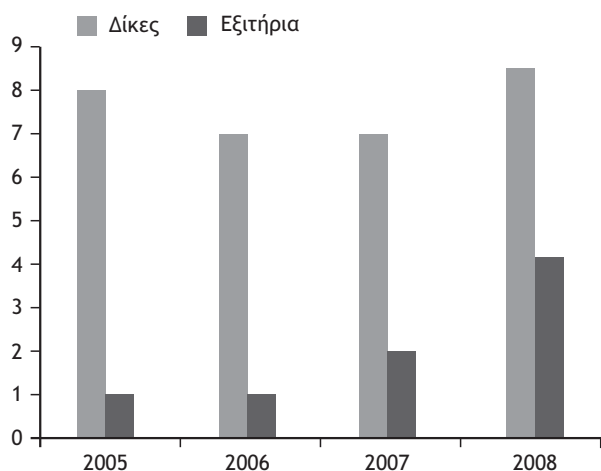
Σε όλες τις περιπτώσεις όπου η εισήγηση του ψυχιάτρου και της θεραπευτικής ομάδας ήταν υπέρ της διατήρησης του μέτρου, η εισήγηση έγινε δεκτή και οι ασθενείς παραμένουν νοσηλευόμενοι παρά την υπέρβαση της δεκαετίας σε εφαρμογή του άρθρου 2 παρ. 1, που ορίζει πως κατ' εξαίρεση είναι δυνατή η

παράταση του χρόνου διάρκειας του θεραπευτικού μέτρου πέραν των ανωτάτων χρονικών ορίων, εφόσον υφίσταται η σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου του θεραπευόμενου και του επιστημονικού διευθυντή της μονάδας θεραπείας. Σε κάθε περίπτωση όμως ορίζεται πως ο συνολικός χρόνος διάρκειας του θεραπευτικού μέτρου δεν μπορεί να υπερβαίνει τη χρονική διάρκεια του ανωτάτου ορίου της ποινής που προβλέπεται στον νόμο για την πράξη που τέλεσε ο θεραπευόμενος. Πρόκειται για 13 ασθενείς με ανθεκτική ψύχωση, οι οποίοι έχουν διαπράξει ανθρωποκτονία/ες και δεν κρίθηκε προς το συμφέρον της υγείας τους η έξοδός τους από το Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας υπολογίστηκε στα 19,4 έτη (14 ως 27). Στην πλειοψηφία (11/13) η απόφαση αυτή ήταν σύμφωνη και με την επιθυμία των ίδιων των ασθενών.

Έξι ασθενείς με ψύχωση που διέπραξαν ανθρωποκτονία ή απόπειρα ανθρωποκτονίας, εξήλθαν με νοσηλεία άνω των 10 ετών (10, 11, 19, 22, 23 και 31 έτη νοσηλείας). Οι 4 από αυτούς μεταφέρθηκαν σε οικοτροφεία, ενώ ο νεότερος επέστρεψε στην πατρική του οικογένεια. Μία ασθενής εξήλθε από το τμήμα προκειμένου να νοσηλευθεί εκουσίως (με άρση του μέτρου) σε χρόνιο ψυχογηριατρικό τμήμα του νοσοκομείου ως καταλληλότερη δομή. Στη μοναδική περίπτωση με ανθρωποκτονία στο ιστορικό όπου προτάθηκε άρση και μεταφορά σε οικοτροφείο με νοσηλεία μικρότερη των 10 ετών (9 έτη), η πρόταση απορρίφθηκε. Είναι σαφής η διάκριση από την πλευρά των δικαστών ανάλογα αν πρόκειται πριν ή μετά τη συμπλήρωση της δεκαετίας και η τάση για εξάντληση των ορίων. Σε όλες τις περιπτώσεις με νοσηλείες άνω της δεκαετίας όπου δεν υπήρχε η σύμφωνη γνώμη των θεραπόντων, το δικαστήριο υποχρεώθηκε να άρει το θεραπευτικό μέτρο είτε πρωτοδίκως είτε στο εφετείο.

Συζήτηση

Είναι συνηθισμένη η εκδήλωση μεγάλης επιφυλακτικότητας εκ μέρους των δικαστών απέναντι στον ψυχίατρο και την ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη, με αποτέλεσμα ο αποδεικτικός της ρόλος στην ποινική δίκη να εξακολουθεί να είναι σημαντικά υποβαθμισμένος (εικόνα 3). Αυτό όμως που έχει σημασία είναι το γεγονός ότι, όπως σημειώνει και ο Κοσμάτος Κ,⁶ σε πολλές περιπτώσεις απορρίψεων της αίτησης για απόλυση η αιτιολογία είναι τυπική, δηλαδή η απόφαση δεν βα-



Εικόνα 3. Ο αριθμός των δικών για άρση των μέτρων ασφαλείας κάθε έτος και ο αντίστοιχος αριθμός των εξιτηρίων τη χρονική περίοδο 2005–2008.

σίζεται σε πραγματικά περιστατικά ή επαναλαμβάνει μόνον τα στοιχεία του νόμου, χωρίς ουσιαστικά να τεκμηριώνει την απόρριψη.

Έχει βεβαίως επισημανθεί στο παρελθόν από τον Σκαραγκά Δ⁷ ότι όταν απορρίπτεται από το δικαστήριο η αίτηση για απόλυση του ακαταλόγιστου παραβάτη, για τον οποίο η ψυχιατρική γνωμάτευση του πραγματογνώμονα ψυχιάτρου βεβαιώνει ότι δεν χρήζει περαιτέρω νοσηλείας και δεν είναι πλέον επικίνδυνος για τη δημόσια ασφάλεια, δημιουργούνται προβληματισμοί και απορίες στον ακαταλόγιστο ασθενή/παραβάτη ως προς τη φύση και τον σκοπό της κύρωσης που υφίσταται.

Συνθήκες νοσηλείας

Θεμελιώδες σε κάθε περίπτωση ήταν και είναι να απαντηθεί το ερώτημα τι χρειάζεται, τι αρμόζει σε κάθε περίπτωση. Δεδομένου ότι υπάρχουν ειδικές ομάδες ασθενών (ηλικιωμένοι, ασθενείς με άνοια ή νοητική υστέρηση, ασθενείς με υψηλή επικινδυνότητα, εξαρτημένοι κ.λπ.), υπάρχει η ανάγκη για εξατομικευμένη παρέμβαση. Όσον αφορά στη Βόρειο Ελλάδα, το σύνολο των ακαταλόγιστων ψυχιατρικών ασθενών νοσηλεύονταν και νοσηλεύεται στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής ΨΝΘ, ανεξάρτητα από την πάθηση, την επικινδυνότητα, το φύλο ή την ηλικία.

Σε εφαρμογή του Ν 4509/2017, ο οποίος προβλέπει στο άρθρο 16 παρ. 1 και στο άρθρο 10 παρ. 1 νόμιμες πια άδειες και εξόδους ως θεραπευτικά μέσα, εφόσον δεν τίθεται σε κίνδυνο η ζωή ή η σωματική

ακεραιότητα άλλων ή και του ίδιου του θεραπευόμενου, προγραμματίστηκαν και πραγματοποιήθηκαν οργανωμένες έξοδοι. Οι άδειες άλλωστε προβλέπονταν με την ερμηνεία του νόμου από τον Φυτράκη Ε,⁸ από σχετικές γνωμοδοτήσεις της ΕΨΕ,⁹ αλλά και σαν ιατρική θεραπευτική πράξη από τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν 3418/2005) στο άρθρο 1 παρ. 1, όπου ορίζεται πως η χορήγηση άδειας από ψυχίατρο, σε άτομο που νοσηλεύεται σε δημόσιο ψυχιατρείο, συνιστά ιατρική πράξη και εφόσον εντάσσεται σε συγκεκριμένο θεραπευτικό πλάνο, κρίνεται δηλαδή από τον θεράποντα ψυχίατρο ως ενδεδειγμένο για τον συγκεκριμένο ασθενή μέτρο, εντάσσεται στην προστατευόμενη από το άρθρο 3 § 1 ΚΙΔ επιστημονική και συνειδησιακή ελευθερία την οποία απολαύει ο ιατρός. Οι ασθενείς στις οργανωμένες εξόδους συνοδεύονται από προσωπικό του τμήματος σε αναλογία περίπου 1:3.

Δόθηκαν επιπλέον θεραπευτικές άδειες σε σταθεροποιημένους ασθενείς που διέμεναν είτε εντός είτε εκτός του νομού Θεσσαλονίκης, για χρονικά διαστήματα από λίγες ώρες ως και 20 ημέρες. Οι ασθενείς αυτοί εξέρχονταν συνήθως συνοδεία συγγενικού τους προσώπου και ενημερωνόταν η εισαγγελία σχετικά με τη διάρκεια της και τον τόπο παραμονής των ασθενών.

Είναι φανερό επίσης από όσα έχουν προαναφερθεί, πως οι ασθενείς νοσηλεύονται για μακρά χρονικά διαστήματα χωρίς να το επιβάλλει η πάθηση ή η επικινδυνότητά τους. Αντί της αναγκαστικής τους νοσηλείας, όμως, όπως και προβλέπεται από τον Ν 4509/2017, θα μπορούσε να προτείνεται η αναγκαστική παρακολούθησή τους από το νοσοκομείο ή τα κέντρα ψυχικής υγείας της περιοχής τους.¹⁰ Συγκεκριμένα ο Ν 4509/2017 στο Άρθρο 1, παρ. 3, ορίζει πως κατάλληλα θεραπευτικά μέτρα είναι η νοσηλεία σε ειδικό τμήμα δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου, η νοσηλεία σε ψυχιατρικό τμήμα δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου και η υποχρεωτική θεραπεία και ψυχιατρική παρακολούθηση κατά τακτά χρονικά διαστήματα σε κατάλληλη εξωνοσοκομειακή Μονάδα Ψυχικής Υγείας ή εξωτερικά ιατρεία δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου. Η ακούσια εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση είναι δυνατόν να οδηγήσει σε μείωση των υποτροπών και της παραβατικής συμπεριφοράς. Σημαντική θα ήταν με αυτόν τον τρόπο και η στήριξη

της ίδιας της οικογένειας του ασθενούς, που θα ένιωθε πως υπάρχει στην περιοχή ψυχιατρική υπηρεσία όπου μπορούν να απευθυνθούν άμεσα.

Η συνεχιζόμενη παρακολούθηση των ασθενών που έχουν εξέλθει και διαμένουν εντός του Νομού Θεσσαλονίκης ή στους όμορους νομούς, πραγματοποιείται από τον Ιανουάριο 2015 στο Εξωτερικό Ιατρείο Ψυχιατροδικαστικής ΨΝΘ. Η θεραπευτική ομάδα αποτελείται από ψυχίατρο, νοσηλεύτρια, ψυχολόγο, εργοθεραπευτή και κοινωνική λειτουργό και έχει ως στόχο την κάλυψη των αναγκών του ασθενούς και της οικογένειάς του σε πολλαπλά επίπεδα. Αυτή τη στιγμή στο συγκεκριμένο ιατρείο παρακολουθούνται περίπου 25 περιστατικά σε μηνιαία συνήθως βάση. Πρόκειται για ασθενείς με ψυχιατρική νόσο και ιστορικό παραβατικότητας και συνήθως βρίσκονται σε αντιψυχωτική ενέσιμη αγωγή μακράς διάρκειας δράσης.

Ποια είναι όμως η φιλοσοφία του σύγχρονου νόμου: να μη λησμονιούνται μέσα στα ιδρύματα οι ασθενείς. Γιατί ξεχνιόντουσαν όμως μέχρι σήμερα και από ποιους; Από τους γιατρούς; Από τους δικαστικούς; Από τις οικογένειες;

Μέχρι σήμερα οι ψυχίατροι του Τμήματος Ψυχιατροδικαστικής καταθέταμε αιτήσεις για αποχαρκτηρισμό των ασθενών που είχαν κριθεί ακαταλόγιστοι, όταν πληρούνταν οι προϋποθέσεις για εξιτήριο, δηλαδή είχε επιτευχθεί η ύφεση, η επαρκής εναισθησία, η καλή συνεργασία με τον ασθενή και την οικογένειά του και είχε εξασφαλιστεί η μετάβαση στην οικία ή σε οικοτροφείο κατάλληλο. Όταν η απόφαση ήταν θετική, ξεκινούσε μια νέα περίοδος εκούσιας θεραπείας βασισμένη στην εμπιστοσύνη και τη συνεργασία. Όταν η απόφαση ήταν απορριπτική, προσπαθούσε το προσωπικό να αναπλαισιώσει την εμπειρία, θέτοντας νέους στόχους, σιωπηλά ευχόμενο για μια επικιέστερη (ή δικαιότερη) έδρα στο μέλλον.

Με τον Ν 4509/2017 βρεθήκαμε να παρευρισκόμαστε με έναν τρόπο αναγκαστικό στις δικαστικές αίθουσες με ασθενείς που δεν ήταν έτοιμοι να εξέλθουν, άλλους που δεν επιθυμούσαν να εξέλθουν και άλλους που δεν επιθυμούσαν καν να παρευρίσκονται. Οι τελευταίοι τελικά δεν αναγκάζονταν να εμφανιστούν και να αντεπεξέλθουν στη δοκιμασία, αφού προσκομιζόταν γνωμάτευση ότι δεν δύνανται να παρευρεθούν λόγω της ψυχικής τους κατάστασης. Να σημειωθεί πως οι ασθενείς μεταφέρονται στο δικαστικό μέγαρο με ασθενοφόρο, συνοδεία περιπολικού.

Σήμερα επικρατεί στους ασθενείς του τμήματος μια σύγχυση. Το αόριστο του χρόνου νοσηλείας μετέθετε στο μέλλον, με έναν τρόπο άλλοτε απελπιστικό και άλλοτε ανακουφιστικό, το εξιτήριο και το στρες της αντιμετώπισης της πραγματικής ζωής έξω από το (καλώς νοούμενο) άσυλο. Οι νέες εισαγωγές λαμβάνουν ουσιαστικά δύο μηνύματα: πληροφορούνται από το προσωπικό για τα δικαιώματά τους και τα χρονικά όρια του μέτρου θεραπείας, όπως ορίζονται στο άρθρο 2 παρ. 1, όπου διευκρινίζεται πως στην απόφαση που διατάσσει το θεραπευτικό μέτρο, ορίζεται ο μέγιστος χρόνος της διάρκειάς του, ο οποίος δεν μπορεί να υπερβαίνει τα δύο (2) έτη για τα πλημμελήματα και τα πέντε (5) έτη για τα κακούργηματα, και ταυτόχρονα ενημερώνονται από τους παλαιότερους για την πολύχρονη νοσηλεία τους που συχνά ξεπερνά τα 20 έτη. Κατ' εξαίρεση βέβαια είναι δυνατή η παράταση του χρόνου διάρκειας του θεραπευτικού μέτρου πέραν των ανωτάτων χρονικών ορίων, εφόσον για την ανάγκη παράτασης του χρόνου διάρκειας του μέτρου υφίσταται η σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου του θεραπευόμενου και του επιστημονικού διευθυντή της μονάδας θεραπείας. Ο συνολικός χρόνος διάρκειας του θεραπευτικού μέτρου δεν μπορεί όμως ποτέ να υπερβαίνει τη χρονική διάρκεια του ανωτάτου ορίου της ποινής που προβλέπεται στον νόμο για την πράξη που τέλεσε ο θεραπευόμενος. Οι ασθενείς επίσης ενημερώνονται για τη θέση της γνωμάτευσης του ψυχιάτρου στο δικαστήριο μέχρι το ανώτατο όριο της αναλογούσας ποινής ή την τετραετία (για τα πλημμελήματα)/δεκαετία (για τα κακούργηματα), όποιο έρθει νωρίτερα, η οποία δεν επιφέρει καμία εγγύηση για το επιθυμητό αποτέλεσμα, καθώς δεν δεσμεύει την έδρα για την απόφασή της. Στον προγραμματισμό της κλινικής είναι να οργανωθούν ομάδες για αποσαφήνιση των συνθηκών και διαχείριση του άγχους στο μέτρο του δυνατού και υποφερτού, δεδομένης της αβεβαιότητας. Ταυτόχρονα χρειάζεται να διαχειριστούν τη θεραπευτική σχέση με τον ψυχίατρο που παρουσία τους καταθέτει στο δικαστήριο, δημιουργώντας συχνά δύσκολα συναισθήματα που διακυβεύουν τη διατήρηση της σχέσης εμπιστοσύνης.

Ο ορισμός του εισαγγελέα-επόπτη από την Εισαγγελία πρωτοδικών Θεσσαλονίκης, όπως προβλέπεται στο άρθρο 18, έδωσε λύσεις πρακτικές και ουσιαστικές στο έργο του τμήματος με προσωπική παρουσία

σε μηνιαία βάση, ως αρμόδιος για την εκτέλεση των δικαστικών αποφάσεων που επιβάλλουν μέτρο των άρθρων 69 και 70Α του Ποινικού Κώδικα, για την εποπτεία της λειτουργίας του τμήματος και για τον συντονισμό και τη συνεργασία της Εισαγγελίας με το τμήμα αναφορικά με τον αυτεπάγγελτο δικαστικό έλεγχο της διάρκειας του μέτρου (ανά έτος εξακολούθηση, παράταση του μέγιστου χρόνου διάρκειας) και την εισαγωγή στο Τριμελές Πλημμελειοδικείο των αιτήσεων για άρση ή αντικατάστασή του. Αποσαφήνισε διάφορα σημεία του νέου νόμου και μερίμνησε στον ορισμό συνηγόρων σε κάθε περίπτωση, δεδομένου ότι οι ασθενείς δεν έχουν συνήθως πόρους να προσλάβουν τον συνήγορο της επιλογής τους. Αλλά και οι οικογένειες συνήθως δεν επιθυμούν να εκπροσωπηθούν από συνήγορο της επιλογής τους, ειδικά στις περιπτώσεις που οι εισηγήσεις των θεραπόντων προτείνουν τη διατήρηση του μέτρου, θεωρώντας μάταιη και δαπανηρή αυτή την κίνηση.

Οι συνήγοροι που ορίστηκαν κατ' εφαρμογή του άρθρου 2 παρ. 3 ενώπιον του Τριμελούς Πλημμελειοδικείου, καθώς και του Εφετείου σε περίπτωση έφεσης, εξέφραζαν ουσιαστικά τις επιφυλάξεις της ίδιας της κοινωνίας. Εμφανίζονταν συνήθως επιφυλακτικοί και δίσταζαν να συνομιλήσουν με τον ασθενή κατ' ιδίαν.

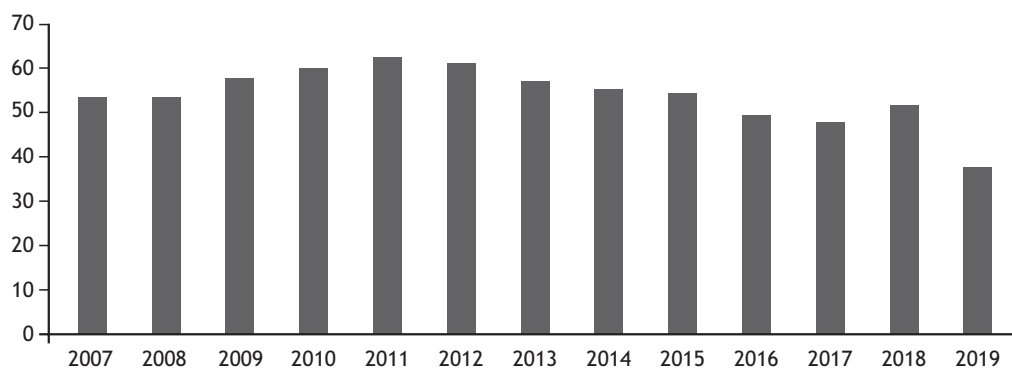
Με την ενημέρωση των οικογενειών σχετικά με τον νέο νόμο, τις διατάξεις του και τα ανώτατα όρια που ορίζει ανάλογα με το αδίκημα, αυτές έρχονται αντιμέτωπες με την ευθύνη της φροντίδας και δεν εφησυχάζουν, όπως προηγουμένως. Ταυτόχρονα όμως δεν μπορούν να αναγκαστούν ούτε να καταθέσουν ούτε να αναλάβουν το πάσχον μέλος τους μετά το πέρας της νοσηλείας. Ωστόσο επιφορτίζονται με έναν πιο ενεργό ρόλο, δεδομένου ότι πια αντιλαμ-

βάνονται ότι το ψυχιατρείο δεν θα είναι το τέλος του δρόμου για τους ασθενείς αυτούς, οι οποίοι δικαιούνται να ολοκληρώσουν τη νοσηλεία και να επανενταχθούν στην κοινότητα, στην οικογένειά τους ή σε Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.

Είναι σαφές πως οι δικαστικοί συσχετίζουν τη βαρύτητα της νόσου με τη βαρύτητα του αδικήματος. Ακόμα και ο ίδιος ο νομοθέτης, ενώ προτείνει θεραπεία, ορίζει τα ανώτατα όρια νοσηλείας ανάλογα με το αδίκημα, προκαλώντας αναπόφευκτα ερωτήματα, διότι στην κλινική πρακτική δεν αποδεικνύεται η σχέση μεταξύ της βαρύτητας του αδικήματος και της βαρύτητας της πρόγνωσης του νόσου. Είναι βέβαιο πάντως πως και οι δικαστικοί, δεδομένου ότι αποτελούν και οι ίδιοι μέλη της κοινότητας, εκφράζουν τις συνήθειες ανησυχίες και αμφιβολίες περί της επικινδυνότητας των ψυχικά ασθενών, παρόλο που δεν υποστηρίζονται από τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα,¹¹⁻¹⁶ οι οποίες μόνον σε ένα περιβάλλον αμοιβαίας εμπιστοσύνης και συνεργασίας καθώς και συνεχούς εκπαίδευσης μπορούν να συζητηθούν.

Δεδομένα από την εφαρμογή του Ν 4509/2017 στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής ΨΝΘ

Κατά το 2018 επήλθε μείωση του αριθμού των ασθενών με αποτέλεσμα η δύναμη του τμήματος να ανέρχεται σήμερα στους 39 ασθενείς. Να σημειωθεί ότι προ δεκαετίας περίπου νοσηλεύονταν ως και 63 ασθενείς, οδηγώντας σε υπερπληρότητα και υπερπληθυσμό του τμήματος (εικόνα 4). Η εφαρμογή των άρθρων 3 και 6 που ορίζουν την εισαγωγή αδικοπραγούντων ασθενών με μειωμένο καταλογισμό στο ψυχιατρικό νοσοκομείο, αλλά και την εισαγωγή αδικοπραγούντων ασθενών πριν τη δίκη, όταν από την ανακριτική διαδικασία διαφαίνεται η ύπαρξη ψυ-



Εικόνα 4. Ο αριθμός νοσηλευομένων του τμήματος ψυχιατροδικαστικής την περίοδο 2007–2019 σε ετήσια βάση.

χικής νόσου, με τον περιοριστικό όρο της νοσηλείας, ενδεχομένως να οδηγήσει σύντομα σε αύξηση του εξυπηρετούμενου πληθυσμού ασθενών κατά άγνωστο και απρόβλεπτο μέχρι σήμερα αριθμό.

Συμπεράσματα

Στην παρούσα φάση οι υπηρεσίες γενικής ψυχιατρικής αντιμετωπίζουν τους ασθενείς που αργότερα θα καταλήξουν σε ψυχιατροδικαστικές δομές για αρκετά χρόνια, κατά τη διάρκεια των οποίων συνεχίζουν να διαπράττουν αδικήματα.^{17,18} Οι ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες διαφέρουν ή οφείλουν να διαφέρουν ως προς την αντιμετώπιση των ασθενών αυτών στον βαθμό που δεν αντιμετωπίζουν μόνον την ψυχωτική συμπτωματολογία, αλλά και την αντικοινωνική και επιθετική συμπεριφορά γενικότερα. Οι ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες πρέπει να έχουν γενικότερα περισσότερους ανθρώπινους πόρους, να κάνουν πιο εξειδικευμένες εκτιμήσεις, να νοσηλεύουν τους ασθενείς για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα, να εφαρμόζουν θεραπείες κατάλληλες για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν αυτοί οι ασθενείς. Οι ανάγκες αυτές υποχρεώνουν για ανάπτυξη κατάλλη-

λων ψυχιατροδικαστικών υπηρεσιών που θα διαφοροποιήσουν την πορεία των ασθενών αυτών.¹⁹ Στη χώρα μας υπάρχουν πολύ μεγάλα κενά στην παροχή ψυχιατροδικαστικών υπηρεσιών. 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.²⁰

Η εφαρμογή του Ν 4509/2017 αλλάζει το τοπίο για την ιδιαίτερη αυτή ομάδα ασθενών και επιτρέπει οραματισμούς για αποασυλοποίηση, αντιμετώπιση του στίγματος και εξατομικευμένη θεραπεία, παρά τις όποιες ασάφειες ή τα ενδεχόμενα προβλήματα που μπορεί να δημιουργηθούν. Όσο όμως η κυρίαρχη κοινωνική άποψη, όπως ακριβώς προβάλλεται και από τα ΜΜΕ, αντιμετωπίζει τον ψυχικά ασθενή ως επικίνδυνο, οι όποιες θετικές αλλαγές είναι καταδικασμένες να αποτύχουν. Οι ψυχίατροι επιβάλλεται να συνηγορούν υπέρ της λογικής που βασίζεται σε πραγματικά στοιχεία, ενώ και η αναγνώριση των πραγματικών κινδύνων και οι κατάλληλες παρεμβάσεις είναι εξαιρετικά σημαντικές, για την αντιμετώπιση διαστρεβλωμένων πεποιθήσεων της κοινής γνώμης και του στιγματισμού.²¹

The implementation of the law 4509/2017 in the Forensic Department of the Psychiatric Hospital of Thessaloniki

M. Markopoulou,¹ K. Iliou,¹ V. Karakasi,² Ath. Douzenis³

¹Forensic Department, General Hospital of Thessaloniki Georgios Papanikolaou-Psychiatric Hospital of Thessaloniki, Organic Unit Psychiatric Hospital of Thessaloniki,

²3rd Department of Psychiatry, Aristotle University of Thessaloniki, Medical School, AXEPA Hospital, Thessaloniki,

³2nd Department of Psychiatry, University of Athens, Medical School, "Attikon" Hospital, Athens, Greece

Psychiatriki 2020, 31:13–22

According to the Explanatory Memorandum of the law 4509/2017, a significant change is being made to the current institutional framework of Articles 69 and 70 of the ECHR concerning the penal treatment of mentally ill offenders, in order to ensure a high level of treatment for perpetrators with mental or intellectual disorder. In application of the law, it was examined in court the abolishment, maintenance or replacement of the treatment measure of 47 patients from the Department

of Forensic Psychiatry in Thessaloniki. The results were compared with the previous status quo. In 22 cases, abolishment was ordered for the patients to be discharged and return to their parent's home or to Psychosocial Rehabilitation Units. In 11 of them, their stay was in direct violation of the law due to exceeding the cap as defined by the severity of the offense. However, 7 patients remain voluntarily in the Department, as no beds are available in reintegration structures. 13 patients who have committed homicide remain with the psychiatrist's agreement beyond the overrunning the ten years of treatment due to the severity of the disease or the risk for violent behavior. The Public Prosecutor has provided solutions in many cases and has appointed lawyers for all patients as prescribed by law. However, the judiciary remains cautious and the trend towards exhaustion of the limits is clear, despite the fact that their fears are not confirmed by international bibliographic data. The application of N 4509/2017 attempts to change the landscape for this particular group of patients and allows visions for de-institutionalization, elimination of the stigma and personalized treatment, despite any ambiguities or potential problems that may arise. However, as the predominant social viewpoint, shown by the media, treats the mentally ill as dangerous, any positive changes are doomed to fail. In addition, it is necessary to develop psychiatric services for the treatment of patients which will not only treat psychotic symptoms but also antisocial and aggressive behavior in general.

Key words: Law, prosecutor, mentally ill offenders, trial, forensic psychiatry.

Βιβλιογραφία

1. *Mental health and human rights*. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 31.01.2017, article 32
2. *Mental Health and prisons*. The challenge, World Health Organization, International Committee of Red Cross, cited 1/12/2018, available from https://www.who.int/mental_health/policy/mh_in_prison.pdf
3. Μαρκοπούλου Μ, Κωτούλα Γ, Αντωνάκη Β, Κωνσταντινίδου Π, Δανιλάκογλου Χρ, Ρεβενάκης Θ και συν. *Δίκες αποχαρκτηρισμού και εξιτήριο από το Τμήμα Ακαταλόγιστων ΨΝΘ*. Αναρτημένη ανακοίνωση, 2ο Πολυθεματικό Συνέδριο Ψυχιατρικής & 2η Διεπιστημονική Συνάντηση Σχέσεων Ψυχιατρικής & Δικαίου με Διεθνή Συμμετοχή, Οκτώβριος 2015, Κοζάνη
4. Μαρκοπούλου Μ, Δανιλάκογλου Χρ, Ρεβενάκης Θ, Μπομποτάς Κ. *Αποκατάσταση παραβατικών ψυχιατρικών ασθενών*. Τμήμα Ακαταλόγιστων, Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Αναρτημένη ανακοίνωση, 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατροδικαστικής, Δεκέμβριος 2014, Αθήνα
5. Δουζένης Α. Η σημασία των «ακαταλόγιστων» για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση. *Ψυχιατρική* 2016, 27:165
6. Κοσμάτος Κ. *Η διάρκεια του εγκλεισμού σε ψυχιατρικό κατάστημα κατά το άρθρο 70 του Ποινικού Κώδικα*. Διδακτορική διατριβή, ΑΠΘ, 1998
7. Σκαραγκάς Δ. Ο ακαταλόγιστος έγκλειστος ψυχασθενής: ποινικός ή ψυχιατρικός έγκλειστος; *Έγκλημα και κοινωνία* 1987, 3:133–134
8. Φυτράκης Ε. Χορηγείται άδεια σε ακαταλόγιστο, κατ' άρθρο 69 ΠΚ, ψυχικά ασθενή; Ψυχιατρονομικά σημειώματα. *Άτη* 2014, 7:10–12
9. Έγγραφο ΕΨΕ αρ. πρωτ. 807/23-7-2009, *Θέμα: Νοσηλεία-Φύλαξη ασθενών στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία βάσει των άρθρων 69–70 του Ποινικού Κώδικα*
10. Μαρκοπούλου Μ, Τσιφτσόγλου Κ, Μπομποτάς Κ. Αναγκαστική νοσηλεία ή αναγκαστική παρακολούθηση; Αναρτημένη ανακοίνωση, Περιλήψεις 21ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Αθήνα 2011
11. Sturup J, Lindqvist P. Homicide offenders 32 years later - A Swedish population based study on recidivism. *Crim Behav Mental Health* 2014, 24:5–17, doi: 10.1002/cbm.1896
12. Golenkov A, Large M, Nielssen O. A 30-year study of homicide recidivism and schizophrenia. *Crim Behav Mental Health* 2013, 23:347–355, doi:10.1002/cbm.1876
13. Nielssen OB, Bourget D, Laajasalo T, Liem M, Labelle A, Hakkanen-Nyholm H et al. Homicide of strangers by people with a psychotic illness. *Schizophr Bull* 2011, 37:572–579, doi: 10.1093/schbul/sbp112
14. Nielssen OB, Yee NL, Millard MM, Large MM. Comparison of first-episode and previously treated persons with psychosis found NGMI for a violent offense. *Psychiatr Serv* 2011, 62:759–764, doi: 10.1093/schbul/sbn144
15. Schanda H, Knecht G, Schreinzer D, Stompe Th, Ortwein-Swoboda G, Waldhoer Th. Homicide and major mental disorders: a 25-year study. *Acta Psychiatr Scand* 2004, 110:98–107, doi: 10.1111/j.1600-0047.2004.00305.x
16. Simpson AI, McKenna B, Moskowitz A, Skipworth J, Barry-Walsh J. Homicide and mental illness in New Zealand, 1970–2000. *Br J Psychiatry* 2004, 185:394–8, doi: 10.1192/bjp.185.5.394

17. Hodgins S, Muller-Isberner R. Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of psychiatric services. *Br J Psychiatry* 2004, 185:245–250, doi: 10.1192/bjp. 185.3.245
18. Hodgins S, Müller-Isberner R, Allaire J. Attempting to understand the increase in the numbers of forensic beds in Europe. A multi-site study of patients in forensic and general psychiatric services. *Int J Forensic Ment Health Serv* 2006, 5:173–184, doi: 10.1080/14999013.2006.10471241
19. Hodgins S. The interface between general and forensic psychiatric services. *Eur Psychiatry* 2009, Editorial, 24, 354–355, doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.07.002
20. Δουζένης Α. Η σημασία των «ακαταλόγιστων» για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση. *Ψυχιατρική* 2016, 27:165
21. Δουζένης Α, Λύκουρας Α. Η επικινδυνότητα της σχιζοφρένειας. *Ψυχιατρική* 2011, 22:105–106

Αλληλογραφία: Μ. Μαρκοπούλου, Λαγκαδά 196, 56429 Σταυρούπολη, Θεσσαλονίκη, Τηλ: 2313-324 323, e-mail: marmark33@yahoo.gr