

Ηθική. Περιοδικό φιλοσοφίας

Αρ. 12 (2019)



Ανθρώπινα δικαιώματα και ψυχική ασθένεια: τα όρια της ελευθερίας του ψυχικά ασθενούς

Σταυρούλα Παρασκευοπούλου

doi: [10.12681/ethiki.22779](https://doi.org/10.12681/ethiki.22779)

Βιβλιογραφική αναφορά:

Παρασκευοπούλου Σ. (2020). Ανθρώπινα δικαιώματα και ψυχική ασθένεια: τα όρια της ελευθερίας του ψυχικά ασθενούς. *Ηθική. Περιοδικό φιλοσοφίας*, (12), 66–74. <https://doi.org/10.12681/ethiki.22779>

Ανθρώπινα δικαιώματα και ψυχική ασθένεια: τα όρια της ελευθερίας του ψυχικά ασθενούς

ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΥ

Η αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα

Το πρώτο, ευρέως γνωστό και με διαχρονική αξία, δεοντολογικό κείμενο που σώζεται μέχρι σήμερα είναι ο όρκος του Ιπποκράτη. Το περιεχόμενο του όρκου διδάσκει τη σημασία της υπευθυνότητας στο θέμα της διάγνωσης και θέτει σε προτεραιότητα την υγεία και την ωφέλεια του ασθενούς¹. Το γεγονός αυτό δεν ήταν καθόλου αυτονόητο για τα δεδομένα της εποχής που διατυπώθηκε, καθώς υπήρχαν κοινωνικά ευάλωτες ομάδες οι οποίες μπορούσαν να γίνουν αντικείμενο εκμετάλλευσης. Επίσης, ο γιατρός είχε τη δυνατότητα να αρνηθεί την παροχή θεραπείας σε ασθενείς που ήταν άποροι ή δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα να θεραπευτούν². Συνεπώς, ο όρκος υπήρξε κείμενο επαναστατικό για την εποχή του, διότι άλλαξε εντελώς τα δεδομένα στον χώρο της παροχής υπηρεσιών υγείας και το γενικό πνεύμα του εξακολουθεί να διαποτίζει μέχρι σήμερα όλα τα δεοντολογικά κείμενα, παρά την πρόοδο και την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και τις αλλαγές που αυτή έχει επιφέρει.

Μέχρι και τον 19^ο αιώνα, ο όρκος του Ιπποκράτη ήταν το μοναδικό δεοντολογικό κείμενο που υπήρχε και προστάτευε έμμεσα τα δικαιώματα των ασθενών, καθορίζοντας τις υποχρεώσεις των γιατρών. Στις μέρες μας, τα δικαιώματα των ασθενών αποτελούν κατηγορία ανθρώπινων δικαιωμάτων, τα οποία αυτονόητα και αυτοδίκαια έχει ο κάθε άνθρωπος. Η παγκόσμια επιστημονική κοινότητα, συνειδητοποιώντας την ανάγκη σαφών, ενιαίων και αυστηρών προδιαγραφών στη θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενούς, προχώρησε στη διατύπωση σχετικών αρχών και διακηρύξεων. Η πρώτη αναφορά σε αυτές χρονολογείται το 1947 με τον Κώδικα της Νυρεμβέργης, που διατυπώθηκε με αφορμή τα απάνθρωπα πειράματα των Ναζί³. Η διατύπωση του Κώδικα της Νυρεμβέργης αποτελεί κομβικό γεγονός, καθώς εισάγεται για πρώτη φορά η έννοια της πληροφορημένης συναίνεσης, η οποία συνιστά το θεμέλιο του συνεργατικού μοντέλου, το οποίο έχει καθιερωθεί σήμερα διεθνώς στη θεραπεία των ασθενών, ανατρέποντας το πατερναλιστικό μοντέλο θεραπείας που ίσχυε μέχρι τότε⁴. Προς την ίδια κατεύθυνση διατυπώθηκαν και άλλα ακόμη δεοντολογικά κείμενα, με βασικά κοινά σημεία την έμφαση στην ελευθερία και το δικαίωμα αυτοδιάθεσης των ασθενών, την προστασία της υγείας τους και της αξιοπρέπειάς τους και το δικαίωμά τους να μετέχουν ενεργά στη θεραπευτική διαδικασία. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις είναι όσο το δυνατόν λιγότερο περιοριστικές και οι ασθενείς δεν λαμβάνουν ποτέ θεραπεία παρά τη θέλησή τους. Οποιαδήποτε ενέργεια περιορισμού ή αναγκαστικής θεραπείας αποσκοπεί

στην προστασία τους και πραγματοποιείται σε πολύ ειδικές περιπτώσεις- μόνο εάν αδυνατούν να εκφράσουν τη θέλησή τους ή δεν μπορούν να αντιληφθούν ότι η θεραπεία είναι προς το συμφέρον τους⁵. Ως εκ τούτου, σύμφωνα με τα κείμενα αυτά, οι δεοντολογικοί κανόνες που διαμορφώθηκαν στη σύγχρονη ιατρική βασίζονται σε τέσσερις αρχές: την αρχή της ωφέλειας, της δικαιοσύνης και της ισοτιμίας -οι οποίες έχουν τις ρίζες τους στην αρχαιότητα- και την αρχή της αυτονομίας, που αποτελεί σαφώς νεότερη προσθήκη⁶.

Ειδική αναφορά στην ψυχική ασθένεια, με ευρεία αποδοχή, πραγματοποιείται με τη Διακήρυξη της Χαβάης το 1977, η οποία υιοθετήθηκε από την Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία ως Κώδικας Ψυχιατρικής Δεοντολογίας^{7,8}. Στη συνέχεια, ακολούθησαν και άλλα δεοντολογικά κείμενα παρόμοιου είδους. Η υιοθέτηση αυτών των κειμένων ευνοήθηκε και από τις γενικότερες κοινωνικές συνθήκες. Η μεταβολή των αντιλήψεων της κοινωνίας για τις κοινωνικές και ηθικές αξίες και, κυρίως, η αποδοχή των αρχών των ανθρώπινων δικαιωμάτων είχε ως αποτέλεσμα οι ψυχικά ασθενείς να διεκδικούν το δικαίωμα αυτοδιάθεσης και συμμετοχής τους στον καθορισμό της θεραπευτικής αγωγής, αντί να δέχονται παθητικά περιοριστικές για την ελευθερία τους θεραπευτικές πρακτικές, όπως συνέβαινε μέχρι τότε⁹.

Από το ψυχιατρείο στην κοινότητα

Παρότι οι αλλαγές που συντελέστηκαν είχαν δημιουργήσει μια φιλελεύθερη νοοτροπία, η οποία ευνοούσε την αποϊδρυματοποίηση και την ισότιμη διαβίωση των ψυχικά ασθενών μέσα στην κοινότητα, η πραγματική ελευθερία των τελευταίων κατέστη εφικτή μόνο μέσω της εξέλιξης της επιστήμης στον τομέα της ψυχοφαρμακολογίας και της ψυχοθεραπείας. Γεγονός σταθμός, που άλλαξε ριζικά τη ζωή των ψυχικά ασθενών, ήταν η ανακάλυψη της χλωροπρομαζίνης το 1952 και, στη συνέχεια, πολλών φαρμάκων- ακόμη πιο σύγχρονων και δραστικών σε χρόνιες ψυχικές ασθένειες, όπως η σχιζοφρένεια και η διπολική διαταραχή¹⁰. Τα νεότερα φάρμακα ήταν αποτελεσματικότερα από τα φάρμακα παλαιού τύπου και διέθεταν λιγότερο εμφανείς παρενέργειες, ώστε οι ψυχικά ασθενείς να μη διαφέρουν, εξωτερικά τουλάχιστον, από τους υγιείς ανθρώπους^{11,12}. Σε συνδυασμό, μάλιστα, με τις σύγχρονες ψυχοθεραπείες και τις παρεμβάσεις ψυχοεκπαιδευτικού τύπου για τη σχιζοφρένεια και τη διπολική διαταραχή, η λειτουργικότητά τους αυξήθηκε και οι υποτροπές μειώθηκαν· ως επακόλουθο, κατέληξαν να έχουν, πλέον, τη δυνατότητα να ζουν αυτοδύναμα μέσα στην κοινότητα και με ελάχιστη επίβλεψη από ειδικούς ψυχικής υγείας^{13,14}. Η πραγματικότητα της ψυχικής ασθένειας μεταβλήθηκε, καθότι η διαχείρισή της είναι δυνατή από τον ίδιο τον πάσχοντα- ο οποίος μπορεί να έχει στο εξής μια κανονική προσωπική, κοινωνική και επαγγελματική ζωή, να απολαμβάνει το αγαθό της ελευθερίας και της αυτοδιάθεσης και να ζει κανονικά μέσα στην κοινότητα ως ισότιμο και παραγωγικό μέλος της, έχοντας ίσα δικαιώματα και προοπτικές με οποιονδήποτε άλλον.

Επομένως, η πρόοδος της ψυχοφαρμακολογίας και της ψυχοθεραπείας έδωσε λύση σε μια σειρά προβλημάτων που σχετίζονταν με την ψυχική ασθένεια, όπως:

- δυστυχία και πτωχή ποιότητα για τον ψυχικά ασθενή, που προέρχονταν

από τη χαμηλή λειτουργικότητα και τα ενοχλητικά συμπτώματα της ασθένειας

- στέρηση της ελευθερίας του και καταπάτηση των δικαιωμάτων του εντός του περιοριστικού πλαισίου στο οποίο ζούσε· επειδή ήταν ανέφικτο -λόγω της αποδιοργάνωσης και των προβλημάτων που προκαλούσε η ασθένειά του- να ζει ανεξάρτητα μέσα στην κοινότητα· αφού δεν ήταν σε θέση να εργαστεί, να φροντίσει τον εαυτό του και να επικοινωνήσει με τους άλλους
- στιγματισμός του ψυχικά ασθενούς- με ό,τι αυτό συνεπάγεται για τη μετέπειτα ζωή του αλλά και της οικογένειάς του, καθώς η ψυχική ασθένεια συνήθως εκλαμβάνεται ως κληρονομική.

Ηθικά ζητήματα

Όμως, εκτός από λύσεις στα παραπάνω προβλήματα, οι εξελίξεις αυτές φαίνεται να δημιουργήσαν και ορισμένα ηθικά ζητήματα. Μολονότι η θεραπεία και η αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών έχει κάνει άλματα, υπάρχει πάντα το ενδεχόμενο των υποτροπών. Το γεγονός αυτό αποκτά άλλη διάσταση, καθώς η διαχείριση της ψυχικής ασθένειας έχει πλέον μεταφερθεί από το ψυχιατρείο στην κοινότητα. Για τον λόγο αυτό υφίσταται ο θεσμός της ακούσιας νοσηλείας, που έχει κατοχυρωθεί και νομικά με σκοπό την προστασία της κοινωνίας, αλλά και του ίδιου του ψυχικά ασθενούς, από την ενδεχόμενη επικινδυνότητά του¹⁵. Στο πλαίσιο, όμως, της σύγχρονης κοινωνίας, όπου τα ανθρώπινα δικαιώματα θεωρούνται αυτονόητα για όλους¹⁶, η στέρηση της προσωπικής ελευθερίας συνιστά ηθικό πρόβλημα, το οποίο έρχεται σε αντίθεση με το θεμελιώδες δικαίωμα της αυτονομίας και της αυτοδιάθεσης. Η μετατόπιση της ευθύνης από τον γιατρό στον ασθενή, με τη νομικά κατοχυρωμένη και πληροφορημένη συναίνεση, έχει μετατρέψει τον ασθενή από παθητικό δέκτη της θεραπείας σε βασικό φορέα θεραπευτικής απόφασης¹⁷. Ο θεσμός αυτός, αν και έχει καθαρά προστατευτικό χαρακτήρα, εγείρει ηθικά ζητήματα- αφού συνεπάγεται τον εγκλεισμό του ασθενούς και την αναγκαστική θεραπεία του ενάντια στη θέλησή του, τον στιγματισμό του με δυσάρεστες συνέπειες για τη μετέπειτα ζωή του και επίσης ένα πλήθος νομικών, οικονομικών και κοινωνικών συνεπειών, όπως διακοπή της επαγγελματικής του δραστηριότητας, νομική ανευθυνότητα και δικαστική συμπάρασταση¹⁸. Ωστόσο, η ηθική δικαιολόγηση των παραπάνω πράξεων στηρίχθηκε στη θεωρία του ωφελιμισμού αλλά και στην καντιανή δεοντολογία¹⁹. Βάσει της θεωρίας του ωφελιμισμού, είναι ηθικό ένας άνθρωπος να στερηθεί προσωρινά την ελευθερία του και να λάβει αναγκαστική θεραπεία γιατί έτσι εξασφαλίζεται η υγεία, η ασφάλεια της ζωής του και της σωματικής του ακεραιότητας, αλλά και η ασφάλεια και η ευημερία του κοινωνικού συνόλου. Ταυτόχρονα, και στη δεοντολογική θεωρία, η πράξη αυτή είναι ηθικά σωστή, διότι ο ειδικός ψυχικής υγείας πρέπει να αποφασίζει σύμφωνα με την καθαρή βούληση, η οποία είναι απαλλαγμένη από συμφέροντα και ιδιοτελείς σκοπούς, να πράττει δηλαδή αυτό το οποίο του υποδεικνύει το καθήκον του και είναι σωστό για κάθε άνθρωπο που σκέπτεται λογικά, αυτό που θα ήθελε να γίνει καθολικός νόμος. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, καθολικό νόμο θα μπορούσε να αποτελέσει το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να πράττουν με βάση το καθήκον τους προς

τους ασθενείς- το οποίο είναι να αξιοποιούν τις γνώσεις τους για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκαλούν οι ψυχικές ασθένειες, για το όφελος της υγείας και την ασφάλεια των ασθενών, και, κατ' επέκταση, για τη δημόσια υγεία και την ευημερία του κοινωνικού συνόλου. Επιπροσθέτως, για τους ίδιους ακριβώς λόγους, καθολικό νόμο θα συνιστούσε το ότι τα μέλη του κοινωνικού συνόλου θα πρέπει να προστατεύονται από την επικινδυνότητα που απορρέει από ορισμένες μορφές ψυχικής ασθένειας, όταν η τελευταία υποτροπιάζει- για παράδειγμα, σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου ή διπολική διαταραχή σε φάση μανίας. Για αυτόν τον λόγο, η προσωρινή στέρηση της ελευθερίας των ψυχικά ασθενών είναι θεμιτή, καθότι στη δεοντολογική θεωρία δε λαμβάνονται υπόψη οι συνέπειες μιας πράξης. Η απόφαση αυτή είναι αποδεκτή, υπό την προϋπόθεση ότι το κίνητρο των επαγγελματιών υγείας είναι το καθήκον απέναντι στον ασθενή και την κοινωνία, και όχι κάποιος ιδιοτελής σκοπός. Ο θεσμός της ακούσιας νοσηλείας δεν φαίνεται να συγκρούεται με το δικαίωμα της αυτονομίας και της αυτοδιάθεσης του ψυχικά ασθενούς, επειδή η προσωρινή στέρησή της του δίνει τη δυνατότητα να την απολαύσει στο μέλλον, όταν θα έχει -μέσω της κατάλληλης θεραπείας- απαλλαγεί από τα ενοχλητικά συμπτώματα της νόσου. Η θεραπευτική αυτή στρατηγική μοιάζει να είναι εκ των πραγμάτων μονόδρομος, αφού ο ψυχικά ασθενής -που βρίσκεται σε υποτροπή- δεν είναι σε θέση να απολαύσει το αγαθό της ελευθερίας λόγω των συνεπειών της, δηλαδή των συμπτωμάτων και της αποδιοργάνωσης που αυτή συνεπάγεται. Άρα, η προσωρινή στέρηση της ελευθερίας του δεν έχει περιοριστικό αλλά προστατευτικό χαρακτήρα.

Εντούτοις, τα ηθικά διλήμματα που αναδύονται σχετίζονται με το θέμα της διάγνωσης και της πρόβλεψης επικινδυνότητας, τουτέστιν την εκτίμηση της πιθανότητας εκδήλωσης επικίνδυνης και βίαιης συμπεριφοράς στο μέλλον. Σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία, προϋποθέσεις της ακούσιας νοσηλείας αποτελούν η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής, η ανικανότητα του ψυχικά ασθενούς να κρίνει το συμφέρον της υγείας του και η μη υποβολή του σε θεραπεία- ιδιαίτερα όταν αυτή οδηγεί είτε στην επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του είτε στη διάπραξη βίαιων και αυτοκαταστροφικών ενεργειών²⁰. Στην πράξη όμως, καθοριστικής σημασίας -και πολλές φορές μοναδικό κριτήριο για επιβολή ακούσιας νοσηλείας- είναι η απόδοση επικινδυνότητας σε έναν ψυχικά ασθενή για τον εαυτό του και τους άλλους, κατά την εκτίμηση του ψυχιάτρου²¹. Αν και στην πραγματικότητα η επικινδυνότητα χαρακτηρίζει μια μικρή μειοψηφία ψυχικά ασθενών, στην κλινική πράξη το μοναδικό κριτήριο για αναγκαστικό εγκλεισμό τους είναι η πιθανολογούμενη επικινδυνότητά τους, ακόμη και στην περίπτωση που αυτή δεν είναι επαρκώς τεκμηριωμένη²². Όπως προκύπτει από πλήθος ερευνών, οι ψυχικά ασθενείς δεν παρουσιάζουν υψηλότερη επικινδυνότητα από τον γενικό πληθυσμό. Οι βίαιες ενέργειες και τα εγκλήματα που έχουν διαπραχθεί από ψυχικά ασθενείς είναι σπάνια και αφορούν σε συγκεκριμένες διαγνωστικές κατηγορίες- και μόνο σε περιπτώσεις που δε λαμβάνουν θεραπεία ή κάνουν παράλληλη χρήση ουσιών^{23,24}. Πιο συγκεκριμένα, ένας άνθρωπος, διαγνωσμένος ως ψυχικά ασθενής, δύναται, υπό προϋποθέσεις, να εξαναγκαστεί σε ακούσια νοσηλεία και να υποβληθεί σε

αναγκαστική θεραπεία, ακόμη και αν δεν έχει παραβεί ποτέ τον νόμο. Παρότι υπάρχει σχετική νομοθεσία στην Ελλάδα, συνήθως εφαρμόζεται πλημμελώς λόγω διαφόρων πρακτικών εμποδίων, όπως η έλλειψη -επαρκώς καταρτισμένου σε ηθικά ζητήματα ή κατάλληλου- επιστημονικού προσωπικού, η απουσία διασύνδεσης μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων κ.λπ. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, άλλοτε να υπογράφουν δύο ειδικευόμενοι ψυχίατροι, άλλοτε μόνο ένας ψυχίατρος, άλλοτε να υπάρχουν δύο διαγνώσεις- η μία εκ των οποίων να είναι εικονική, δηλαδή όχι αποτέλεσμα εξέτασης και ψυχιατρικής κρίσης. Στη συνέχεια, οι εισαγγελείς αξιολογούν αυτές τις γνωματεύσεις ως επαρκείς και εμπεριστατωμένες, παρόλο που σε πολλές περιπτώσεις δεν είναι. Σχεδόν πάντα, η ακούσια μεταφορά για εξέταση ενός -κατά τη γνώμη των άλλων, για παράδειγμα των συγγενών- ψυχικά ασθενούς, επειδή κατά τους ισχυρισμούς τους δημιουργεί προβλήματα με τη συμπεριφορά του, συνεπάγεται αυτόματα και ακούσια νοσηλεία. Ως εκ τούτου, με τις επικρατούσες συνθήκες υπάρχουν περιθώρια υπέρβασης της εξουσίας, καθώς ένας φερόμενος ως ψυχικά ασθενής μπορεί να κρατηθεί στο ψυχιατρείο αναίτια, με επακόλουθο να παραβιαστούν, με τον περιορισμό του, θεμελιώδη και συνταγματικά κατοχυρωμένα δικαιώματά του. Το ηθικό ενδιαφέρον, στο σημείο αυτό, εστιάζεται στο ενδεχόμενο απόδοσης μιας διάγνωσης, αλλά και επικινδυνότητας, σε ασθενή που δεν του ταιριάζει ή σε άνθρωπο που δεν πάσχει από ψυχική ασθένεια, με αποτέλεσμα να εκτίθεται στον κίνδυνο των βλαπτικών συνεπειών- όπως ο περιορισμός και η στέρηση της προσωπικής του ελευθερίας, η καταστολή και ο εγκλεισμός του σε ένα ανεπιθύμητο ψυχιατρικό περιβάλλον, ο στιγματισμός με αρνητικές επιπτώσεις για τη μετέπειτα προσωπική, κοινωνική και επαγγελματική ζωή του, και επιπλέον νομικές συνέπειες που οδηγούν στη διαχείριση της ζωής του και της περιουσίας του από άλλους. Η διάγνωση αυτή σε πολλές περιπτώσεις είναι σκόπιμη, δηλαδή προϊόν πίεσης από την οικογένεια του ατόμου στο οποίο αποδίδεται, επειδή συχνά υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων και ασυμβατότητα μεταξύ του οφέλους του ατόμου στο οποίο αφορά η διάγνωση και του περιβάλλοντός του. Ψευδείς αιτήσεις τείνουν να γίνονται μεταξύ διαζευγμένων συζύγων για την επιμέλεια των παιδιών ή από στενούς συγγενείς για να έχουν πρόσβαση στη διαχείριση κινητής και ακίνητης περιουσίας, ειδικά σε περιόδους οικονομικής κρίσης²⁵.

Ωστόσο, τα ηθικά διλήμματα που ανακύπτουν από την πρόοδο της επιστήμης, η οποία έδωσε στους ψυχικά ασθενείς τη δυνατότητα να ζουν αυτοδύναμα, δεν περιορίζονται μόνο στη σκόπιμη διάγνωση, η οποία είναι ξεκάθαρα κατακριτέα, αλλά επεκτείνονται και στη μη σκόπιμη διάγνωση. Η τελευταία μπορεί να οφείλεται σε ιατρικό λάθος, το οποίο είναι συνήθως αποτέλεσμα ελλιπούς κατάρτισης (ειδικά όταν πρόκειται για ειδικευόμενους ψυχιάτρους). Δεν εμπεριέχει δόλο, όμως δεν παύει να εκθέτει το άτομο στους κινδύνους που αναφέρθηκαν παραπάνω. Είναι προφανές ότι η κρίση του ψυχιάτρου, ακόμη και αν αυτός δεν έχει την κατάλληλη επιστημονική κατάρτιση ή ηθική ευαισθητοποίηση, αποκτά παντοδυναμία, αφού δύναται να επηρεάσει καθοριστικά την πορεία και τη ζωή του ατόμου στο οποίο αναφέρεται. Το ερώτημα που προκύπτει εδώ είναι: ποιος ελέγχει την κρίση του

ψυχιάτρου και ποιος κατοχυρώνει τα δικαιώματα του ψυχικά ασθενούς;

Επίσης, μια εσφαλμένη διάγνωση μπορεί να οφείλεται και σε αδυναμία πρόβλεψης της επικινδυνότητας. Παρά την ύπαρξη σαφών διαγνωστικών κριτηρίων που καθοδηγούν τη διάγνωση, η εκτίμηση της επικινδυνότητας παραμένει προβληματική. Δεν είναι εφικτό, δηλαδή, να εκφραστεί με βεβαιότητα παρά μόνο με πιθανότητες, καθότι η επικινδυνότητα επηρεάζεται από την αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων, εσωτερικών και εξωτερικών, και η πιθανότητα εσφαλμένης πρόβλεψης είναι μεγάλη, καθώς στην κλινική πράξη τα πραγματικά επικίνδυνα περιστατικά είναι πολύ λιγότερα από εκείνα που είχαν αρχικά προβλεφθεί²⁶. Βασικό μέλημα των ειδικών ψυχικής υγείας με σοβαρή ηθική διάσταση, στην περίπτωση αυτή, είναι ο συγκερασμός αφενός της φροντίδας του ασθενούς και αφετέρου της προστασίας του κοινωνικού συνόλου²⁷. Επομένως, το ηθικό δίλημμα που εμφανίζεται είναι το εξής: θα πρέπει να περιορίζεται η ελευθερία του ψυχικά ασθενούς, ακόμη και άδικα (όταν η λειτουργικότητά του είναι σχετικά υψηλή και η κατάστασή του δεν είναι εμφανώς αποδιοργανωμένη, αλλά υπάρχουν μόνο ενδείξεις επικινδυνότητας κατά την κρίση του ψυχιάτρου, ο οποίος δεν ελέγχεται από κανέναν), και να υφίσταται τις ανάλογες συνέπειες (στιγματισμός, διακοπή της επαγγελματικής του δραστηριότητας, διαχείριση της ζωής και της περιουσίας του από άλλους) για να προστατευτεί το κοινωνικό σύνολο, με βάση μόνο την πιθανολογούμενη επικινδυνότητά του ή μήπως θα πρέπει να μην παραβιάζεται το θεμελιώδες δικαίωμα της αυτοδιάθεσης και της ελευθερίας του, αλλά να υπάρχει η -έστω και μικρή- πιθανότητα να κινδυνεύσουν μέλη του κοινωνικού συνόλου; Στο ζήτημα αυτό οι απαντήσεις, σύμφωνα με τις θεωρίες που προαναφέρθηκαν, είναι διαφορετικές. Κατά τη θεωρία του ωφελιμισμού, είναι ηθικά σωστή η πρώτη εκδοχή, διότι με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζεται ο μέγιστος βαθμός ευτυχίας για μεγαλύτερο αριθμό ατόμων· τουτέστιν, είναι προτιμότερο να φυλακιστεί και να στιγματιστεί, έστω και άδικα, ένας άνθρωπος, ακόμη και αν η επικινδυνότητά του δεν είναι τεκμηριωμένη, παρά να υπάρξει η παραμικρή πιθανότητα να κινδυνεύσουν μέλη του κοινωνικού συνόλου. Κατά τη δεοντολογική θεωρία, όμως, ηθικά ορθή είναι η δεύτερη εκδοχή, γιατί θα μπορούσε να συνιστά καθολικό νόμο ο σεβασμός του δικαιώματος της ελευθερίας, της αυτοδιάθεσης και της αξιοπρέπειας, που οδηγεί στην ποιότητα ζωής και την ευτυχία όλων των ανθρώπων και, κατ' επέκταση, στην ευημερία της κοινωνίας. Συγκεκριμένα, δεν είναι σωστό να φυλακιστεί και να στιγματιστεί άδικα ένας άνθρωπος, αφού, άλλωστε, η επικινδυνότητά του δεν είναι επαρκώς τεκμηριωμένη, παρόλο που αυτό μπορεί να έχει αρνητικά αποτελέσματα για το σύνολο, καθώς οι πράξεις στη δεοντολογική θεωρία δεν αξιολογούνται με βάση τις συνέπειές τους, αλλά είναι ηθικά ορθές όταν κίνητρο του ενεργούντος αποτελεί το καθήκον, και όχι κάποιος ιδιοτελής σκοπός.

Ως εκ τούτου, τα διλήμματα αυτά δεν θα είχαν ανακύψει αν δεν είχε προχωρήσει τόσο η εξέλιξη της ψυχοφαρμακολογίας και της ψυχοθεραπείας. Τα παλαιότερα χρόνια, που δεν υπήρχαν τα εξελιγμένα φάρμακα και οι σύγχρονες ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι, ο περιορισμός των ψυχικά ασθενών ήταν επιβεβλημένος, επειδή δεν μπορούσαν να διαχειριστούν την ασθένεια και τη ζωή τους σε συνθήκες ελευθερίας,

και ο στιγματισμός της οικογένειας ήταν αναπόφευκτος. Επιπροσθέτως, λόγω της υπερβολικά χαμηλής λειτουργικότητάς τους- που δεν τους επέτρεπε να είναι παραγωγικοί, να εργάζονται και να έχουν περιουσία- δεν υπήρχε ούτε ζήτημα εκμετάλλευσής τους. Άρα, η εξέλιξη της επιστήμης έδωσε λύση σε κάποια προβλήματα και, κυρίως, αποτελεσματικές θεραπείες σε ασθένειες που κάποτε ήταν ανίατες, εντούτοις δημιούργησε πλήθος ηθικών διλημάτων. Συνεπώς, τίθεται το ερώτημα: θα πρέπει κανείς να συναινέσει στην πρόοδο της επιστήμης με τον κίνδυνο να προκύψουν νέα προβλήματα ή θα πρέπει να την αρνηθεί για να αποφύγει τις δυσάρεστες αυτές παρενέργειές της; Το ερώτημα αυτό φαίνεται να οδηγεί σε αδιέξοδο, καθότι και στις δύο περιπτώσεις η πραγματικότητα της ψυχικής ασθένειας μοιάζει εφιαλτική. Στη μια περίπτωση συνυπάρχουν χρονιότητα και αναπηρία, επώδυνα συμπτώματα, χαμηλή ποιότητα ζωής και δυστυχία για τους ψυχικά ασθενείς, καθώς και στιγματισμός και ψυχολογική επιβάρυνση για τις οικογένειές τους. Στην άλλη περίπτωση υπάρχει το ενδεχόμενο κατάχρησης της διάγνωσης με άδικη στέρηση ελευθερίας, κοινωνικός στιγματισμός και άσχημες προοπτικές για το μέλλον ανθρώπων οι οποίοι έχουν τη δυνατότητα να είναι λειτουργικοί, παραγωγικοί και να ζουν μια κανονική και ποιοτική ζωή, καθώς και άδικος στιγματισμός της οικογένειάς τους, ο οποίος θα μπορούσε να έχει αποφευχθεί. Επιπλέον, η σχεδόν πλήρης αποκατάστασή τους και η αύξηση της λειτουργικότητάς τους αυξάνει την πιθανότητα εκμετάλλευσής τους, ειδικά σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Στο παραπάνω ζήτημα φαίνεται ότι η ηθική συγκρούεται με την επιστημονική πρόοδο, αφού αυτή άνοιξε τον δρόμο για την κατάχρηση της ψυχιατρικής διάγνωσης (ανθρώπων που μπορούν να ζήσουν ελεύθεροι) και την οικονομική εκμετάλλευση (ανθρώπων που δύνανται να είναι παραγωγικοί και οικονομικά ανεξάρτητοι). Είναι, όμως, έτσι ή το δίλημμα είναι μόνο επιφανειακό; Είναι γεγονός ότι -ανέκαθεν και ανεξάρτητα από τις επιστημονικές εξελίξεις- υπήρχαν στην κοινωνία φαινόμενα εκμετάλλευσης διαφόρων μορφών: πλημμελούς τήρησης της νομοθεσίας σε διάφορες περιστάσεις, ιατρικής αμέλειας και κακής άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος σε ασθένειες όχι μόνο ψυχικές αλλά και σωματικές. Κατά συνέπεια, όπως προκύπτει από τα παραπάνω, η ηθική δε συγκρούεται με τα επιτεύγματα της ψυχοφαρμακολογίας και της ψυχοθεραπείας, αλλά με την κακή χρήση τους και τον τρόπο που η κοινωνία τα διαχειρίζεται. Δηλαδή, η κατάχρηση της ψυχιατρικής διάγνωσης και η εκμετάλλευση των ψυχικά ασθενών συνιστούν προβλήματα στα οποία μπορεί να συμβάλει η κοινωνία, ανεξάρτητα από την πρόοδο της επιστήμης. Σε ένα κράτος φτώχειας και οικονομικής εξαθλίωσης, φορτωμένο με σοβαρά προβλήματα επιβίωσης, είναι πιο πιθανό να εκδηλωθούν φαινόμενα εκμετάλλευσης, αν το κοινωνικό πλαίσιο και οι συνθήκες το επιτρέψουν. Αντίθετα, σε κοινωνίες οικονομικής ευμάρειας τα φαινόμενα αυτά είναι εξαιρετικά σπάνια. Επομένως, η κοινωνία, και συγκεκριμένα οι κυβερνήσεις των κρατών, μπορεί να συμβάλει στην εξάλειψη τέτοιων φαινομένων, με μέτρα που θα αντιμετωπίσουν την οικονομική ύφεση και θα δημιουργήσουν συνθήκες ευημερίας για όλους. Επίσης, είναι καίριας σημασίας η ύπαρξη, και κυρίως η σωστή εφαρμογή, ενός επαρκούς νομικού πλαισίου, καθώς και η στελέχωση των δομών ψυχικής υγείας με κατάλληλους

επιστήμονες, πλήρως καταρτισμένους αλλά και ηθικά ευαισθητοποιημένους, ώστε να αποφεύγονται φαινόμενα αμέλειας ή κατάχρησης της διάγνωσης. Καταλήγοντας, στο τελευταίο ερώτημα, η ηθική φιλοσοφία δεν απαντά προτρέποντας να σταματήσει η πρόοδος της επιστήμης στον τομέα της ψυχικής υγείας, αλλά προτείνοντας να γίνει σωστή διαχείριση των επιστημονικών επιτευγμάτων και των δυνατοτήτων που αυτά προσφέρουν, ώστε η κοινωνία να προφυλαχτεί από την κακή χρήση τους και τις παρενέργειές τους· με τον τρόπο αυτό η κοινωνία θα απολαμβάνει μόνο τις θετικές εφαρμογές τους και η εξέλιξη της επιστήμης θα συμβάλει αποκλειστικά στην ευτυχία και στην ποιότητα ζωής των μελών της²⁸.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

1. Ε. Πουλάκου - Ρεπελάκου & Λ. Λύκουρας, «Αρχές ηθικής και δεοντολογίας στην αρχαιοελληνική και βυζαντινή ψυχιατρική», στο *Ηθική και Δεοντολογία στην Ψυχική Υγεία*, Α. Δουζένης & Λ. Λύκουρας (επ.), εκδ. Βήτα, 2014.
2. W. Morgan, «Hippocrates on Ethical Practice Management», *Journal of Chiropractic Humanities* 11 (2004): pp. 44-48.
3. E. Shuster, «Fifty years later: The significance of the Nuremberg Code», *The New England Journal of Medicine* 337 (1997): pp. 1436- 1440.
4. E. Shuster, «The Nuremberg Code: Hippocratic ethics and human rights», *The Lancet* 351 (1998): pp. 974-977.
5. Ν. Μπιλανάκης, *Ψυχιατρική περίθαλψη και ανθρώπινα δικαιώματα στην Ελλάδα*, εκδ. Οδυσσέας, 2004.
6. T. Beauchamp & J. Childress, *Principles of biomedical ethics*, Oxford University Press, 2001.
7. Α. Χαϊδεμένος, «Ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα στην ψυχιατρική», *Τετράδια Ψυχιατρικής* 72 (2000): σσ. 54-62.
8. Β. Αλεβίζος & Γ. Χριστοδούλου, «Ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα στην ψυχιατρική» στο *Ψυχιατρική*, Χριστοδούλου και συν.(επ.), εκδ. Βήτα, 2000.
9. Ν. Μπιλανάκης, ό.π.
10. G. Christodoulou, D. Ploumpidis, N. Christodoulou, N. Anagnostopoulos, «Mental Health Profile in Greece», *International Psychiatry* 7(3) (2010): pp. 64-67.
11. Ο. Γιωτάκος, «Άτυπα αντιψυχωσικά: Νέες προοπτικές στη θεραπεία της σχιζοφρένειας», *Εγκέφαλος* 36 (1999): σσ. 99-108.
12. M. Chakos, J. Lieberman, E. Hoffman, D. Brandford, B. Sheitman, «Effectiveness of second generation antipsychotics in patients with treatment-resistant schizophrenia: A review and meta-analysis of randomized trials», *American Journal of Psychiatry* 158 (4) (2001): pp. 518- 526.
13. T. Lincoln, K. Wilhelm, Y. Nestorius, «Effectiveness of psychoeducation for relapse symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis», *Schizophrenia Research* 96 (2007): pp. 232-245.
14. M. Otto, N. Harrington, G. Sachs, «Psychoeducational and cognitive behavioral strategies in the management of bipolar disorder», *Journal of Affective Disorders* 73 (2003): pp. 171-181.
15. Ν. Μπιλανάκης, ό.π.
16. Μ. Δραγώνα- Μονάχου, «Ηθική και βιοηθική» στο *Επιστήμη και Κοινωνία*, (2000).
17. Κ. Μαρκεζίνη, «Η έννοια της συγκατάθεσης ως έκφραση αυτονομίας του ασθενούς», *Επιστήμη και Κοινωνία* 8-9 (2000).
18. Β. Αλεβίζος & Γ. Χριστοδούλου, ό.π.
19. Θ. Πελεγρίνης, *Ιατρική Ηθική*, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2009.
20. Μ. Λειβαδίτης, *Ψυχιατρική και δίκαιο: Ιστορικά, κοινωνικά, νομικά προβλήματα. Η συμβολή της κοινωνικής ψυχιατρικής*, εκδ. Παπαζήση, 1994.
21. P. Chodoff, «Involuntary hospitalization of the mentally ill as a moral issue», *American Journal of*

Psychiatry 141 (1984): pp. 384-389.

22. R. Christensen, «Ethical issues in community mental health: Cases and conflicts», *Community Mental Health Issue* 33 (1) (1997): pp. 5-11.

23. P. Taylor & J. Gunn, «Homicides by people with mental illness: myth and reality», *British Journal of Psychiatry* 174 (1999): pp. 9-14.

24. E. Walsh, A. Buchanan, T. Fahy, «Violence and schizophrenia: Examining the evidence», *British Journal of Psychiatry* 180 (2002): pp. 490- 95.

25. Δ. Ψαρούλης & Π. Βούλτσος, *Ιατρικό Δίκαιο: Στοιχεία Βιοηθικής*, University Studio Press, 2010.

26. P. Mullen, «Επικινδυνότητα, κίνδυνος και η πρόβλεψη πιθανότητας» στο M. Celder, J. Lopez-Ibor, N. Andersen, *Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική*, Τόμος Γ, 2008.

27. Δ. Πλουμπίδης, «Ηθικά ζητήματα κατά την πρόσφατη πορεία της ψυχιατρικής και η εκπαίδευση στην ηθική» στο *Ηθική και Δεοντολογία στην Ψυχική Υγεία*, Α. Δουζένης & Λ. Λύκουρας (επι.), εκδ. Βήτα, 2014.

28. Θ. Πελεγράνης, *Από τον πολιτισμό στην πείνα*, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2008.