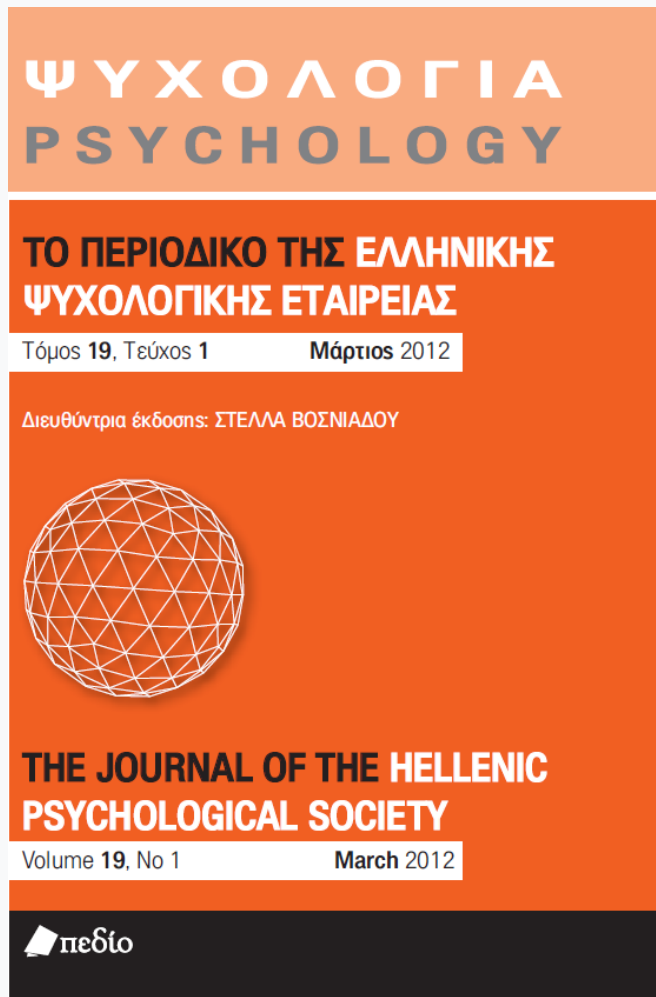


Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society

Vol 19, No 1 (2012)



Involuntary commitment to a psychiatric institution: From the spirit of the law to the reality of its implementation

Ειρήνη Γρηγοριάδου, Ευαγγελία Αμπατζή, Ευγενία Γεωργάκα

doi: [10.12681/psy_hps.23609](https://doi.org/10.12681/psy_hps.23609)

Copyright © 2020, Ειρήνη Γρηγοριάδου, Ευαγγελία Αμπατζή, Ευγενία Γεωργάκα



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

To cite this article:

Γρηγοριάδου Ε., Αμπατζή Ε., & Γεωργάκα Ε. (2020). Involuntary commitment to a psychiatric institution: From the spirit of the law to the reality of its implementation. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 19(1), 80–102. https://doi.org/10.12681/psy_hps.23609

Ακούσια εισαγωγή σε ψυχιατρική μονάδα: Από το πνεύμα του νόμου στην καθημερινότητα της εφαρμογής του

ΕΙΡΗΝΗ ΓΡΗΓΟΡΙΑΔΟΥ¹

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΑΜΠΑΤΖΗ²

ΕΥΓΕΝΙΑ ΓΕΩΡΓΑΚΑ³

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα μελέτη διερευνά τη διάσταση ανάμεσα στο νόμο 2071/92 για την ακούσια εισαγωγή ατόμων με ψυχική διαταραχή σε μονάδα ψυχικής υγείας και στην πρακτική εφαρμογή του, μέσω της άντλησης πληροφοριών από τους άμεσα εμπλεκόμενους στη διαδικασία ψυχιάτρους, εισαγγελείς, αστυνομικούς υπαλλήλους και ψυχιατρικούς ασθενείς. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος των ημιδομημένων συνεντεύξεων με τέσσερις συμμετέχοντες από κάθε επαγγελματική ομάδα και τέσσερα άτομα με εμπειρία ακούσιας εισαγωγής. Το υλικό που προέκυψε αναλύθηκε συστηματικά και οργανώθηκε σε κατηγορίες σύμφωνα με τις αρχές της θεμελιωμένης θεωρίας. Από την ανάλυση του υλικού προκύπτει μια επαρκής εικόνα για τον τρόπο διεξαγωγής της ακούσιας εισαγωγής, τις πτυχές του νόμου που εφαρμόζονται και αντίστοιχα αυτές που δεν εφαρμόζονται, τις δυσκολίες στην εφαρμογή του νόμου, καθώς και ευρύτερα ζητήματα που αφορούν την ακούσια εισαγωγή. Στα κεντρικά ζητήματα που αναδείχθηκαν συγκαταλέγονται η διακρίσιμότητα των ρόλων των συμμετεχόντων και η έλλειψη συνεργασίας μεταξύ τους, η σημασία της επικινδυνότητας που συσπειρώνει όλους τους εμπλεκόμενους επαγγελματίες και παρακάμπτει το στόχο της φροντίδας, και η ανυπαρξία ενδεδειγμένου πλαισίου εφαρμογής του νόμου, που οδηγεί σε σημαντικές διαφοροποιήσεις στην εφαρμογή του ανάλογα με την προσωπική στάση και γνώση του κάθε εμπλεκόμενου επαγγελματία.

Λέξεις-κλειδιά: Ακούσια εισαγωγή, Επαγγελματικές πρακτικές, Θεμελιωμένη θεωρία.

1. Διεύθυνση: Υποψήφια διδάκτωρ κοινωνικής κλινικής ψυχολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νικητάρα 3, Νεάπολη, 56728, Θεσσαλονίκη. Τηλ.: 2310-619149, 6976782315. E-mail: irgrigor@hotmail.com
2. Διεύθυνση: Ψυχολόγος στο Κέντρο Πρόληψης και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Σάμου, Φάρος, Σμύρνης 28, 83100, Σάμος, Τηλ.: 22730-23443, 6979436467. E-mail: eampazi@yahoo.gr
3. Διεύθυνση: Επίκουρη Καθηγήτρια, Τομέας Κοινωνικής και Κλινικής Ψυχολογίας, Τμήμα Ψυχολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη 54124, Τηλ: 2310 997472, Φαξ: 2310 997384, E-mail: georgaca@psy.auth.gr

1. Εισαγωγή

Η ακούσια εισαγωγή, δηλαδή η εισαγωγή ενός ατόμου σε ψυχιατρική μονάδα παρά τη θέλησή του, στη χώρα μας ξεπερνά το 40% των ψυχιατρικών εισαγωγών, τη στιγμή που διεθνώς θεωρείται παραδεκτό να γίνεται ακούσια μόλις το 10% του συνόλου των εισαγωγών σε ψυχιατρικές μονάδες (Κοκκινάκος, 2007. Μπιλανάκης, 2004). Την ίδια στιγμή, ο σταδιακά αυξανόμενος αριθμός των ακούσιων εισαγωγών στην πόλη της Θεσσαλονίκης, όπως προκύπτει από διερεύνησή μας στο αρχείο της Εισαγγελίας Πρωτοδικών, οδηγεί στη διαπίστωση ότι η χρήση της ακούσιας εισαγωγής έχει εξελιχθεί από έσχατη λύση σε συνήθη πρακτική.

Κριτήρια και διαδικασία της ακούσιας εισαγωγής

Το καθεστώς της ακούσιας εισαγωγής σε ψυχιατρική μονάδα στην Ελλάδα ρυθμίζεται από το νόμο 2071/92, ο οποίος αντικατέστησε την παλαιότερη αναχρονιστική νομοθεσία που είχε προκαλέσει διεθνείς αντιδράσεις (Πλουμπίδης, 1995). Ο νόμος ήλθε να επισφραγίσει νομοθετικά τη διαδικασία της αποασυλοποίησης και της σταδιακής ένταξης των έγκλειστων στην κοινότητα, που είχε ξεκινήσει με τον κανονισμό 815/84 της ΕΟΚ, εισάγοντας μια σειρά από καινοτόμα στοιχεία σε πλήρη αρμονία με το πνεύμα της Ευρωπαϊκής Σύμβασης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (Κοσμάτος, 2007. Μπιλανάκης, 2004).

Σύμφωνα με το νόμο 2071/92, προϋποθέσεις για τον ακούσιο εγκλεισμό ενός ατόμου είναι να πάσχει από ψυχική διαταραχή, να μην είναι ικανό να κρίνει το συμφέρον της υγείας του, και είτε η έλλειψη νοσηλείας να έχει ως συνέπεια την επιδείνωση της ψυχικής υγείας του είτε η νοσηλεία να είναι απαραίτητη προκειμένου να αποτραπούν πράξεις βίας ενάντια σε τρίτους ή στο ίδιο. Τον εγκλεισμό μπορούν να ζητήσουν συγγενείς έως ορισμένου βαθμού ή σε επείγουσες περιπτώσεις αυτεπάγγελτα ο εισαγγελέας πρωτοδικών. Η αίτηση για την ακούσια εισαγωγή πρέπει να συνοδεύεται από δύο αιτιολογημένες γνωματεύσεις

ψυχιάτρων. Αν αυτές συμφωνούν, ο εισαγγελέας ζητά τη μεταφορά του φερόμενου ως ψυχικά ασθενή σε κατάλληλη μονάδα ψυχικής υγείας. Και καθώς στην πράξη το άτομο αρνείται συνήθως να εξεταστεί για την έκδοση γνωμάτευσης, ο εισαγγελέας δίνει εντολή να μεταφερθεί στο πλησιέστερο ψυχιατρικό κατάστημα προς ψυχιατρική εξέταση. Οι γνωματεύσεις των ψυχιάτρων αποστέλλονται μέσα σε 48 ώρες στον εισαγγελέα, ο οποίος και διατάσσει τη νοσηλεία. Την εισαγωγή του ατόμου στη μονάδα ψυχικής υγείας ακολουθεί ενημέρωση για τα δικαιώματά του και υπογραφή σχετικού πρωτοκόλλου. Ο εισαγγελέας εισάγει το ζήτημα στο Μονομελές Πρωτοδικείο εντός τριών ημερών και αυτό με τη σειρά του οφείλει να συνεδριάσει μέσα σε δέκα ημέρες. Στη συνεδρίαση καλείται ο ασθενής, ο οποίος δικαιούται να παραστεί με δικηγόρο και ψυχίατρο ως τεχνικό σύμβουλο. Αν το Πρωτοδικείο αποφασίσει συνέχιση της νοσηλείας, ο ασθενής έχει το δικαίωμα να υποβάλει έφεση. Ακόμη, τόσο ο ίδιος όσο και οι συγγενείς του δικαιούνται να ζητήσουν διακοπή της ακούσιας νοσηλείας. Η νοσηλεία διακόπτεται όταν παύουν να υφίστανται οι λόγοι που την προκάλεσαν. Με την πάροδο τριών μηνών, εάν η νοσηλεία συνεχίζεται, υποβάλλεται έκθεση από τους θεράποντες ψυχιάτρους στον εισαγγελέα για την αιτιολόγηση της περαιτέρω παράτασης. Μέγιστη διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας είναι οι έξι μήνες, εκτός από εξαιρετικές περιπτώσεις, και τότε χρειάζεται αιτιολογημένη έκθεση τριών ψυχιάτρων (Αλεβίζος, 1997. Παρασκευόπουλος & Κοσμάτος, 1997. Σπυρόπουλος, 1997).

Στη διεθνή σκηνή τα κριτήρια για την ακούσια εισαγωγή συμπίπτουν με αυτά που ισχύουν και στη χώρα μας. Η έννοια του κινδύνου είτε δηλώνεται ξεκάθαρα είτε υπονοείται και η διαφοροποίηση έγγειται στις λέξεις με τις οποίες διατυπώνεται το κριτήριο αυτό. Οι νομοθεσίες της Ιταλίας, της Ισπανίας και της Μεγάλης Βρετανίας ορίζουν την ανάγκη παρέμβασης σε περιπτώσεις επείγουσας ανάγκης. Κεντρική θέση στην Ολλανδία και τη Γαλλία κατέχει η έννοια του κινδύνου. Στον αντίποδα βρίσκεται το Βέλγιο, που ορίζει τον κίνδυνο ως σοβαρή κατάσταση εγκατάλειψης του

ασθενούς, δίνοντας έτσι έμφαση στην υγεία του (Bernardet, 1997. Zinkler & Priebe, 2002). Στις σκανδιναβικές χώρες η ακούσια νοσηλεία λαμβάνει χώρα όταν ο ασθενής δεν έχει επιλογή ή αρνείται τη νοσηλεία ή είναι ανίκανος να εκφράσει γνώμη (Kaltiala-Heino, Korkeila, Tuohimaki, Tuori, & Lehtinen, 2000. Kjellin, Høyer, Engberg, Kaltiala-Heino, & Sigurjonsdottir, 2006. Olosson & Norberg, 2001). Στις ΗΠΑ υπάρχει η τάση αντικατάστασης του κριτηρίου της ανάγκης θεραπείας με την υποχρεωτική εφαρμογή του κριτηρίου του κινδύνου με στόχο τη μείωση των υποχρεωτικών νοσηλειών (Dressing & Salize, 2004).

Δικαιώματα του ασθενούς στην ακούσια νοσηλεία: Είναι δυνατή η διασφάλιση;

Η πρόοδος που συντελέστηκε με το νέο νόμο συνίσταται στη θεσμοθέτηση ορισμένων διασφαλίσεων για τον ασθενή. Ο νόμος καθιερώνει σαφείς προϋποθέσεις για την επιβολή της ακούσιας νοσηλείας, ενώ παλαιότερα αρκούσε η βεβαίωση της αστυνομικής αρχής ή οποιουδήποτε τρίτου. Περιορίζει την αυθαιρεσία των ψυχιάτρων, ορίζοντας το δικαστικό έλεγχο των αποφάσεων για τη νοσηλεία μέσα σε σύντομες προθεσμίες. Θέτει ανώτατο όριο νοσηλείας, σε αντίθεση με τον απεριόριστο και χρονικά απροσδιόριστο εγκλεισμό του παρελθόντος. Αντιμετωπίζει τον ασθενή ως φορέα δικαιωμάτων, καθιερώνοντας το δικαστικό έλεγχο της ορθότητας του ακούσιου εγκλεισμού κλεισμένων των θυρών, ώστε να αποφευχθούν φαινόμενα στιγματισμού, και του δίνει τη δυνατότητα να αναπτύσσει τις απόψεις του και να ασκεί ένδικα μέσα, λειτουργώντας διορθωτικά στην αυστηρότητα της κύρωσης. Αναγνωρίζει ότι ο εγκλεισμός είναι μέτρο που προσβάλλει την προσωπική ελευθερία και αξιοπρέπεια του ατόμου και καταπατά θεμελιώδη δικαιώματά του, γι' αυτό και η στέρησή τους μπορεί να γίνει αποδεκτή μόνο υπό την εγγύηση της δικαστικής εξουσίας. Σε αντιδιαστολή με τη φυλακτική λογική του παρελθόντος, αναδεικνύει ως προτεραιότητα το θεραπευτικό προσανατολισμό, διασφαλίζοντας το σεβασμό της ανθρώπινης προσωπικότητας (Κουτσουράδης & Γεωργιάδη, 2002. Μανιτάκης, 1997.

Μητροσύλη, 1997. Τεμπέλη & Κωνσταντακόπουλος, 2003).

Αυτή η φιλελεύθερη νομοθετική ρύθμιση ωστόσο δεν είχε την αναμενόμενη αποδοχή. Οι λιγοστές μελέτες που έχουν εκπονηθεί σχετικά με την εφαρμογή του νόμου 2071/92 (Κοσμάτος, 1994, 2002. Παρασκευόπουλος & Κοσμάτος, 1997. Συνήγορος του Πολίτη, 2007) καταδεικνύουν την έλλειψη εφαρμογής των σημαντικότερων προβλέψεών του, φτάνοντας συχνά έως και στην καταπάτηση θεμελιωδών δικαιωμάτων των ασθενών. Οι έρευνες διαπιστώνουν αποκλειστική χρήση του κριτηρίου της επικινδυνότητας στο ένα τρίτο των ακούσιων εισαγωγών, χωρίς αυτή στη συνέχεια να τεκμηριώνεται από το δικαστήριο. Συγχρόνως παρατηρείται σταδιακή μείωση των περιπτώσεων τήρησης των νόμιμων χρονικών προθεσμιών, τόσο αυτής των τριών ημερών που αφορά την εισαγωγή της αίτησης για ακούσια εισαγωγή από την Εισαγγελική Αρχή στο Μονομελές Πρωτοδικείο, όσο και εκείνης των δέκα ημερών για την εκδίκαση της υπόθεσης, με αποτέλεσμα την υπέρβαση της συνολικής διάρκειας των έξι μηνών της ακούσιας νοσηλείας. Η μοναδική προθεσμία που φαίνεται να τηρείται ξεκάθαρα είναι αυτή των 48 ωρών από την ακούσια εισαγωγή του ασθενή έως τη σύνταξη των ψυχιατρικών γνωματεύσεων. Μάλιστα, η θετική διαπίστωση του Συνήγορου του Πολίτη (2007) ότι το 98% των γνωματεύσεων συντάσσονται από δυο ψυχιάτρους αντικρούει παλαιότερο εύρημα του Πλουμπίδη (1997) αναφορικά με τη σύνταξη μιας μόνο έκθεσης υπογεγραμμένης από δύο ψυχιάτρους. Ωστόσο, στις μισές από αυτές δεν καλύπτεται η απαίτηση του νόμου για αιτιολογημένες γνωματεύσεις. Η μεταφορά των ασθενών στο ψυχιατρείο σε ποσοστό 97% πραγματοποιείται από την αστυνομία και όχι από το ΕΚΑΒ (Συνήγορος του Πολίτη, 2007). Τέλος, όσον αφορά την άσκηση δικαιωμάτων, στη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων ο ασθενής κατά την εισαγωγή του στο ψυχιατρείο δεν ενημερώνεται γι' αυτά, δεν ασκεί ένδικα μέσα κατά των αποφάσεων του δικαστηρίου και τελικά ερημοδικάζεται (Κοσμάτος, 1994, 2002. Παρασκευόπουλος & Κοσμάτος, 1997. Συνήγορος του Πολίτη, 2007).

Πέρα από τις ξεκάθαρες παραβιάσεις του νόμου 2071/92, ορισμένες από τις διατάξεις του δεν αποσαφηνίζονται, με αποτέλεσμα να παρουσιάζονται κενά και αντιφάσεις στην καθημερινή πρακτική εφαρμογή του. Μια πρώτη αντίφαση αφορά την ακούσια εισαγωγή για εξέταση και τη σχέση της με την ακούσια νοσηλεία. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων η ακούσια εξέταση καταλήγει να μη διαφοροποιείται από την ακούσια νοσηλεία, αν και η πρώτη δεν συνεπάγεται τη δεύτερη με βάση το νόμο (Κοσμάτος, 1998. Μπιλανάκης, 2004, 2005). Ακόμη, ενώ η δικαστική απόφαση οφείλει να είναι αιτιολογημένη, στην πράξη ο δικαστής απλώς επαναλαμβάνει τους όρους του νόμου, χωρίς να τεκμηριώνει την απόφαση με πραγματικά περιστατικά και αποδεικτικά μέσα (Κοσμάτος, 1994. Παρασκευόπουλος & Κοσμάτος, 1997). Οι ψυχίατροι, από την πλευρά τους, στις γνωματεύσεις που συντάσσουν δεν αναφέρονται στις εκδηλώσεις της νόσου ή σε τυχόν πράξεις βίας, σε προγενέστερη νοσηλεία και στους λόγους για τους οποίους δεν είναι δυνατή η εκτός νοσοκομείου αντιμετώπιση (Φυτράκης, 2007). Περαιτέρω ζήτημα δημιουργεί το γεγονός ότι παρόλο που, σύμφωνα με το νόμο, η μεταφορά του ασθενή προς εξέταση οφείλει να γίνεται υπό συνθήκες που διασφαλίζουν το σεβασμό στην προσωπικότητα και την αξιοπρέπεια του, και ενώ γίνεται λόγος για ψυχικά ασθενείς και για μεταφορά τους σε νοσοκομείο, αρμόδια υπηρεσία γι' αυτό δεν είναι στην πραγματικότητα το ΕΚΑΒ αλλά η Αστυνομία, στη βάση της ευθύνης της να προστατεύει την ασφάλεια και την ευημερία της κοινωνίας (Τεμπέλη & Κωνσταντάκος, 2003. Φυτράκης, 2007). Μια άλλη αντίφαση προκύπτει από την εφαρμογή της ακούσιας νοσηλείας σε ανοικτά τμήματα, ελλείψει ύπαρξης «κλειστών» ψυχιατρικών τμημάτων. Επειδή το άτομο που βρίσκεται παρά τη θέλησή του στο ψυχιατρείο μπορεί ανά πάσα στιγμή να απομακρυνθεί από αυτό, συχνά εφαρμόζεται ως μέσο περιορισμού του η σωματική και χημική καθήλωση (Κατσαφούρος, 2003. Μπιλανάκης, 2004). Τέλος, παρά την ανάπτυξη νέων δομών, η χώρα δεν έχει τομεοποιηθεί ούτε έχει αποκτήσει περιφερειακό σύστημα ψυχικής υγείας, με αποτέλεσμα

στις περισσότερες περιπτώσεις να είναι αδύνατη η περιθάλψη ενός ασθενή στο γεωγραφικό του χώρο, ενώ σε συνδυασμό με το μικρό αριθμό θέσεων νοσηλείας στα δημόσια ψυχιατρικά τμήματα και την έλλειψη ορισμού από το νόμο των κριτηρίων που περιγράφουν την κατάλληλη μονάδα ψυχικής υγείας, δημιουργούνται περιθώρια για στροφή στον ιδιωτικό τομέα (Κατσαφούρος, 2003. Μαδιανός, 2002. Στυλιανίδης, Μητροσύλη, & Πλουμπίδης, 1997).

Ως αιτίες για τη μη εφαρμογή της νομοθεσίας η βιβλιογραφία επισημαίνει τον αργό, γραφειοκρατικό και απρόσωπο χαρακτήρα της διαδικασίας της ακούσιας εισαγωγής, που δεν προβλέπει προσωπική επαφή μεταξύ εισαγγελέων, ψυχιάτρων και ψυχικά πασχόντων, καθώς και την έλλειψη ενημέρωσης των άμεσα ενδιαφερόμενων για τα δικαιώματά τους, συχνά ως απόρροια της έλλειψης σχετικών γνώσεων από την πλευρά των ίδιων των ψυχιάτρων. Κυρίως όμως η μη εφαρμογή της νομοθεσίας φαίνεται να οφείλεται στη διατήρηση παλαιότερων αντιλήψεων και πρακτικών και στην άρνηση υιοθέτησης μιας νέας κουλτούρας όσον αφορά τη θεώρηση και αντιμετώπιση της ψυχικής υγείας και ασθένειας (Κοσμάτος, 1994, 2002, 2007. Παρασκευόπουλος, 1993. Παρασκευόπουλος & Κοσμάτος, 1997. Τεμπέλη & Κωνσταντάκος, 2003).

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας τονίζει ότι σε κάθε περίπτωση η ακούσια νοσηλεία πρέπει να θεωρείται έσχατη λύση και να γίνεται προσπάθεια να αποφεύγεται όσο είναι δυνατόν (Βαλμά, 2005). Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, το μέτρο αυτό δικαιολογείται στη βάση μιας αντικειμενικής ιατρικής πραγματογνωμοσύνης, όταν κάθε άλλο λιγότερο αυστηρό μέτρο κρίνεται ανεπαρκές για τη διαφύλαξη του ατομικού ή δημόσιου συμφέροντος (Μπρεδήμας, 2006). Στη χώρα μας ωστόσο παρατηρείται μεγαλύτερος αριθμός ακούσιων εισαγωγών συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, στοιχείο που αντικατοπτρίζεται στις έρευνες για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ανθρώπων που εισάγονται ακούσια σε μονάδες ψυχικής υγείας έναντι όσων εισάγονται εκούσια. Οι περισσότεροι ασθενείς που νοσηλεύονται ακούσια είναι

άντρες, με διάγνωση σχιζοφρένειας και άλλων ψυχωτικών διαταραχών που έχουν περισσότερο χρόνιο χαρακτήρα, άγαμοι, άνεργοι ή αυτοαπασχολούμενοι, ανειδίκευτοι, από χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα, συχνά χωρίς ιδιόκτητη κατοικία, με ιστορικό βίας ή συμπεριφορών ενοχλητικών για το περιβάλλον τους, το οποίο ζητά ψυχιατρική βοήθεια μέσω εισαγγελικής παραγγελίας. Περαιτέρω, η ακούσια εισαγωγή αποτελεί παράγοντα παράτασης της χρονικής διάρκειας της νοσηλείας, η οποία διαρκεί περισσότερο από ό,τι κατά την εκούσια εισαγωγή, και ταυτόχρονα προβλέπει νέες ακούσιες εισαγωγές στο μέλλον (Δημακοπούλου, Παπαμιχαήλ, Θεολόγος, & Ρόντος, 2003. Κοσμάτος, 2002. Μποζίκας κ.ά., 2003. Πλουμπίδης, 1997). Τα παραπάνω στοιχεία αναδεικνύουν ένα προφίλ του εκούσια εισαγόμενου ψυχικά πάσχοντα ως ενός κοινωνικά αδύναμου και περιθωριοποιημένου ατόμου, σε σύγκλιση με αντίστοιχες έρευνες του εξωτερικού, οι οποίες τεκμηριώνουν τη μεγαλύτερη συχνότητα ακούσιων εισαγωγών ατόμων που ανήκουν σε μειονοτικές, εθνοτικές ή φυλετικές ομάδες (βλ. Bindman, Tighe, Thornicroft, & Leese, 2002. Λαζαρίδης, 1997. Morgan, Mallett, Hutchinson, & Leff, 2004. Oluwatayo & Gater, 2004. Singh, Croudace, Beck, & Harrison, 1998. Webber & Huxley, 2004).

Το αντικοινωνικό στερεότυπο του ψυχικά ασθενή, όπως ξεκινά από το νόμο, εφαρμόζεται στο ίδρυμα και γενικεύεται σε όλες τις πλευρές της ζωής, οδηγεί στην κοινωνική απομόνωσή του, αφού αυτός από υποκείμενο μετατρέπεται σε μέσον για την επίτευξη της προστασίας της δημόσιας τάξης και ασφάλειας (Παρασκευόπουλος & Κοσμάτος, 1997). Η ακούσια νοσηλεία γίνεται εγκλεισμός κάθε φορά που ο άνθρωπος εισάγεται ως επικίνδυνος, και όχι για τη βελτίωση της υγείας του, μοναδικό κριτήριο που επιτρέπει η Σύμβαση του Οβιέδο, η οποία υπερισχύει της εθνικής νομοθεσίας (Φουντεδάκη, 2006).

Και μπορεί σήμερα ο ελληνικός νόμος να μη χρησιμοποιεί ρητά τη λέξη «επικινδυνότητα», αλλά την υπονοεί ως προϋπόθεση για ακούσια εισαγωγή. Πολλοί επιστήμονες τόσο από το χώρο της νομικής όσο και από αυτόν της ψυχιατρικής επισημαίνουν ότι, ενώ ο νόμος ορίζει ως προϋπο-

θέσεις για την ακούσια εισαγωγή είτε την ύπαρξη ψυχικής διαταραχής και την ανάγκη θεραπείας της είτε την αποτροπή πράξεων βίας προς τον εαυτό ή τρίτους, η διαζευκτική αυτή διατύπωση των προϋποθέσεων δεν συνεπάγεται πάντα και τη διαζευκτική εφαρμογή τους στην πράξη. Έτσι, ο πιθανός κίνδυνος εναντίον του εαυτού ή τρίτων καταλήγει να αποτελεί σχεδόν το αποκλειστικό κριτήριο της ακούσιας εισαγωγής. Φαίνεται ότι το στερεότυπο του επικινδύνου ψυχικά ασθενή είναι καλά ριζωμένο στη σκέψη των δικαστικών λειτουργών, οι οποίοι εμμένουν σε αυτό επιδιώκοντας τη διαπίστωσή του κατά το δικαστικό έλεγχο. Σε αυτή την πραγματικότητα έρχονται να απαντήσουν οι προτάσεις των ειδικών για προσδιορισμό της έννοιας της επικινδυνότητας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη χρήση του κριτηρίου του κινδύνου ταυτόχρονα με τη χρήση του κριτηρίου της ύπαρξης ψυχικής διαταραχής ως αναγκαίας και όχι ως διαζευκτικής προϋπόθεσης, ή ακόμα και με την πλήρη κατάργησή του (Κοσμάτος, 1994, 2002. Κωνσταντακόπουλος & Φουράκη, 2005. Παρασκευόπουλος, 1993. Παρασκευόπουλος & Κοσμάτος, 1997).

2. Μεθοδολογία

Οι μελέτες σχετικά με την ακούσια εισαγωγή στην Ελλάδα καταδεικνύουν τη διάσταση μεταξύ των διασφαλίσεων του νόμου 2071/92 και της δυναμικής τους στην ιδρυματική καθημερινότητα. Τείνουν ωστόσο να περιορίζονται σε στατιστικές διαπιστώσεις καταπάτησης των χρονικών προθεσμιών και των δικαιωμάτων των ασθενών που ορίζει ο νόμος, χωρίς να εμβαθύνουν στις αιτίες αυτής της συνθήκης. Ακριβώς στο τελευταίο επιχειρεί να συνεισφέρει η παρούσα έρευνα. Πρωταρχικό αντικείμενο διερεύνησης στην παρούσα μελέτη υπήρξε ο τρόπος με τον οποίο εφαρμόζεται στην πράξη η νομοθεσία περί ακούσιας εισαγωγής, τόσο μέσα από το βίωμα ατόμων που την έχουν υποστεί όσο και από την πλευρά όλων των επαγγελματικών ομάδων που εμπλέκονται άμεσα στη διαδικασία. Κατά τη διερεύνηση της διάστασης μεταξύ νόμου και πράξης, απώτερος στόχος

ήταν να καταγραφούν οι απόψεις των εμπλεκόμενων για τους λόγους της μη εφαρμογής του νόμου και τις δυσκολίες στην εφαρμογή του. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στη Θεσσαλονίκη από τον Οκτώβριο του 2008 έως και τον Ιανουάριο του 2009.

Συμμετέχοντες

Στη μελέτη συμμετείχαν τέσσερα άτομα από κάθε ομάδα επαγγελματιών που εμπλέκονταν θεσμικά στη διαδικασία της ακούσιας εισαγωγής, δηλαδή ψυχίατροι (τρεις άνδρες και μια γυναίκα με μέσο όρο ηλικίας τα 46 έτη), εισαγγελείς (τέσσερις άνδρες με μέσο όρο ηλικίας τα 48 έτη) και αστυνομικοί υπάλληλοι (τέσσερις άνδρες με μέση ηλικία τα 45 έτη). Τα άτομα με εμπειρία ακούσιας εισαγωγής με τα οποία συνομιλήσαμε, δύο άνδρες και δύο γυναίκες ηλικίας από 32 έως 51 ετών, είχαν λάβει τη διάγνωση ψυχωτικής διαταραχής. Η επιλογή των συμμετεχόντων έγινε με τη μέθοδο της θεωρητικής δειγματοληψίας, περιλήφθηκαν δηλαδή τα άτομα εκείνα που, λόγω της άμεσης εμπλοκής τους από τη θεσμική θέση στην οποία βρίσκονταν και την εμπειρία που είχαν αποκτήσει, ήταν σε θέση να καταθέσουν τις επαρκέστερες πληροφορίες (Charmaz, 2003. Silverman, 2000). Τόσο οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες όσο και οι ασθενείς μας συστήθηκαν από τους προϊσταμένους των αντίστοιχων φορέων με κριτήριο τη μεγάλη εμπειρία τους πάνω στην ακούσια εισαγωγή. Επικουρική συνομιλία έλαβε χώρα με δικαστικό υπάλληλο του γραφείου του Προϊσταμένου Εισαγγελέα Πρωτοδικών καθώς και με έναν δικαστή. Κριτήριο επιλογής των ομάδων συμμετεχόντων ήταν η νομικά προβλεπόμενη θεσμική εμπλοκή τους στη διαδικασία της ακούσιας εισαγωγής. Ως εκ τούτου, από τη μελέτη αποκλείστηκαν αφενός ψυχολόγοι που εργάζονται σε μονάδες ψυχικής υγείας, καθώς στο υπάρχον σύστημα ο ρόλος τους ξεκινά μετά την ακούσια εισαγωγή, και αφετέρου οι συγγενείς των ακούσια εισαγόμενων ατόμων, οι οποίοι απλώς εκκινούν τη διαδικασία μέσω της αίτησής τους και δεν διαδραματίζουν περαιτέρω ρόλο σε αυτήν.

Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Ως μέθοδος συλλογής των δεδομένων επιλέχθηκε η ημιδομημένη συνέντευξη, η οποία είναι η πιο κατάλληλη μέθοδος για μια εις βάθος συλλογή πληροφοριών. Η ημιδομημένη συνέντευξη επιτρέπει αφενός τη συστηματική κάλυψη του υπό εξέταση θέματος και αφετέρου την ανάδειξη από τους συμμετέχοντες ζητημάτων που δεν είχαν προβλεφθεί από τους ερευνητές. Η διεξαγωγή της καθοδηγείται από έναν οδηγό συνέντευξης, που καλύπτει με μορφή ανοιχτών ερωτήσεων τους επιμέρους προς διερεύνηση θεματικούς άξονες, παρότι σε κάθε συνέντευξη υπάρχει ευελιξία ως προς τη διατύπωση των ερωτημάτων και τη σειρά των θεμάτων (Smith, 1995). Ο οδηγός της συνέντευξης κατασκευάστηκε από τις δυο πρώτες συγγραφείς με γνώμονα τη βιβλιογραφία σχετικά με την ακούσια εισαγωγή και επικυρώθηκε από την τρίτη συγγραφέα. Ο οδηγός περιλάμβανε θεματικούς άξονες που αφορούσαν τη διαδικασία της ακούσιας εισαγωγής, δυσκολίες και τυχόν προβλήματα κατά την εφαρμογή του νόμου, ευρύτερες απόψεις, ερμηνείες, στάσεις και αξίες σχετικά με την εφαρμογή της ακούσιας εισαγωγής αλλά και σχετικά με την ψυχική ασθένεια και το σύστημα υγείας. Οι ερωτήσεις διαφοροποιούνταν εν μέρει για κάθε ομάδα συμμετεχόντων ανάλογα με το θεσμικό τους ρόλο και τη φάση της ακούσιας εισαγωγής στην οποία εμπλέκονταν.

Οι συνεντεύξεις εκπονούσαν από κοινού από τις δύο πρώτες ερευνήτριες και διαρκούσαν από 45 λεπτά έως 2 ώρες καθεμία. Λόγω της λεπτής φύσης του υπό μελέτη θέματος και προκειμένου οι συμμετέχοντες να αισθανθούν ασφάλεια ώστε να εκφράσουν τις σκέψεις και τις εμπειρίες τους, προτιμήθηκε η στενογραφική καταγραφή του λόγου τους με χαρτί και μολύβι, η οποία μετά το τέλος της κάθε συνάντησης εμπλουτιζόταν με την από κοινού διαμόρφωση, από τις δυο πρώτες συγγραφείς, του τελικού προς ανάλυση κειμένου.

Μέθοδος ανάλυσης των δεδομένων

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιή-

ήθηκε η συντετημένη μορφή της Θεμελιωμένης Θεωρίας (Grounded Theory) (Willig, 2001). Η συγκριτική ανάλυση του υλικού όλων των συνεντεύξεων κατά νοηματικές ενότητες έλαβε χώρα στη βάση της κωδικοποίησης των δεδομένων με συστηματικό τρόπο, χωρίς προκατασκευασμένες κατηγορίες, μεταβαίνοντας επαγωγικά από τα επιμέρους πιο ειδικά στα γενικότερα νοήματα. Επιπλέον τα επιμέρους τμήματα του υλικού θεωρητικοποιήθηκαν σταδιακά με την εύρεση προτύπων, σχέσεων συνάφειας ή αιτιωδών σχέσεων, αντιθέσεων, αντιφάσεων και κενών εντός της κάθε συνέντευξης, ομάδας συνεντεύξεων, αλλά και στο σύνολο των ομάδων (Ιωσηφίδης, 2008). Οι περίπου 1.000 κωδικοί του πρώτου επιπέδου ανάλυσης συγκεντρώθηκαν με βάση το περιεχόμενο τους σε 135 κατηγορίες δεύτερου επιπέδου, και αυτές με τη σειρά τους συμπύχθηκαν σε 21 ανώτερου τύπου θεματικούς άξονες, καταλήγοντας σε 3 υπερκατηγορίες του τετάρτου επιπέδου, που περιγράφουν και ερμηνεύουν συνολικά το υπό μελέτη φαινόμενο. Το υλικό που προέκυψε από τις συναντήσεις με το δικαστικό υπάλληλο και το δικαστή αξιοποιήθηκε επικουρικά στο τρίτο επίπεδο ανάλυσης.

Αξιοπιστία και εγκυρότητα

Η ακρίβεια και η συστηματοποίηση της ερευνητικής διαδικασίας, τόσο στη φάση της συλλογής των δεδομένων όσο και στη φάση της ανάλυσης και ερμηνείας τους, διασφαλίζουν την αξιοπιστία και την εγκυρότητα στην ποιοτική έρευνα (Ιωσηφίδης, 2008. Madill, Jordan, & Shirley, 2000). Στην παρούσα μελέτη, σε κάθε επίπεδο ανάλυσης των δεδομένων γινόταν ανεξάρτητη κωδικοποίηση από τις δύο πρώτες συγγραφείς, κατόπιν διαμορφώνονταν κοινές κατηγορίες μέσω συναινετικών διαδικασιών, και τέλος οι κατηγορίες επικυρώνονταν από την τρίτη συγγραφέα. Περαιτέρω, η έρευνα στηρίζεται στην υπάρχουσα βιβλιογραφία και ερευνητική δουλειά, παρέχει αποσπάσματα από τις συνεντεύξεις προκειμένου να στηρίξει τα ευρήματά της, και συσχετίζει τα ευρήματα με το ευρύτερο νομοθετικό και ιδρυματικό πλαίσιο στον ελλαδικό χώρο (Mason, 2003).

3. Αποτελέσματα

Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν αναλυτικά δύο από τους τρεις κεντρικούς θεματικούς άξονες, που συνοδεύονται από κάποια, αναγκαστικά περιορισμένα, χαρακτηριστικά αποσπάσματα από το λόγο των συμμετεχόντων. Ο τρίτος άξονας, που αφορά τις προτάσεις των συμμετεχόντων, θα παρουσιαστεί επιλεκτικά, μαζί με τις προτάσεις που προέκυψαν εν γένει από τη μελέτη, στη σχετική ενότητα της Συζήτησης. Οι άξονες με τις επιμέρους ενότητές τους παρατίθενται και σε πίνακα στο Παράρτημα.

Η διαδικασία εφαρμογής του νόμου 2071/92 για την ακούσια εισαγωγή

Ο πρώτος άξονας αφορά τη διαδικασία εφαρμογής του νόμου 2071/92 για την ακούσια νοσηλεία και περιλαμβάνει το εάν και κατά πόσο παραβιάζονται οι τυπικές προβλέψεις του και με ποιον τρόπο συμβαίνει αυτό.

Κατά κανόνα, στην *αφετηρία της ακούσιας εισαγωγής* βρίσκονται οι συγγενείς του ατόμου, όπως επιβεβαίωσαν οι συμμετέχοντες με αυτή την εμπειρία, χωρίς να προσκομίζουν, σύμφωνα με τους εισαγγελείς συμμετέχοντες, τις απαραίτητες για νοσηλεία *διαγνώσεις*, και γι' αυτό το λόγο στη μεγάλη πλειονότητα των περιπτώσεων δίνεται εντολή για ακούσια εισαγωγή προς εξέταση. Η διαδικασία κινείται αυτεπάγγελτα από τον εισαγγελέα σε στενή συνεργασία με την αστυνομία ή από την ίδια την αστυνομία σε ελάχιστες περιπτώσεις, οι οποίες συνήθως είναι ήδη γνωστές και δημιουργούν κατ' επανάληψη πρόβλημα. «Αν ο αστυνομικός από την εμπειρία του κρίνει ότι π.χ. ο ασθενής έχει έντονο παραλήρημα και μπορεί να υπάρξει πρόβλημα για τον ίδιο ή κίνδυνος για τη δημόσια ασφάλεια, τότε επικαλείται αυτόφωρο αδίκημα ή υπόνοια για αυτοκτονία ή βλάβη», μας είπε ένας αστυνομικός. Η εντολή για ακούσια εξέταση καταλήγει συνήθως σε μια *γνωμάτευση* υπογεγραμμένη από δύο ψυχιάτρους, όπως οι ίδιοι οι ψυχίατροι δήλωσαν, σε αντίθεση με την απαίτηση του νόμου για δύο γνωματεύσεις και τα ευρήματα του Συνηγόρου του Πολίτη (2007). Αξίζει να

σημειωθεί εδώ ότι οι μεν ψυχιάτροι συμμετέχοντες αναγνωρίζουν ότι οι γνωματεύσεις δεν είναι εξατομικευμένες και εμπεριστατωμένες, ενώ οι εισαγγελείς τις αξιολογούν ως επαρκείς. Κατά κοινή ομολογία όλων των ψυχιάτρων, η ακούσια μεταφορά για εξέταση συνεπάγεται αυτόματα και τη νοσηλεία του ατόμου.

Σχετικά με τα κριτήρια για την ακούσια εισαγωγή, οι ψυχιάτροι δήλωσαν ότι είναι ισόποσα μοιρασμένα ανάμεσα στην επικινδυνότητα και στην ψυχοπαθολογία, με κυρίαρχη τη διάγνωση της ψυχωτικής διαταραχής. Σε σύμπτωση με την έρευνα του Κοσμάτου (1994), που κατέδειξε ότι σε ένα μόλις χρόνο εφαρμογής του νόμου η αποκλειστική χρήση του κριτηρίου της επικινδυνότητας έφτασε στο ένα τρίτο των περιπτώσεων που εκδίκασε το Πρωτοδικείο Θεσσαλονίκης, οι ψυχιάτροι κατέθεσαν ότι στο παρελθόν δέχονταν πίεση από την εισαγγελία να χρησιμοποιούν το κριτήριο του κινδύνου κατ' εροχήν ως προϋπόθεση, κάτι που δεν συμβαίνει πλέον σήμερα. Ωστόσο, συνολικά από το λόγο ψυχιάτρων και εισαγγελέων διαφάνηκε ότι η επικινδυνότητα εξακολουθεί να αποτελεί τον κεντρικό παράγοντα που αυτοί αναζητούν ως κριτήριο για τη δικαιολόγηση της ακούσιας εισαγωγής. Το σκεπτικό της χρήσης του κριτηρίου της επικινδυνότητας, τόσο από τους ψυχιάτρους όσο και από τους εισαγγελείς, διατύπωσε με τον πιο γλαφυρό τρόπο δικαστικός υπάλληλος: «Αν έρθει εδώ ο συγγενής και μου πει ότι ένας δικός του έχει πρόβλημα και δεν δεχτώ να τον βάλω μέσα και βγει και σκοτώσει, να ψάξω λαγούμι να με βάλουν μέσα». Πέρα από την επικινδυνότητα, οι εισαγγελείς συχνά αναζητούν ενοχλητικές συμπεριφορές ή συμπεριφορές που δεν συνάδουν με τα λογικά και κοινωνικά ισχύοντα, καθώς και ιστορικό προηγούμενης νοσηλείας, ως υποστηρικτικά στοιχεία της ακούσιας εισαγωγής, όπως υποδεικνύει και η σχετική δήλωση εισαγγελέα: «Άλλες φορές έρχονται συγγενείς με χαρτιά προηγούμενης νοσηλείας, οπότε είναι προφανές εκεί ότι ο εισαγγελέας θα υπογράψει την εντολή για ακούσια εξέταση».

Το επόμενο βήμα στη χρονική αλληλουχία είναι η μεταφορά του ατόμου στο ψυχιατρείο από αστυνομικούς υπαλλήλους. Σύμφωνα με την κανο-

νιστική εντολή κάθε αστυνομικού τμήματος, η συνοδεία πρέπει να γίνεται από τους υπαλλήλους των τμημάτων της ασφάλειας με πολιτική περιβολή, εντολή που, λόγω υπερβολικού φόρτου εργασίας των υπαλλήλων της ασφάλειας και ανεπαρκειών στην οργάνωση και τον εξοπλισμό των επιμέρους αστυνομικών τμημάτων, στην πράξη ακυρώνεται, όπως καταγγέλλουν οι ίδιοι οι αστυνομικοί, οι οποίοι αναφέρουν ότι «υπάρχει η εξής αντίφαση: ενώ προβλέπεται η μεταφορά να γίνεται από τα τμήματα ασφάλειας, η εντολή δίνεται στα τμήματα τάξης, όπου οι αστυνομικοί είναι ένστολοι». Τα επιχειρήματα που χρησιμοποιούν οι αστυνομικοί υπάλληλοι για να πείσουν το άτομο να τους ακολουθήσει ποικίλλουν κατά περίπτωση. Χαρακτηριστικά είναι τα παραδείγματα που αναφέρουν οι αστυνομικοί συμμετέχοντες: «μπορεί να χρειαστεί να πεις στον ασθενή “η ταυτότητα που έχασες τότε...” για να τον μεταφέρεις. Παίζεις με τις πιθανότητες, οι πιο πολλοί άνθρωποι έχουν χάσει την ταυτότητά τους μια φορά» και «Για το καλό σου ήρθαμε να σε πάμε στο γιατρό, γιατί μας είπε πως θα σου δώσει φάρμακο, επειδή δεν αισθάνεσαι καλά». Στην ακαθόριστη συνθήκη της μεταφοράς περιλαμβάνεται, αν χρειάζεται κάποιες φορές, και η χρήση βίας, παρόλο που οι συμμετέχοντες αστυνομικοί εκτιμούν ότι η ακραία βία κατά τη συνοδεία είναι σπάνια. Παραδείγματος χάριν: «Στην πράξη η διαφύλαξη της τιμής του ασθενή προκύπτει, πλην εξαιρετικών περιπτώσεων, όπου μπορεί ο αστυνομικός να παίξει και ξύλο... Όταν ο άλλος θα πιάσει μαχαίρι ή υπάρχει ομηρία, δεν θα του πεις “άσ’ το, σε παρακαλώ”... Σε περιπτώσεις βίαιου ασθενή κλιμακώνεται η κατάσταση και από την πλευρά της αστυνομίας». Οι συμμετέχοντες αστυνομικοί εξέφρασαν την ανησυχία τους για την απουσία σαφούς πλαισίου κανόνων όσον αφορά τη στάση των αστυνομικών απέναντι στους ασθενείς, και δήλωσαν ότι επιδιώκουν πάντα τη συνεργασία των συγγενών και προσπαθούν να αποφεύγουν την παραμονή των μεταφερόμενων στα κρατητήρια. Οι συμμετέχοντες με εμπειρία ακούσιας μεταφοράς επιβεβαιώνουν επίσης τη συνολικότερη προσπάθεια των αστυνομικών υπαλλήλων της έρευνάς μας για αξιοπρεπή μεταφορά. Παραδείγματος χάριν: «Στο περιπολι-

κό ήρθε μαζί και ο πατέρας μου. Οι αστυνομικοί φορούσαν τη στολή τους και μέσα στο περιπολικό με άφησαν να καπνίσω κατά παράβαση, όταν τους το ζήτησα. Ήταν σαν να πηγαίναμε βόλτα με το ταξί». Παρά τη διαβεβαίωση των αστυνομικών ότι, από την εμπειρία τους, οι άνθρωποι τους οποίους μεταφέρουν στην πλειονότητά τους δεν είναι επικίνδυνοι και γι' αυτό δεν χρειάζεται η εμπλοκή της αστυνομίας, το ΕΚΑΒ, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες αστυνομικούς, αρνείται να αναλάβει τη μεταφορά των ασθενών με ασθενοφόρο, γεγονός που έχει ως συνέπεια το μεγαλύτερο μέρος των μεταφορών να διεκπεραιώνεται από την αστυνομία. Ο συμβιβασμός αυτός αποτυπώνεται στη δήλωση αστυνομικού ότι «για να μη γίνουμε θέατρο και επειδή το ΕΚΑΒ δεν κάνει πίσω, κάνω εγώ για παράδειγμα πίσω». Οι περισσότεροι ψυχίατροι σχολίασαν αρνητικά την προσαγωγή ασθενών συνοδεία αστυνομίας και δήλωσαν ότι θεωρούν περισσότερο αρμόζουσα την εμπλοκή του ΕΚΑΒ. Τέλος, οι εισαγγελείς, παρά τους προβληματισμούς τους, δικαιολόγησαν την εμπλοκή της αστυνομίας ως το μοναδικό τρόπο να πειθαρχήσει ο ασθενής, δηλώνοντας για παράδειγμα ότι «υποτίθεται πως δεν στέλνεις μόνο γιατρό και ΕΚΑΒ γιατί πάμε στο ψυχιατρείο τους επικίνδυνους».

Σε αντίθεση με την απουσία ξεκάθαρου πλαισίου για τη μεταφορά των ασθενών στο ψυχιατρείο, πολύ σημαντική εξασφάλιση του νόμου αποτελεί η *τήρηση ακριβών προθεσμιών* για τα επιμέρους στάδια της ακούσιας νοσηλείας. Από τις δηλώσεις όλων των συμμετεχόντων συνάγεται ότι οι προθεσμίες των 48 ωρών, για τη σύνταξη γνωματεύσεων από πλευράς ψυχιάτρων, και των τριών ημερών, για την εισαγωγή της υπόθεσης στο δικαστήριο από πλευράς εισαγγελέων, τηρούνται. Εξάιρεση αποτελούν, πρώτον, η περίπτωση να μεσολαβεί σαββατοκύριακο, οπότε οι αρμόδιες υπηρεσίες είτε δεν λειτουργούν είτε έχουν στη διάθεσή τους μόνο έναν εφημερεύοντα ψυχίατρο, και, δεύτερον, η δυσκολία να δοθεί διάγνωση, οπότε «το τραβούμε παραπάνω», όπως είπε ένας ψυχίατρος. Οι δέκα μέρες που απαιτούνται για τη διεξαγωγή της δίκης χαρακτηρίζονται ως ανεδαφικές, τόσο από τους ψυχιάτρους όσο και από τους εισαγγελείς, λόγω πρακτικών εμπο-

δίων, και πάντα καταπατούνται. Οι εισαγγελείς ξεκαθάρισαν ότι για να πραγματοποιηθεί η δίκη σε αυτό το χρονικό περιθώριο, πρέπει να θεσπιστεί άλλος νόμος που να καθιστά τον υπάρχοντα υλοποιήσιμο, αφού η τήρηση της προθεσμίας προσκρούει στα εμπόδια που δημιουργεί η καθημερινότητα εντός της εισαγγελίας, λόγω ελλειψών οργανικών θέσεων δικαστών και ελλείψεων σε αίθουσες και ακροατήρια. Η δίκη μπορεί να οριστεί έως και δύο μήνες μετά την εισαγωγή του ασθενή, οπότε αυτός μπορεί να είναι ήδη ελεύθερος, γεγονός που επικυρώνεται από τη δήλωση ενός εισαγγελέα ότι «οι περισσότεροι ασθενείς, 10-15 μέρες μετά την εισαγωγή τους, έρχονται στα ίσα τους και φεύγουν, και η αίτηση θα απορριφθεί πρακτικά από το δικαστήριο, αφού ο ασθενής θα έχει βγει από το ψυχιατρείο». Οι ψυχίατροι αναγνώρισαν ωστόσο στο σύνολό τους την παράνομη διάσταση της ακούσιας κράτησης του ασθενή χωρίς δικαστική απόφαση, λέγοντας για παράδειγμα ότι «στην πράξη το δικαστήριο δέχεται να μένει ο ασθενής εντός ΨΝΘ μέχρι την έκδοση της απόφασης, αν και αυτό είναι παράνομο. Συνήθως πρώτα ο ασθενής παίρνει το εξιτήριο και μετά φτάνει στο ΨΝΘ η δικάσιμός του».

Προς αποφυγή των παραπάνω παραβιάσεων, ο νόμος αναγνωρίζει μια σειρά *δικαιώματα στον ασθενή*, για τα οποία οι ψυχίατροι έχουν την ευθύνη της ενημέρωσής του. Οι ψυχίατροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι ούτε αποκαλύπτονται στους ασθενείς στοιχεία για το ποιος κίνησε τη διαδικασία, ούτε συντάσσεται πρακτικό ενημέρωσης για τα δικαιώματα του ασθενή, κάτι το οποίο επιβεβαίωσαν και οι συμμετέχοντες που είχαν εμπειρία ακούσιας εισαγωγής. Απιολογώντας την έλλειψη ενημέρωσης, οι ψυχίατροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι είναι επιφυλακτικοί σε σχέση με το εάν και πότε οι ασθενείς είναι ικανοί να ακούσουν και να αντιληφθούν αυτές τις πληροφορίες, προβληματισμό που ανέδειξαν επίσης οι εισαγγελείς αλλά και ένας από τους συμμετέχοντες με εμπειρία ακούσιας νοσηλείας. Οι ίδιοι δήλωσαν επίσης ότι οι ασθενείς, αν και θέλουν να ενημερώνονται για τα δικαιώματά τους, στην πράξη τρομοκρατούνται από την περίπλοκη και απαιτητική προβλεπόμενη νομική διαδικασία, με συνέ-

πεια να «χάνουν το ζήλο τους» και σπάνια να διεκδικούν τα δικαιώματά τους. Αποκορύφωμα της έλλειψης ενημέρωσης είναι η απουσία των ασθενών από τις αίθουσες των δικαστηρίων κατά την εκδίκαση της υπόθεσής τους. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώθηκε από το δικαστή και τους εισαγγελείς και εξηγείται από την παγιωμένη τακτική του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, όπως αποκάλυψαν οι ψυχίατροι, να στέλνει έγγραφο στη δίκη ότι ο ασθενής δεν μπορεί να παραστεί λόγω της κατάστασής του πριν καν ο ίδιος ερωτηθεί, ενώ παράλληλα κανείς δεν προθυμοποιείται να τον συνοδεύσει στη δίκη. «Στην ψυχιατρική ρουτίνα κανείς δεν θέλει να συνοδεύσει τους ασθενείς. Ουουουχ, ποιος θα πάει; Ο ίδιος έστειλα μερικούς ασθενείς που ήθελαν να παραστούν στη δίκη τους, αλλά κατέληξα Δον Κιχώτης», εξομολογείται ένας ψυχίατρος.

Η μη εφαρμογή της τομεοποίησης υποδείχθηκε ως κοινό παράπονο από όλους τους ψυχιάτρους συμμετέχοντες. Κεντρικό πρόβλημα αποτελεί η ανυπαρξία κατάλληλης μονάδας νοσηλείας στον τόπο κατοικίας των ασθενών για την επείγουσα μεταφορά τους σε αυτήν, με αποτέλεσμα από όλη τη Βόρειο Ελλάδα το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης να συνιστά τον κύριο αποδέκτη ακούσιων εντολών, παρά το γεγονός ότι στην πόλη υπάρχουν τρεις μονάδες ψυχικής υγείας σε γενικά νοσοκομεία. Οι ψυχίατροι συνέκλιναν στην εκτίμηση ότι οι ψυχιατρικές κλινικές σε γενικά νοσοκομεία αποφεύγουν τους ακούσιους ψυχιατρικούς ασθενείς σε μια προσπάθεια να διατηρούν ψυχιατρικά τμήματα πολυτελείας. Στο σύνολό τους οι εισαγγελείς δικαιολόγησαν την επιλογή τους να στέλνουν τους ασθενείς στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης υποστηρίζοντας ότι το κάνουν επειδή ασχολείται αμιγώς με «βαριά» ψυχιατρικά περιστατικά και έχει μεγαλύτερη εξοικείωση με τη διαδικασία της ακούσιας εισαγωγής. Οι εισαγγελείς αντιλαμβάνονται ότι η τακτική τού να στέλνονται τα άτομα προς ακούσια νοσηλεία μόνο στο ΨΝΘ έχει συνέπειες, τις οποίες δεν είναι σε θέση να κατονομάσουν, κάτι το οποίο κάνουν οι ψυχίατροι, όπως στην παρακάτω δήλωση: «Είναι τραγελαφική η περίπτωση ασθενών εκτός Θεσσαλονίκης, όπου, ενώ τη μια μέρα

μπαίνουν στο ΨΝΘ, την άλλη έρχεται η δικάσιμος και πρέπει να γυρίσουν πίσω στον τόπο διαμονής τους, π.χ. 400 χιλιόμετρα... Το στρες που υφίστανται οι ακούσια νοσηλευόμενοι εντείνεται επιπλέον από το γεγονός ότι μπορεί να βρίσκονται 200 και 300 χιλιόμετρα μακριά από το σπίτι τους».

Οι βασικές περιπτώσεις ακούσιας εισαγωγής που δεν εμπίπτουν στο νόμο, σύμφωνα με τους ψυχιάτρους, είναι άτομα με διάγνωση κατάθλιψης, διαταραχής της συμπεριφοράς και διαταραχής χρόνιας κατάχρησης αλκοόλ. Οι εισαγγελείς και οι αστυνομικοί συμφώνησαν ότι η συχνότερη περίπτωση ακούσιας εισαγωγής που δεν εμπίπτει στο νόμο είναι αυτή των χρηστών ουσιών και των αστέγων, όταν αυτοί εκδηλώνουν βίαιη συμπεριφορά, αν και οι εισαγγελείς διαφοροποιήθηκαν σημαντικά μεταξύ τους ως προς τη διαχείριση περιπτώσεων χρηστών ουσιών. Όλοι οι ψυχίατροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι η δόλια κράτηση στο ψυχιατρείο είναι σπάνιο φαινόμενο και διαβεβαίωσαν ότι «κανείς δεν μένει στο ψυχιατρείο ούτε δευτερόλεπτο αν δεν είναι απαραίτητο», με «μόνη περίπτωση να μείνει κανείς 48 ώρες άδικα στο ψυχιατρείο τους χρήστες ουσιών, όταν παρεκτρέπονται λόγω στερητικών». Οι ίδιοι ωστόσο άφησαν αιχμές για παραβλέψεις και περιθώρια υπέρβασης εξουσίας, καθώς «ένας ψυχίατρος με το υπάρχον πλαίσιο θα μπορούσε εύκολα να κρατήσει κάποιον ασθενή στο ψυχιατρείο αναίτια». Σύμφωνα με τους συμμετέχοντες, ψευδείς αιτήσεις τείνουν να γίνονται μόνο σε περιπτώσεις κληρονομιάς και σε χωρισμένους συζύγους για την επιμέλεια παιδιών, οι οποίες όμως μόνο εκ των υστέρων μπορούν να ελεγχθούν από τους ψυχιάτρους. Μια πρακτική που δημιουργεί υπόνοιες για πιθανή κατάχρηση του νόμου είναι η μετατροπή της ακούσιας εισαγωγής σε εκούσια με τη συγκατάθεση του ασθενή ύστερα από παρότρυνση των ψυχιάτρων. Το παραπάνω «τέχνασμα», όπως το αποκαλεί ένας από τους συμμετέχοντες με εμπειρία ακούσιας εισαγωγής, αποτυπώνεται σε προσωπική εμπειρία: «Μέσα σε μια βδομάδα αφού μπήκα, μου είπαν στο ΨΝΘ να υπογράψω ότι μένω με τη θέλησή μου εκεί, γιατί, λέει, είναι κρίμα να υπάρχει αυτή η επιβάρυνση, αυτό το στίγμα της ακούσιας. Κι εγώ υπέγραψα να μετατραπεί η

ακούσια σε εκούσια, γιατί λέω, ό,τι και αν γίνει, ας τελειώνουμε. Μήπως έχει μεγάλη διαφορά;».

Οι συμμετέχοντες διαφοροποιήθηκαν σημαντικά μεταξύ τους ως προς τη εκτίμηση της συχνότητας παραβίασης του χρονικού ορίου των τριών και στη συνέχεια των έξι μηνών για τον ακούσιο εγκλεισμό. Κατά κοινή ομολογία των ψυχιάτρων συμμετεχόντων, σε κάποιες περιπτώσεις υπάρχει υπέρβαση των προβλεπόμενων χρονικών ορίων της νοσηλείας όχι λόγω θεραπευτικής ανάγκης, αλλά επειδή οι άνθρωποι δεν έχουν πού να πάνε, είναι για παράδειγμα επαίτες, άποροι, ηλικιωμένοι ή άστεγοι. Οι τρεις από τους τέσσερις συμμετέχοντες ψυχιάτρους ανέφεραν χαρακτηριστικά ότι το ψυχιατρείο καταλήγει να λειτουργεί ως αποθήκη, αφού ο νόμος για την ακούσια εισαγωγή εφαρμόζεται σε ανθρώπους στιγματισμένους και κοινωνικά αποκλεισμένους, με επιστέγασμα την αριθμητική αύξηση των ακούσιων εισαγωγών.

Ζητήματα στην εφαρμογή του νόμου 2071/92

Ο δεύτερος άξονας εμπεριέχει μια σειρά από ζητήματα που προκύπτουν κατά την εφαρμογή του νόμου για την ακούσια εισαγωγή και αφορούν τις ερμηνείες των εμπλεκόμενων σχετικά με τους ρόλους των επαγγελματιών και τη συνεργασία μεταξύ των φορέων, τη μη τήρηση της νομοθεσίας, το ζήτημα της επικινδυνότητας των ψυχικά πασχόντων, το στίγμα που συνοδεύει την ακούσια εισαγωγή, αλλά και μια συνολικότερη αποτίμηση αυτής της εμπειρίας.

Οι εμπλεκόμενοι, αναστοχαζόμενοι πάνω στους ρόλους που τους δίνει ο νόμος, περιέγραψαν τόσο τα δικά τους καθήκοντα όσο και εκείνα των άλλων. Οι ψυχίατροι εστίασαν στο διπλό χαρακτήρα της απαίτησης για θεραπεία και φύλαξη. «Οι ψυχίατροι προσπαθούν να ισορροπήσουν μεταξύ του νόμου που τείνει να ενισχύει το θεραπευτικό πλαίσιο και της κοινωνίας που τείνει να ενισχύει το φυλακτικό ρόλο», δήλωσε χαρακτηριστικά ένας συμμετέχοντας. Και οι τέσσερις ψυχίατροι δέχτηκαν τον πατερναλισμό ως αναπόσπαστο τμήμα του ρόλου τους, αφού προέβαλαν

την αντίληψη ότι ο ασθενής δεν μπορεί να κρίνει για τον εαυτό του και έτσι αναλαμβάνουν να το κάνουν άλλοι γι' αυτόν. Οι όποιες αυθαιρεσίες του επιστημονικού προσωπικού, συνέχισαν οι ψυχίατροι συμμετέχοντες, απορρέουν όχι από κακή πρόθεση, αλλά από την εκτίμηση ότι η ακούσια νοσηλεία μπορεί να ωφελήσει κάποιον ασθενή. Όταν οι εισαγγελείς ρωτήθηκαν για το πώς βλέπουν το ρόλο τους, περιορίστηκαν στην απαρίθμηση των τυπικών τους καθηκόντων, εντάσσοντας την ακούσια εισαγωγή στην πληθώρα των υποθέσεων που αναλαμβάνουν καθημερινά. Η τυπική διαδικαστική θέση του εισαγγελέα, όπως τη σκιαγράφησαν οι ίδιοι αλλά και οι συμμετέχοντες αστυνομικοί και ψυχίατροι, αναγνωρίζεται από τους αστυνομικούς ως ιεραρχικά ανώτερη, αφού οι αστυνομικοί «κάνουν ό,τι πει ο εισαγγελέας και δεν ελέγχουν αν η εντολή του είναι σύνομη ή όχι». Οι αστυνομικοί θεωρούν το ρόλο τους διαμεσολαβητικό και αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως εκτελεστικό όργανο της συνοδείας, όχι της σύλληψης, όπως τόνισαν, του μεταφερόμενου στο ψυχιατρείο.

Η συνεργασία των εμπλεκόμενων επαγγελματιών κατά την υλοποίηση του νόμου είναι, όπως ισχυρίστηκαν οι συμμετέχοντες, ιδιαίτερα περιορισμένη. Οι εισαγγελείς κατήγγειλαν την ανυπαρξία προτάσεων για συνεργασία από την πλευρά του ψυχιατρείου, είχαν την τάση να θεωρούν ότι τα καθήκοντα του ρόλου τους εξαντλούνται στη διατήρηση της θεσμικής επαφής, και δήλωσαν άγνοια και πιθανώς έλλειψη ενδιαφέροντος για την τύχη των ατόμων τα οποία παρέπεμψαν με εντολή για ακούσια εισαγωγή. «Τι γίνεται εντός του ψυχιατρείου δεν το ξέρω, εμείς δίνουμε απλώς εντολή», δήλωσε ένας εισαγγελέας, ενώ ένας άλλος ανέφερε ότι «το αν οι γιατροί δεν κάνουν καλά τη δουλειά τους δεν μπορεί να το ελέγξει ο εισαγγελέας». Από την πλευρά τους οι αστυνομικοί υπάλληλοι διατύπωσαν το παράπονό τους για την έλλειψη ανταπόκρισης από πλευράς ψυχιατρείου στο δύσκολο έργο της μεταφοράς των ασθενών που αναλαμβάνουν, ενώ εξέφρασαν την επιθυμία τους να συνδράμουν και πέρα από τα οριοθετημένα καθήκοντά τους. Για παράδειγμα, ένας αστυνομικός ανέφερε: «Δεν τον αφήνεις και

φεύγεις τον ασθενή. Όπου και όσο μας ζητήσουν από το νοσοκομείο, μένουμε χωρίς να επεμβαίνουμε στο έργο τους». Στο σύνολο της πορείας της ακούσιας εισαγωγής ο διάλογος μεταξύ των επαγγελματιών φαίνεται να περιορίζεται σε τεχνικές υποδείξεις για την εφαρμογή του κειμένου του νόμου και τον τρόπο αντιμετώπισης των πρακτικών ελλείψεων, σε μια γραφειοκρατική και απρόσωπη διαδικασία, που δεν προβλέπει τη συνεργασία μεταξύ εισαγγελέων, αστυνομικών και ψυχιάτρων.

Από όλους τους επαγγελματίες συμμετέχοντες διαπιστώθηκε χάσμα ανάμεσα αφενός στο πνεύμα και το γράμμα του νόμου και αφετέρου στην πραγματικότητα της εφαρμογής του. Η *εσφαλμένη εφαρμογή του νόμου* δικαιολογείται, όπως προκύπτει από τις απαντήσεις όλων των επαγγελματιών ομάδων, από το βεβιασμένο εκσυγχρονισμό της νομοθεσίας υπό ευρωπαϊκή πίεση και χωρίς να έχουν ληφθεί υπόψη τα ελληνικά δεδομένα, από την έλλειψη ενημέρωσης και την ανεπαρκή εκπαίδευση, αλλά και από το «σύστημα» με τις ποικίλες εκφάνσεις του: τη γραφειοκρατία, τη ρουτίνα, την πραγματικότητα της ζωής, το φόρτο εργασίας, την ασυνέχεια των παρεμβάσεων και την ενσωμάτωση στο σύστημα. Κοινή αντίληψη των συμμετεχόντων ήταν ότι ο νόμος περιγράφει κάτι το ιδιυλλιακό και εξιδανικευμένο, αλλά δεν έχει προβλεφθεί η ρεαλιστική εφαρμογή του στην πράξη και έτσι τελικά αυτοακυρώνεται.

Στον αντίποδα του συστήματος, η *προσωπική επιλογή* καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο εφαρμογής του νόμου. «Το πώς εφαρμόζει κανείς το νόμο επαφίεται στην προσωπική ευαισθησία του καθενός», είπε χαρακτηριστικά ένας εισαγγελέας. Οι αστυνομικοί υπάλληλοι σχολίασαν τη δυσκολία που τους δημιουργεί η ανυπαρξία ενός ενδεδειγμένου τρόπου για την εφαρμογή της ακούσιας εισαγωγής στην καθημερινή τους εργασία, με αποτέλεσμα πολλές κρίσιμες στο χειρισμό περιπτώσεις να επαφίενται στην ατομική κρίση και αντίληψη του κάθε αστυνομικού. Οι ψυχίατροι στην πλειονότητά τους, σε αντίθεση με την εντύπωση εισαγγελέων και δικαστών, προτιμούν, συχνά ενάντια και στην επιλογή που θα έκαναν υπό διαφορετικές συνθήκες, να εγκλείσουν

τον πάσχοντα προκειμένου να αποτρέψουν δυναμικές αρνητικές συνέπειες για τους ίδιους από το μη εγκλεισμό, σε περίπτωση που ο ασθενής καταστεί επικίνδυνος για τον εαυτό του ή άλλους. Χαρακτηριστικό απόσπασμα που αποδίδει αυτή την ανησυχία είναι το παρακάτω: «Αν ο άλλος μπει ακούσια, έχει το δικαίωμα να αρνηθεί τη θεραπεία του. Αν βγει όμως και σκοτώσει, για παράδειγμα, ευθύνεσαι εσύ ως γιατρός που δεν του έδωσες θεραπεία. Εγκαλούμαι εγώ γιατί δεν έδωσα κάποιον. Έδωσα θεραπεία, έφυγε και το έσκασε. Γλίστρησε απ' τις γρίλιες και σκοτώθηκε. Πού το πάει ο νόμος μετά;».

Κεντρική έννοια που διέπει ολόκληρο το οικοδόμημα της ακούσιας εισαγωγής και ερμηνεύει την ανάγκη ύπαρξής της, όπως προκύπτει από τους συμμετέχοντες στο σύνολό τους, είναι η *επικινδυνότητα*. Σύμφωνα με τους περισσότερους εκ των συμμετεχόντων ψυχιάτρων, η επικινδυνότητα είναι μια αντιεπισημονική έννοια, που εξυπηρετεί ανάγκες κοινωνικής καταστολής και έχει μυθοποιηθεί παρά την αναντιστοιχία της με την πραγματικότητα. Όμως ο νόμος ζητά από τους ψυχιάτρους, όπως είπε ένας ομιλητής, να διασφαλίσουν ότι ο ασθενής κατά την ακούσια παραμονή του δεν θα σκοτώσει και δεν θα σκοτωθεί, δημιουργώντας τους έτσι μια διάσταση μεταξύ αντιλήψεων και πρακτικής. Από την πλευρά τους οι αστυνομικοί θεωρούν βάσει της εμπειρίας τους ότι μόλις ο ένας από τους δέκα ψυχικά ασθενείς είναι βίαιος. Αντιθέτως, οι εισαγγελείς τάσσονται υπέρ της προϋπόθεσης της επικινδυνότητας στο νόμο, αναγνωρίζοντας ωστόσο ότι δεν μπορεί να υπάρξει εκ των προτέρων έλεγχός της. Όλοι οι συμμετέχοντες με εμπειρία ακούσιας εισαγωγής αρνήθηκαν κατηγορηματικά την επικινδυνότητα που τους προσάπτουν ως λόγο για τον εγκλεισμό τους. «Ποτέ δεν έχω ενοχλήσει τις αρχές, έχω καθαρό ποινικό μητρώο... Δεν χρειαζόταν για μένα εισαγγελέας, δεν είμαι άνθρωπος του υποκόσμου», δήλωσε ένας συμμετέχων με εμπειρία ακούσιας εισαγωγής. Παρ' όλα αυτά δέχθηκαν ότι υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες ο υπαρκτός κίνδυνος καθιστά αναγκαία την ακούσια εισαγωγή.

Άρρηκτα συνυφασμένο με την επικινδυνότητα, το *στίγμα* που συνοδεύει την ακούσια εισαγωγή

γή αναγνωρίζεται από όλους τους εμπλεκόμενους ως δυσβάσταχτο φορτίο για τους ανθρώπους που το κουβαλούν. «Καλώς ή κακώς, οι ψυχιατρικοί ασθενείς είναι ακόμα ένα ταμπού. Δεν ξέρω αν ποτέ θα απαλλαγούμε από αυτό», δήλωσε χαρακτηριστικά ένας συμμετέχων με εμπειρία ακούσιας νοσηλείας. Απόρροια του ήδη προϋπάρχοντος κοινωνικού ρατσισμού απέναντι στα άτομα που εισάγονται στο ψυχιατρείο παρά τη θέλησή τους συνιστά η αίσθηση της ενοχής που περιέγραψαν οι ίδιοι οι συμμετέχοντες και η διερώτησή τους αν έκαναν κάτι κακό, ως πολύ συχνή αρχική αντίδραση στην ακούσια εισαγωγή. Το πρώτο πράγμα που λένε οι ασθενείς όταν εισάγονται στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης είναι «δεν έκανα τίποτα, δεν σκότωσα κανέναν», όπως ανέφερε ένας αστυνομικός υπάλληλος, για να πάρουν στη συνέχεια την απάντηση ότι βρίσκονται εκεί για να θεραπευτούν, και όχι επειδή διέπραξαν κάποιο έγκλημα, συμπλήρωσε ένας ψυχίατρος.

Τελικοί αποδέκτες των καθηκόντων όλων των εμπλεκόμενων ομάδων επαγγελματιών είναι οι άνθρωποι που μεταφέρονται ακούσια στο ψυχιατρείο, οι οποίοι βιώνουν αμφιθυμία για την εμπειρία αυτή, λέγοντας από τη μια πλευρά ότι «δεν χρειάζεται» και «είναι πληγή», και από την άλλη ότι έχει αποτελέσει μάθημα γι' αυτούς. Όσον αφορά την ποιότητα και την ένταση της εμπειρίας, ένας συμμετέχων σχολίασε: «Η ακούσια εισαγωγή είναι χειρότερη από φυλακή, γιατί οι πόρτες είναι ανοιχτές, κανείς δεν σου λέει μη φύγεις, μη μείνεις, κανείς δεν σου λέει τίποτα.... Μόνος σου πρέπει να βρεις τη ζυγαριά, τη σταθεροποίηση, να βρεις γιατί ήρθες και τι θα κάνεις ... Αν δεν είσαι δυνατός στην καρδιά και στο μυαλό, να ξέρεις τι θα κάνεις, κήκες». Ένας άλλος συμμετέχων συνόψισε την εμπειρία λέγοντας: «Τελειώνει η εμπειρία αυτή όταν βγεις απ' το νοσοκομείο, αλλά τη θυμάσαι μέχρι να πεθάνεις και εύχεσαι να μη σου ξανασυμβεί ποτέ». Αναστοχαζόμενοι την πορεία τους προς την ακούσια εισαγωγή, οι συμμετέχοντες δίνουν έμφαση αφενός στη σχέση με τον εαυτό τους και στη διαχείριση των βιωμάτων τους, και αφετέρου στην ύπαρξη κοινωνικών υποστηρικτικών δικτύων, θεωρούν δε ότι η ανεπάρκεια ή η κατάρρευση αυτών των παραγόντων οδήγησαν στον

ακούσιο εγκλεισμό τους. Αυτή η εκτίμηση διαφαίνεται και στις συμβουλές που διατυπώνουν προς αποφυγή της επώδυνης συνθήκης του ακούσιου εγκλεισμού: «Αν κάποιος ζητούσε τη συμβουλή μου, θα του έλεγα: Όχι στον εισαγγελέα, αγάπη θέλει, αγκαλιά, συζήτηση, βόλτες, όχι φάρμακα και κανένα ταξιδάκι, αλλαγή περιβάλλοντος, αν το είπε στο περιβάλλον του». Ένας άλλος πάλι δηλώνει: «Εγώ δεν ήθελα να πάω σε ψυχιατρείο, ήταν η τελευταία λύση. Και ναι, πιστεύω ότι θα μπορούσε να αποφευχθεί όλο αυτό... Αν κάποιος μου πει, για παράδειγμα, ότι το παιδί μου έχει το τάδε πρόβλημα και θέλω να μπει ψυχιατρείο, θα του πω πρώτα να δει κάποιον ψυχολόγο, κάποιο κέντρο ψυχικής υγιεινής. Κι αν ούτε αυτό θα έπειθε, θα του έλεγα κάτσε κάτω να σου πω μια ιστορία. Και θα του έλεγα τη δική μου».

5. Συζήτηση

Από τις δηλώσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αυτή προκύπτει μία καλή εικόνα τόσο του τρόπου με τον οποίο λαμβάνει χώρα η ακούσια εισαγωγή, τουλάχιστον στην περιοχή της Θεσσαλονίκης, όσο και των πτυχών του νόμου 2071/92 που εφαρμόζονται και αυτών που δεν εφαρμόζονται, των παραγόντων που συντελούν στο χάσμα μεταξύ νομοθεσίας και πρακτικής και των δυσκολιών στην εφαρμογή του νόμου. Παρακάτω θα συζητήσουμε τα κεντρικότερα ζητήματα που προκύπτουν, και συγκεκριμένα τους ρόλους των συμμετεχόντων, την εννοιολόγηση του κινδύνου και της φροντίδας από την πλευρά των εμπλεκόμενων στη διαδικασία του ακούσιου εγκλεισμού, και την τυχαιότητα στην υλοποίηση του νόμου εξαιτίας της έλλειψης ενός σταθερού πλαισίου εφαρμογής του, καταλήγοντας σε προτάσεις για τον περιορισμό και τελικά την κατάργηση του ακούσιου εγκλεισμού.

Οι ρόλοι των συμμετεχόντων

Στην αλληλουχία των εμπλεκόμενων επαγγελματικών ρόλων, οι εισαγγελείς, που αποτελούν και τον πρώτο κρίκο στην αλυσίδα της ακούσιας

εισαγωγής, αποπνέουν μια αίσθηση απόμακρου, η οποία επιβεβαιώθηκε και από τις περιγραφές των αστυνομικών και των ψυχιάτρων για τον εισαγγελέα ως ανώτατου αλλά τυπικού οργάνου στην όλη ιεραρχία, καθώς και των συμμετεχόντων με εμπειρία ακούσιας εισαγωγής, οι οποίοι δήλωσαν ότι δεν είδαν ποτέ τον εισαγγελέα. Η ίδια κοινωνία αποδίδει στους ψυχιάτρους τον παράταιρο ρόλο του θεραπευτή και φύλακα (Μανιτάκης, 1997. Μεγαλοοικονόμου, 2001). Σε μια απόπειρα εξισορρόπησής τους, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ψυχίατροι έχουν πια συμφιλιωθεί με την παραπάνω αντίφαση, και χρησιμοποιώντας μια γλώσσα φροντίδας προέβησαν κυρίως την υποχρέωσή τους να θεραπεύσουν το άτομο που πάσχει και μεταφέρεται ακούσια στο ψυχιατρείο, να εγγυηθούν ότι ο ασθενής δεν θα παραμείνει στο ψυχιατρείο για περισσότερο από όσο χρειάζεται, και να προστατεύσουν όσους εισάγονται με δόλο σε αυτό. Το στερεότυπο για τους βίαιους αστυνομικούς, που ξυλοφορτώνουν τους ασθενείς και τους κρατούν επί ώρες στο κρατητήριο σαν να ήταν εγκληματίες, δεν φαίνεται να επιβεβαιώνεται στη συγκεκριμένη μελέτη, αφού, σύμφωνα με τα λεγόμενα τόσο των αστυνομικών όσο και των συμμετεχόντων που μεταφέρθηκαν με περιπολικό στο ψυχιατρείο, οι αστυνομικοί κάνουν τυπικά και διεκπεραιωτικά τη δουλειά τους και σε κάποιες περιπτώσεις συμπεριφέρονται στους μεταφερόμενους με πολύ φιλικό και «ανθρώπινο» τρόπο. Το ύφος της αστυνομικής συνοδείας ωστόσο δεν αντισταθμίζει ούτε το φόβο που απορρέει από το συμβολισμό της στολής, των χειροπεδών, του περιπολικού και από το αιφνίδιο της παρουσίας των αστυνομικών στην πόρτα των φερόμενων ως ασθενών, ούτε το ανάρμοστο της προσαγωγής σε μονάδα υγείας ενός ατόμου που χρήζει φροντίδας με το συνηθισμένο μεταφοράς ατόμων που έχουν εγκληματήσει, με το στίγμα που αυτό συνεπάγεται.

Οι συμμετέχοντες που έχουν εισαχθεί ακούσια στο ψυχιατρείο χαρακτήρισαν αυτή την εμπειρία ως μελανό σημείο στη ζωή τους. Αν και έχουν έρθει αντιμέτωποι με την πρακτική της ακούσιας εισαγωγής αλλά και με τις ευρύτερες συνέπειές της, στην πλειονότητά τους δεν αμφισβητούν τη

φύση της ακούσιας εισαγωγής και την αναγκαιότητα ύπαρξης αντίστοιχου νόμου. Φαίνεται πως μέσω μιας διαδικασίας αυτοεκπληρούμενης προφητείας έχουν ενδοβάσει το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική ασθένεια, εναποθέτοντας την ευθύνη του εαυτού τους στους θεσμούς που η κοινωνία έχει εξουσιοδοτήσει για το σκοπό αυτό.

Παρά την άμεση εμπλοκή των επαγγελματιών συμμετεχόντων στην αλυσίδα της ακούσιας εισαγωγής, υπήρχαν φορές που οι συνομιλητές μας φαίνονταν να αποστασιοποιούνται από την εμπειρία τους και να μιλούν για την ακούσια εισαγωγή περιγραφικά και διεκπεραιωτικά, σαν να μη φέρουν οι ίδιοι την ευθύνη γι' αυτό που υλοποιούν. Οι εισαγγελείς, οι ψυχίατροι και οι αστυνομικοί παραμένουν στις στενές αρμοδιότητες του ρόλου τους, χωρίς διάθεση για συντονισμό μεταξύ τους προς όφελος των τελικών αποδεκτών της ακούσιας εισαγωγής. Έτσι, η κάθε ομάδα επαγγελματιών διατηρεί τη δική της οπτική γωνία, με αποτέλεσμα την ανυπαρξία μιας συνολικής θέασης της πορείας του εγκλεισμένου ατόμου από το σύνολο των εμπλεκόμενων επαγγελματιών. Ο ακούσιος εγκλεισμός φαίνεται να διενεργείται μέσω της σύμπτωσης των διαφορετικών πλευρών και της επιμέρους συμβολής τους, χωρίς αυτές να ενώνονται μέσω ουσιαστικής επικοινωνίας (βλ. και Κοσμάτος, 1994, 2002, 2007. Τεμπέλη & Κωνσταντάκοπουλος, 2003).

Η επικινδυνότητα ως εμπόδιο στην παροχή φροντίδας

Παρότι ο λόγος των συμμετεχόντων επικεντρώνεται στη φροντίδα, στην πράξη βασικό κριτήριο της ακούσιας εισαγωγής καταλήγει να είναι η επικινδυνότητα, που αν και απουσιάζει αυτολεξεί από τη διατύπωση του νόμου, διέπει τελικά το συνολικό πνεύμα του και υφέρπει στις πρακτικές που οι εμπλεκόμενοι επιλέγουν για να τον ενσαρκώσουν. Ενώ όλοι οι συμμετέχοντες δέχονται ότι ο υπαρκτός κίνδυνος εξαντλείται σε ελάχιστες περιπτώσεις, νιώθουν την επικινδυνότητα να υποβόσκει ως μια δυνητική απειλή τόσο για το εγκλεισμένο άτομο και τους άλλους, όσο και για τη δική τους επαγγελματική υπόσταση, αφού εάν δεν

ελέγξουν τη δύναμη επιθετική συμπεριφορά των ατόμων που βρίσκονται υπό την ευθύνη τους, θα υποστούν βαριές κυρώσεις. Προκειμένου να αποτρέψουν αυτή την πιθανότητα, τη μεγεθύνουν και παίρνουν τα απαραίτητα μέτρα για να την αντιμετωπίσουν, επικυρώνοντας έτσι τη χρήση κατασταλτικών πρακτικών, όπως η καθήλωση και οι αστυνομικές χειροπέδες.

Η επικινδυνότητα δεν είναι παρά μια πρόγνωση, την οποία καμιά μέθοδος, ούτε κλινική ούτε στατιστική, δεν μπορεί να εγγυηθεί με ασφαλή κριτήρια (Pilgrim & Rogers, 2004). Στην ψυχολογία είναι άλλωστε ευρέως αποδεκτό ότι η ανθρωπινή συμπεριφορά επηρεάζεται από μια πληθώρα ατομικών, κοινωνικών και συγκυριακών μεταβλητών, από τις οποίες δεν προκύπτει με γραμμικό και προβλέψιμο τρόπο (Τσαλίκογλου, 1987). Τα ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι τα ποσοστά εγκληματικότητας ατόμων με διάγνωση ψυχικής διαταραχής είναι ελαφρώς πιο αυξημένα από αυτά του γενικού πληθυσμού, αλλά ότι αυτή η συσχέτιση αφορά συγκεκριμένες διαγνωστικές κατηγορίες (π.χ. αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας, εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες και συγκεκριμένα ψυχωτικά συμπτώματα) και συνδέεται περισσότερο με κοινωνικές παρά με ατομικές και κλινικές παραμέτρους (Σκαραγκάς, 2002. Taylor & Gunn, 1999. Walsh, Buchanan, & Fahy, 2002). Ωστόσο, η θεώρηση του ψυχικά ασθενή, στα πλαίσια του ιατρικού μοντέλου, ως ατόμου δυνητικά επικίνδυνου και ανίκανου να αποφασίσει με γνώμονα το συμφέρον της υγείας του νομιμοποιεί την ακούσια εισαγωγή. Η ακούσια νοσηλεία ψυχικά ασθενή συνιστά τη μοναδική περίπτωση, γράφει ο Αλεβίζος (2004), όπου επιβάλλεται ποινή προτού τελεσθεί παράνομη πράξη. Η διπλή υπόσταση του ψυχικά ασθενή ως ταυτόχρονα πάσχοντα και προσώπου, ιδιότητες στις οποίες αντιστοιχούν τα δικαιώματα στην περιθαλψη και την ελευθερία, υπονομεύεται όταν υπεισέρχεται η έννοια της επικινδυνότητας (Μπιλανάκης, 2004).

Ενώ εισαγγελείς, ψυχίατροι και αστυνομικοί συστρατεύονται γύρω από την έννοια του κινδύνου για την από κοινού αντιμετώπισή του, η ομόνοια αυτή χάνεται όταν η έμφαση μετατοπίζεται

στη φροντίδα. Μολονότι δέκτες των ίδιων ερεθισμάτων, οι συμμετέχοντες καλύπτονται πίσω από την επιστημονική ή επαγγελματική εξειδίκευσή τους και η εστίαση μετατοπίζεται από τον ένα ρόλο στον άλλο, χωρίς κανένας να αναλαμβάνει υπεύθυνα το μερίδιο ευθύνης που του αναλογεί για την ουσιαστική ψυχολογική και κοινωνική στήριξη και φροντίδα του εγκλεισμένου ατόμου σε κάθε στάδιο της ακούσιας εισαγωγής.

Το ασαφές νομικό πλαίσιο και η τυχαιότητα στην εφαρμογή του νόμου

Ο νόμος 2071/92 διέπεται από μια «προοδευτική» λογική και παρέχει ένα συνολικό πλαίσιο για την ακούσια εισαγωγή, αλλά είναι ασαφώς διατυπωμένος σε αρκετές διατάξεις του. Η απουσία ξεκάθαρων κατευθυντήριων γραμμών και καθορισμένων μηχανισμών ελέγχου κατά την εφαρμογή του στην πράξη, σε συνδυασμό με την ανεπαρκή εκπαίδευση ή ακόμα και την παντελή έλλειψη εξειδικευμένης γνώσης, με χαρακτηριστικότερη την περίπτωση των αστυνομικών υπαλλήλων, καθιστά αδύνατη μια ενιαία πολιτική εφαρμογής του νόμου. Ο βαθμός και ο τρόπος εμπλοκής του κάθε επαγγελματία στη διαδικασία της ακούσιας εισαγωγής επαφίενται στην προσωπική επιλογή και στάση του, με αποτέλεσμα τη διαφοροποίηση στην εφαρμογή του νόμου όχι μόνο μεταξύ υπηρεσιών, αλλά και εντός του ίδιου φορέα.

Πιο συγκεκριμένα, κάθε ψυχίατρος ομιλητής ακολουθεί την ιδιαίτερη τακτική του αναφορικά με το αν και πότε θα ενημερώσει τους ασθενείς για τα δικαιώματά τους, το κατά πόσο θα δικαιολογήσει επαρκώς τη γνωμάτευση που θα στείλει στην εισαγγελία, και το αν θα θέσει ως προτεραιότητα τη θεραπεία ή τη φύλαξη. Οι εισαγγελείς συμμετέχοντες αντιμετωπίζουν ο καθένας με το δικό του τρόπο τις αιτήσεις για εξέταση περιπτώσεων που δεν εμπίπτουν στο νόμο, και ιδιαίτερα αυτών που αφορούν χρήση ουσιών. Η αντιμετώπιση του μεταφερόμενου από τους αστυνομικούς παίρνει ποικίλες μορφές, από την αδιαφορία ή την απλή τυπικότητα έως την υποστήριξη. Μέσα σε αυτό τον κατακερματισμό της «φροντίδας», ούτε οι εμπλεκόμενες υπηρεσίες είναι σε θέση να ελέγ-

ξουν η μια την άλλη. Έτσι, μια ανεπαρκώς τεκμηριωμένη ψυχιατρική γνωμάτευση μπορεί να γίνει αποδεκτή από τον εισαγγελέα, ένας άνθρωπος μπορεί να μεταφερθεί στο ψυχιατρείο ενάντια στη θέλησή του χωρίς η περίπτωση του να δικαιολογείται από το νόμο, η εκδίκαση της υπόθεσης ενός ατόμου που νοσηλεύεται πολύ πέρα των δέκα ημερών μπορεί να μην υποπέσει καν στην αντίληψη του θεράποντα γιατρού, οπότε αυτός να μην επιζητήσει ενημέρωση του νοσηλευόμενου για τη δίκη και παράσταση σ' αυτήν. Ο συγκεκριμένος χαρακτήρας της δράσης των εμπλεκόμενων επιτείνεται κάποιες φορές ακόμα περισσότερο από τις ασαφείς διατυπώσεις του νόμου, με πιο χαρακτηριστικό το παράδειγμα της μεταφοράς του φερόμενου ως ασθενή από την αστυνομία και όχι από το ΕΚΑΒ, αλλά και της τομεοποίησης – θέματα που συζητήθηκαν εκτεταμένα ωρίτερα.

Πέρα από την επικινδυνότητα λοιπόν, προκύπτει και η τυχαιότητα ως στυλοβάτης της εφαρμογής του νόμου. Μια τόσο σημαντική συνθήκη, ο ακούσιος εγκλεισμός, ακριβώς επειδή δεσμεύει την ελευθερία του ατόμου, καθορίζεται σαφώς από τη νομοθεσία και προστατεύεται από διατάξεις περί δικαιωμάτων. Στην πράξη ωστόσο επαφίεται στη συνείδηση, την κουλτούρα, την εντιμότητα, ή, όπως χαρακτηριστικά περιέγραψε ένας συμμετέχοντας, «στην καλή καρδιά» του καθενός...

Τα δικαιώματα ως άλλοθι στο σύστημα υγείας

Από τις παραπάνω ασάφειες και διαφοροποιήσεις στην εφαρμογή της ακούσιας εισαγωγής προκύπτει τελικά το ερώτημα κατά πόσον ο νόμος διασφαλίζει τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων. Στην καταγγελία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές ότι δεν εξασφαλίζεται η αξιοπρέπεια τους κατά την εμπλοκή τους με το σύστημα υγείας, η απάντηση δίνεται μέσα από μια σειρά επίσημες διατάξεις που έχουν θεσπιστεί διεθνώς με σκοπό την προστασία των δικαιωμάτων τους (Γεωργάκα, 2009. Μπρεδήμας, 2006). Μια τέτοια επικύρωση όμως, η οποία λαμβάνει χώρα σε κλει-

στές αίθουσες μακριά από την καθημερινή κοινωνική πραγματικότητα, εκριζώνει, κατά τον Γιαννιρά (1998), την έννοια του δικαιώματος από το κοινωνικό της πλαίσιο, και κατ' αυτό τον τρόπο το δικαίωμα καταλήγει να λειτουργεί ως άλλοθι για το σύστημα και την κοινωνία. Οι νομικές εγγυήσεις μένουν για χρόνια ανεφάρμοστες, χωρίς να είναι σε θέση να εκτιμήσει κανείς τα οφέλη τους και άρα να κατανοήσει ποιος έχει πρόσβαση σε αυτές. Το δίκαιο, γράφει ο Φυτράκης (2007), δεν το χρειάζεται ο καθηγητής της ιατρικής ή της νομικής, αλλά ο εξαθλιωμένος. Αν το δίκαιο δεν μπορεί να τον προστατεύσει, τότε έχει αποτύχει. Στην περίπτωση της ακούσιας εισαγωγής, η πραγματικότητα μοιάζει να είναι εντελώς αντίθετη από αυτό που το πνεύμα του νόμου επιδιώκει, με άλλα λόγια, όπως συνοψίζεται αντιπροσωπευτικά στο λόγο ενός συμμετέχοντα ψυχιάτρου, «όλα αυτά είναι για να αισθανόμαστε εμείς καλύτερα, όχι οι ασθενείς...».

Μέσα στο κυρίαρχο ιατροκεντρικό πλαίσιο, η ψυχική ασθένεια θεωρείται μια συνθήκη απώλειας της λογικής και ανικανότητας από τη μεριά του ατόμου να κρίνει για το συμφέρον του. Σε αυτή την αδυναμία έρχεται να απαντήσει η ακούσια εισαγωγή και η ανάληψη από μέρους των ψυχιάτρων του δικαιώματος και της υποχρέωσης να αποφασίζουν εκείνοι για τη ζωή των πασχόντων (Γεωργάκα, 2009). Η παραδοχή αυτή βρίσκεται στη βάση της καταπάτησης των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων στην καθημερινότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και, σε συνδυασμό με την αριθμητική και ποιοτική έλλειψη υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, επιτείνει την πρακτική του ακούσιου εγκλεισμού.

Προτάσεις για τη βελτίωση και την αποφυγή των ακούσιων εισαγωγών

Προκειμένου να ανατραπεί η παραπάνω συνθήκη χρειάζονται μια σειρά αλλαγές στο επίπεδο βελτίωσης της διαδικασίας της ακούσιας εισαγωγής καθώς και ένας ευρύτερος προσανατολισμός προς την αποφυγή της. Αναφορικά με το πρώτο, η εφαρμογή της προοδευτικής φιλοσοφίας του νόμου με έμφαση στη φροντίδα και όχι στην επι-

κινδυνότητα του ψυχικά πάσχοντα συνιστά αναγκαία συνθήκη προκειμένου να υπάρχει πρακτικό αντίκρισμα κατά την υλοποίηση της ακούσιας εισαγωγής. Όπως απορρέει από τις προτάσεις των ίδιων των συμμετεχόντων στη μελέτη, για την επίλυση των δυσκολιών που προκύπτουν στην καθημερινότητα του ψυχιατρείου είναι απαραίτητη η δωρεάν παροχή νομικής στήριξης των νοσηλευόμενων από μια συμβουλευτική υπηρεσία η οποία θα είναι ανεξάρτητη από το θεράποντα ιατρό ή τον κοινωνικό λειτουργό της ψυχιατρικής μονάδας. Θα έπρεπε επίσης να υπάρχουν επιτροπές που θα μεταβαίνουν στη μονάδα νοσηλείας προς εξέταση των υποθέσεων ακούσιας εισαγωγής, αντί να πρέπει οι νοσηλευόμενοι να παρουσιάζονται στο δικαστήριο για την υπόθεσή τους. Σχετικά με τη μη εφαρμογή της τομεοποίησης, οι τέσσερις ψυχίατροι συμφώνησαν στην ανάγκη νοσηλείας των ατόμων στον τόπο καταγωγής τους. Οι εισαγγελείς από την πλευρά τους έκαναν λόγο για συνολική ενίσχυση των πόρων από μέρους της πολιτείας, που θα οδηγήσει στην αύξηση του αριθμού των δικαστικών αιθουσών, των υπαλλήλων και των δικαστών, με ταυτόχρονη μείωση του αριθμού των υποθέσεων που εκδικάζονται, συμπεριλαμβανομένων των υποθέσεων της ακούσιας εισαγωγής. Η εκπαίδευση πάνω στο νόμο, την ψυχική ασθένεια και την αντιμετώπιση του ψυχικά πάσχοντα απορρέει ως ανάγκη των συμμετεχόντων αστυνομικών, οι οποίοι συμφωνούν στην εμπλοκή της αστυνομίας μόνο στην περίπτωση κατά την οποία ο ασθενής δεν συνεργάζεται με το ΕΚΑΒ για τη μεταφορά του στο ψυχιατρείο, ενώ και οι εισαγγελείς επιζητούν συχνότερη και επαρκέστερη μέριμνα της πολιτείας για την κατάρτισή τους.

Η βελτίωση της διαδικασίας της ακούσιας εισαγωγής, ώστε να συμπνέει με το πνεύμα και το γράμμα του νόμου, αποτελεί όμως ημίμετρο σε σχέση με τον τελικό στόχο, ο οποίος είναι η υιοθέτηση μέτρων και πρακτικών που θα οδηγούν στη σημαντική μείωση ή ακόμη και στην πλήρη αποφυγή των ακούσιων εισαγωγών. Ένας τρόπος αποφυγής της ακούσιας εισαγωγής στην ευρωπαϊκή εμπειρία είναι οι χώροι εναλλακτικών τρόπων διαχείρισης των κρίσεων, όπως τα Σπίτια Φυ-

γής ή Κρίσης, με αντιπροσωπευτικότερα αυτά στο Βερολίνο και στη Βρετανία, στα οποία ένα άτομο που βρίσκεται σε περίοδο κρίσης μπορεί να φιλοξενηθεί για κάποιο διάστημα, προλαμβάνοντας έτσι τη συνήθως μακροχρόνια ψυχιατρική παρέμβαση (Graley-Wetherell, 2007. Hartmann & Braeuling, 2007). Ακόμη πιο αποτελεσματική είναι η ανάπτυξη επαρκών κοινοτικών δικτύων περιθάλψης, με έμφαση στην υποστήριξη του ατόμου μέσα στην κοινότητα, τη συνεργασία με το άμεσο περιβάλλον του, τη δικτύωση μεταξύ εμπλεκόμενων ατόμων και φορέων, καθώς και την πρώιμη παρέμβαση στην κρίση. Χαρακτηριστικά παραδείγματα τέτοιων δικτύων είναι το μοντέλο κοινοτικής περιθάλψης της Τεργέστης (Μπαϊράκτάρης, 1994) και το μοντέλο του Ανοιχτού Διαλόγου στη Φινλανδία (Seikkula & Alakare, 2007). Τέλος, δεδομένου ότι η ακούσια νοσηλεία όσο και γενικότερα ο καταναγκασμός στο χώρο της ψυχικής υγείας συνδέονται άρρηκτα με το ιατρικό μοντέλο της ψυχικής ασθένειας και τον ψυχιατρικό πατερναλισμό που το συνοδεύει, σημαντική συμβολή στην αποφυγή του καταναγκασμού θα μπορούσε να έχει η ανάπτυξη εναλλακτικών τρόπων κατανόησης του ψυχικού πόνου και εναλλακτικών πρακτικών για τη διαχείρισή του (Parker, Γεωργάκα, Harper, McLaughlin, & Stowell-Smith, 2007. Stastny & Lehmann, 2007).

Στις προτάσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη κυριαρχεί το σκεπτικό της ανάπτυξης επαρκών σε αριθμό και δυνατότητες κοινοτικών μονάδων ψυχικής υγείας, καθώς και της υποστήριξης στο περιβάλλον του ατόμου με στόχο την πρόληψη των κρίσεων και της ανάγκης ακούσιας εισαγωγής. Οι συμμετέχοντες με εμπειρία ακούσιας εισαγωγής συμπλήρωσαν στα μέτρα για την πρόληψη των ακούσιων εισαγωγών την ανάγκη ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας για τις ψυχικές διαταραχές, όπως και τη δυνατότητα επικοινωνίας και αποδοχής από τους άλλους του προσωπικού βιώματος του ψυχικού πόνου.

Τόσο στη βελτίωση της διαδικασίας της ακούσιας εισαγωγής όσο και στην πρόληψη και αποφυγή της θα μπορούσαν να συμβάλουν σημαντικά οι κλινικοί ψυχολόγοι που εργάζονται σε δομές ψυχικής υγείας. Στο πρώτο επίπεδο, ο ρόλος των

κλινικών ψυχολόγων, που σήμερα περιορίζεται στην αξιολόγηση και ψυχολογική υποστήριξη των νοσηλεύμενων μετά την ακούσια εισαγωγή τους, θα μπορούσε να διευρυνθεί ώστε να συμπεριλάβει τόσο την αξιολόγηση της ανάγκης νοσηλείας όσο και την εξέταση εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης της κρίσης. Καθώς η επικινδυνότητα του ψυχικά ασθενή λειτουργεί ως συνθήκη καταλυτική για την ακούσια ή μη εισαγωγή του, σκόπιμη θεωρείται η συνεργασία ψυχιάτρων και ψυχολόγων με στόχο την πληρέστερη και πιο σύνθετη συνδιαμόρφωση της αξιολόγησής της. Η πρόβλεψη της δυνητικά επικίνδυνης συμπεριφοράς είναι πιο περίπλοκη από την απόδοση μιας ψυχιατρικής νοσολογικής οντότητας, γι' αυτό και η εξέταση του συνολικού πλαισίου ζωής και της ψυχικής κατάστασης του ατόμου από τον κλινικό ψυχολόγο θα μπορούσε να παρέχει μια περισσότερο ολοκληρωμένη απάντηση στο ερώτημα της ανάγκης και του επείγοντα χαρακτήρα της νοσηλείας. Πέρα από την αξιολόγηση της επικινδυνότητας και της ανάγκης νοσηλείας ωστόσο, ο κλινικός ψυχολόγος θα μπορούσε να αναλάβει την εξέταση εναλλακτικών κατά περίπτωση τρόπων αντιμετώπισης της ψυχικής οδύνης του προσερχόμενου ατόμου, σε συνεργασία με το ίδιο, την οικογένειά του και τις διαθέσιμες κοινοτικές υποστηρικτικές δομές. Στο δεύτερο επίπεδο, αυτό της πρόληψης και της αποφυγής των ακούσιων νοσηλείων, οι κλινικοί ψυχολόγοι θα μπορούσαν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη κοινοτικών υποστηρικτικών υπηρεσιών και δικτύων, όπως αυτά που προαναφέρθηκαν. Πολύτιμα εφόδια των ψυχολόγων για την ανάληψη ενός τέτοιου ρόλου είναι αφενός η επιστημονική τους κατάρτιση γύρω από την ανθρώπινη συμπεριφορά και τη δυνατότητα πρόβλεψης αλλά και αλλαγής της, και αφετέρου η δυνατότητα διερεύνησης, αξιολόγησης και παρέμβασης στα μικρο- και μακρο- επίπεδα της καθημερινής ζωής του ατόμου. Αυτού του είδους το έργο όμως προϋποθέτει κλινικούς ψυχολόγους οι οποίοι, πέρα από την απόκτηση καθαρά κλινικών γνώσεων και δεξιοτήτων, έχουν εκπαιδευτεί στο χώρο της κοινοτικής κλινικής ψυχολογίας και των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων.

Σε ένα ολοκληρωμένο δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας η εμπλοκή επαγγελματιών και χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας θα έπρεπε να είναι ισότιμη, με τη φωνή των δεύτερων να ενισχύεται σε μια φιλοσοφία αυτενέργειας και αλληλοβοήθειας. Ήδη υπάρχουν προτάσεις από πλευράς των χρηστών για την αποφυγή των ακούσιων εισαγωγών. Στη Λευκή Βίβλο για την προστασία των ανθρώπινων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας των ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές, και ιδιαίτερα εκείνων που εγκλείονται ακούσια σε ψυχιατρικά ιδρύματα (2000), το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Πρώην Χρηστών και Επιζησάντων της Ψυχιατρικής (ENUSP) παίρνει θέση για την ακούσια νοσηλεία, διακηρύσσοντας κατ' αρχάς ότι η αντιμετώπιση των ψυχικά πασχόντων πρέπει να ρυθμίζεται από νομοθεσία που αφορά τους ασθενείς εν γένει και όχι από ειδικούς για τους ψυχικά πάσχοντες νόμους. Η ακούσια εισαγωγή ως απάντηση στην έλλειψη εναλλακτικών επιλογών δεν γίνεται αποδεκτή, ενώ η μοναδική περίπτωση εγκλεισμού που το Δίκτυο αναγνωρίζει σχετίζεται αποκλειστικά και μόνο με τον άμεσο κίνδυνο της ζωής του ατόμου ή άλλων, χωρίς σε αυτό να εμπεριέχεται η επιδείνωση της υγείας του. Η ακούσια παραμονή σε ψυχιατρική μονάδα, σύμφωνα με τη Λευκή Βίβλο, δεν μπορεί να συνεπάγεται και αναγκαστική επιβολή θεραπείας, πρέπει δε να λήγει αμέσως μόλις ξεπεραστεί η συνθήκη του κινδύνου.

Περιορισμοί της μελέτης

Ένας βασικός περιορισμός της μελέτης είναι ο μικρός αριθμός συμμετεχόντων, μόλις 4 ανά ομάδα και 18 συνολικά. Αυτός ο αριθμός είναι συνήθης και αποδεκτός σε ποιοτικές μελέτες, εξαιτίας του όγκου των δεδομένων που συλλέγονται και της χρονοβόρας αναλυτικής διαδικασίας. Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης, όπως και κάθε ποιοτικής έρευνας, δεν ήταν η γενίκευση των αποτελεσμάτων στο σύνολο του πληθυσμού των ομάδων που συμμετείχαν, αλλά η καταγραφή των προτύπων, των τάσεων, των υπερπουσών δομών και των σχέσεων που αναδεικνύονται (Ιωσηφίδης, 2003) και η μέσω αυτών κα-

τασκευή θεωρητικών σχημάτων για το υπό μελέτη φαινόμενο (Silverman, 2000). Ωστόσο, ο υψηλός βαθμός σύμπτωσης των ευρημάτων της παρούσας μελέτης με τη βιβλιογραφία αποτελεί πειστήριο για την καθολικότητα του τρόπου εφαρμογής του νόμου στην Ελλάδα και την ορθότητα των ευρημάτων.

Τα αποτελέσματα της μελέτης θα μπορούσαν να εμπλουτιστούν περισσότερο με τη συμβολή του λόγου των οικείων των ακούσια εισαγόμενων ατόμων αλλά και της οπτικής των επαγγελματιών κλινικών ψυχολόγων. Οι δύο αυτές ομάδες απουσιάζουν επειδή δεν εμπλέκονται θεσμικά στη διαδικασία της ακούσιας εισαγωγής, που αποτέλεσε το κριτήριο επιλογής του δείγματος στην παρούσα μελέτη. Δεδομένου ωστόσο ότι οι πρώτοι εμπλέκονται και οι δεύτεροι θα μπορούσαν να εμπλέκονται ουσιαστικά στη διαδικασία, θα ήταν χρήσιμο κάποιες μελλοντικές μελέτες να εξετάσουν και τη δική τους οπτική.

Αναγνωρίζουμε τέλος ότι το γεγονός πως οι συνεντεύξεις δεν μαγνητοφωνήθηκαν, αλλά ο λόγος των συμμετεχόντων καταγράφηκε στενογραφικά, παρότι εξυπηρετεί το στόχο της εμπιστευτικότητας και επομένως της δυνατότητας μεγαλύτερου ανοίγματος από την πλευρά των συμμετεχόντων, θέτει σημαντικούς περιορισμούς στην ακρίβεια των δεδομένων και κατά συνέπεια στην αξιοπιστία και την εγκυρότητα της μελέτης.

Δεδομένης αφενός της σημαντικότητας του ζητήματος της ακούσιας εισαγωγής εξαιτίας της κρισιμότητάς της για τους ανθρώπους που την υφίστανται και του ιδιαίτερα αυξημένου ποσοστού εφαρμογής της στην Ελλάδα, και αφετέρου της έλλειψης επαρκούς μελέτης του στην ελληνική βιβλιογραφία, θεωρούμε σημαντικό να μελετηθεί το θέμα πιο συστηματικά. Μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να εξετάσουν την εφαρμογή της διαδικασίας σε άλλες περιοχές της χώρας, να λάβουν υπόψη την οπτική περισσότερων εμπλεκόμενων μερών, να δώσουν μεγαλύτερη έμφαση στους τρόπους βελτίωσης και περιορισμού της ακούσιας εισαγωγής και τέλος να εξετάσουν την ίδια την πρακτική εφαρμογής της διαδικασίας σε αντιπαράθεση ίσως με τις απόψεις των συμμετεχόντων σε αυτήν.

Βιβλιογραφία

- Αλεβίζος, Β. (1997). Το σκεπτικό του νόμου 2071/92 για την ακούσια νοσηλεία. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 60, 132-136.
- Αλεβίζος, Β. (2004). Ο ψυχίατρος στο δικαστήριο. Στο Β. Αλεβίζος, J. Jehle, Π. Κακκαλής, Λ. Κοτσαλής & Ν. Τζαβάρας (Επιμ.), *Δικαστική ψυχιατρική και απονομή της δικαιοσύνης* (σσ. 83-137). Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας.
- Βαλμά, Β. (2005). Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας: Αρχές για την προστασία των ατόμων με ψυχική νόσο και για τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. *Αφιερώματα*, 8, 32-34.
- Bernardet, P. (1997). Κίνδυνος και επικινδυνότητα στις εθνικές νομοθεσίες που αφορούν στην ψυχική υγεία και στη νομολογία των ευρωπαϊκών κρατών. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 60, 81-97.
- Bindman, J., Tighe, J., Thornicroft, G., & Leese, M. (2002). Poverty, poor services, and compulsory psychiatric admission in England. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 37, 341-345.
- Γεωργάκα, Ε. (2009). Τα δικαιώματα ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην Ελλάδα: Από τις διεθνείς διακηρύξεις στις επαγγελματικές πρακτικές. *Επιστημονική Επετηρίδα του Τμήματος Ψυχολογίας του ΑΠΘ*, τόμ. Η', 89-128.
- Charmaz, K. (2003). Grounded theory. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (pp. 81-110). London: Sage.
- Γιανναράς, Χ. (1998). *Η απανθρωπιά του δικαιώματος*. Αθήνα: Δομός.
- Δημακοπούλου, Α., Παπαμιχαήλ, Ε., Θεολόγος, Γ., & Ρόντος, Ι. (2003). Αναγκαστικές νοσηλείες στον ψυχιατρικό τομέα γενικού νοσοκομείου - 31 μήνες μετά. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 83, 58-65.
- Dressing, H., & Salize, H. J. (2004). Compulsory admission of mentally ill patients in European Union Member States. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 39, 797-803.
- European Network of ex-Users and Survivors of Psychiatry (2000). *White paper on the protection of human rights and dignity of people suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric establishment*. Πρόσβαση στις 27 Νοέμβρη 2008, <http://www.enusp.org>.
- Graley-Wetherell, R. (2007). Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας και το κίνημα για αυτοεκπροσώπηση

- στη Βρετανία. *Κοινωνία και ψυχική Υγεία*, 2, 25-30.
- Hartmann, P., & Braeuling, S. (2007). Finding common strength together: The Berlin Runaway House. In P. Stastny & P. Lehmann (Eds.), *Alternatives beyond psychiatry* (pp. 188-198). Berlin: Peter Lehmann Publishing.
- Ιωσηφίδης, Θ. (2008). *Ποιοτικές μέθοδοι έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες*. Αθήνα: Κριτική.
- Kaltiala-Heino, R., Korkeila, J., Tuohimaki, C., Tuori, T., & Lehtinen, V. (2000). Coercion and restrictions in psychiatric inpatient treatment. *European Psychiatry*, 15, 213-219.
- Κατσαφούρος, Κ. (2003). Δρομοκαταιο Ψ.Ν.Α. - Αναγκαστικές νοσηλείες και ανοιχτά ψυχιατρικά τμήματα. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 83, 55-57.
- Kjellin, L., Hoyer, G., Engberg, M., Kaltiala-Heino, R., & Sigurjonsdottir, M. (2006). Differences in perceived coercion at admission to psychiatric hospitals in the Nordic countries. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 41, 241-247.
- Κοκκινάκος, Γ. (2007). *Σημειώσεις για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση: Το παράδειγμα της Κρήτης*. Χαλιά: Γραφικές τέχνες - Γεωρβασάκης.
- Κοσμάτος, Κ. (1994). Το έκτο κεφάλαιο του ν. 2071/1992 μετά από ένα έτος εφαρμογής: Έρευνα δοκιμασίας του στην πράξη. *Υπεράσπιση*, 202-211.
- Κοσμάτος, Κ. (1998). Η «απομόνωση» και η «καθίλωση» των ψυχικά ασθενών που εγκλείονται στο ψυχιατρείο: Βασικοί προβληματισμοί. *Αρμενόπουλος*, 1, 125-131.
- Κοσμάτος, Κ. (2002). *Η ακούσια νοσηλεία σε μονάδα ψυχικής υγείας. Ερευνητικές διαπιστώσεις και προοπτικές από την εφαρμογή του νόμου 2071/1992*. Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας.
- Κοσμάτος, Κ. (2007). Ακούσια ψυχιατρική νοσηλεία. *Στίγμα*, 17, 18-24.
- Κουτσοϋράδης, Α., & Γεωργιάδη, Α. (2002). *Προστατευτικοί θεσμοί του αστικού δικαίου: Δικαστική συμπαράσταση, ακούσια νοσηλεία, επιμέλεια ξένων υποθέσεων*. Αθήνα: Σάκκουλας.
- Λαζαρίδης, Κ. (1997). Αναγκαστική προσαγωγή για ενδονοσοκομειακή νοσηλεία για αλλοδαπούς στο κρατίδιο της Κάτω Σαξονίας/Γερμανία: Επιδημιολογική προσέγγιση και διαχωριστικά χαρακτηριστικά. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 60, 69-78.
- Μαδιανός, Μ. (2002). Η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα του 21ου αιώνα. *Ψυχιατρική*, 13, 297-300.
- Madill, A., Jordan, A., & Shirley, C. (2000). Objectivity and reliability in qualitative analysis: Realist, contextualist and radical constructionist epistemologies. *British Journal of Psychology*, 91, 1-20.
- Μανιτάκης, Α. (1997). Τα δικαιώματα του ψυχασθενούς: Δικαιώματα ενός προσώπου στην ελευθερία ή δικαιώματα ενός ασθενούς στην υγεία; *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 60, 54-68.
- Mason, J. (2003). *Η διεξαγωγή της ποιοτικής έρευνας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μεγαλοοικονόμου, Θ. (2001). Ιδεολογίες του ψυχιατρικού εκσυγχρονισμού. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 75, 33-45.
- Μητροσύλη, Μ. (1997). Αναγκαιότητα προσδιορισμού στην Ευρώπη μιας νέας πολιτικής για την ψυχική υγεία. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 60, 158-161.
- Morgan, C., Mallett, R., Hutchinson, G., & Leff, J. (2004). Negative pathways to psychiatric care and ethnicity: The bridge between social science and psychiatry. *Social Science & Medicine*, 58, 739-752.
- Μπαϊρακτάρης, Κ. (1994). *Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση*. Αθήνα: Εναλλακτικές εκδόσεις/αντιπαραθέσεις.
- Μπιλανάκης, Ν. (2004). *Ψυχιατρική περίθαλψη και ανθρώπινα δικαιώματα στην Ελλάδα*. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Μπιλανάκης, Ν. (2005). Υποχρέωση ενημέρωσης ψυχικά ασθενούς για τα δικαιώματά του: Μια περίπτωση υποχρέωσης ενημέρωσης ασθενούς. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 92, 28-33.
- Μποζίκας, Β., Τσιπροπούλου, Β., Δεσερή, Χ., Κοσμίδου, Μ., Μπογιατζή, Μ., Πιστάβας, Σ. & Καραβάτος, Θ. (2003). Μελέτη παραγόντων που επηρεάζουν την ακούσια νοσηλεία ασθενών σε μια ψυχιατρική κλινική. *Ψυχιατρική*, 14(2), 120.
- Μπρεδήμας, Α. (2006). Η προστασία των ψυχικά ασθενών στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα δικαιώματα του ανθρώπου και άλλων ρυθμίσεων του Συμβουλίου της Ευρώπης. Στο Κ. Σολδάτος, Α. Καρακώστας, Α. Κουτσοϋριάδης & Μ. Μαλλιώρη (Επιμ.), *Ψυχιατρική και δίκαιο: Γενικό πλαίσιο και προβληματισμοί* (σσ. 207-222). Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας.
- Olofsson, B., & Norberg, A. (2001). Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of Advanced Nursing*, 33(1), 89-97.

- Oluwatayo, O., & Gater, R. (2004). The role of engagement with services in compulsory admission of African/Caribbean patients. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 39, 739-743.
- Παρασκευόπουλος, Ν.Α. (1993). Ν. 2071/1992, εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστήματος υγείας. *Υπεράσπιση*, 199-212.
- Παρασκευόπουλος, Ν.Α., & Κοσμάτος, Κ. (1997). *Ο αναγκαστικός εγκλεισμός του ψυχικά ασθενή σε ψυχιατρείο*. Αθήνα: Σάκκουλας.
- Parker, I., Γεωργάκα, Ε., Harper, D., McLaughlin, T., & Stowell-Smith, M. (2007). *Αποδομώντας την ψυχοπαθολογία*. Αθήνα: Gutenberg.
- Pilgrim, D., & Rogers, A. (2004). *Κοινωνιολογία της ψυχικής υγείας και ασθένειας*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Πλουμπίδης, Δ. (1995). *Η ιστορία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εξάντας.
- Πλουμπίδης, Δ. (1997). Παρατηρήσεις για την εφαρμογή του νόμου 2071/92 σχετικά με την αναγκαστική νοσηλεία σε ψυχιατρικά ιδρύματα. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 60, 147-151.
- Seikkula, J., & Alakare, B. (2007). Open dialogues. In P. Stastny & P. Lehmann (Eds.), *Alternatives beyond psychiatry* (pp. 223-239). Berlin: Peter Lehmann Publishing.
- Silverman, D. (2000). *Doing qualitative research: A practical handbook*. London: Sage.
- Singh, S.P., Croudace, T., Beck, A., & Harrison, G. (1998). Perceived ethnicity and the risk of compulsory admission. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 33, 39-44.
- Σκαραγκάς, Δ. (2002). *Εγκληματίας ψυχασθενής: Ένας επικίνδυνος μύθος*. Θεσσαλονίκη: Ιανός.
- Smith, J.A. (1995). Semi-structured interviewing and qualitative analysis. In J.A. Smith, R. Harré & L. van Langenhove (Eds.), *Rethinking methods in psychology* (pp. 9-26). London: Sage.
- Σπυρόπουλος, Η. (1997). Ακούσια (αναγκαστική) νοσηλεία ψυχικά ασθενών. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 60, 20-23.
- Stastny, P., & Lehmann, P. (Eds.) (2007). *Alternatives beyond psychiatry*. Berlin: Peter Lehmann Publishing.
- Στυλιανίδης, Σ., Μητροσύλη, Μ., & Πλουμπίδης, Δ. (1997). Σχετικά με την εφαρμογή του νέου ελληνικού νόμου στην ψυχιατρική. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 60, 152-157.
- Συνήγορος του Πολίτη (2007). *Ειδική έκθεση. Αυτεπάγγελτη έρευνα του Συνηγόρου του Πολίτη για την ακούσια νοσηλεία ψυχικά ασθενών*. Πρόσβαση στις 10 Νοέμβρη 2008. <http://www.synigorow.gr/reportw/EidikiEkthesiAkousiaNosileiaeksetasi.pdf>.
- Taylor, P.J., & Gunn, J. (1999). Homicides by people with mental illness: Myth and reality. *British Journal of Psychiatry*, 174, 9-14.
- Τεμπέλη, Κ., & Κωνσταντακόπουλος, Γ. (2003). Παρέμβαση στην κρίση: Ζητήματα σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών και την αστυνομία. *Αφιέρωματα*, 1, 6-22.
- Τσαλικογλου, Φ. (1987). *Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Φουντεδάκη, Κ. (2006). Η αστική ευθύνη του ψυχιάτρου. Στο Κ. Σολδάτος, Α. Καρακώστας, Α. Κουτσουριάδης & Μ. Μαλλιώρα (Επιμ.), *Ψυχιατρική και δίκαιο: Γενικό πλαίσιο και προβληματισμοί* (σσ. 183-196). Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας.
- Φυτράκης, Ε. (2007). Η ακούσια νοσηλεία σήμερα: Μια μαύρη τρύπα στο κράτος δικαίου. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 100, 109-120.
- Walsh, E., Buchanan, A., & Fahy, T. (2002). Violence and schizophrenia: Examining the evidence. *British Journal of Psychiatry*, 180, 490-495.
- Webber, M., & Huxley, P. (2004). Social exclusion and risk of emergency compulsory admission: A case-control study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 39, 1000-1009.
- Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in psychology: Adventures in theory and method*. Buckingham: Open University Press.
- Zinkler, M., & Priebe, S. (2002). Detention of the mentally ill in Europe - a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 3-8.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΘΕΜΑΤΙΚΟΣ ΑΞΟΝΑΣ	ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ
<i>1ος: Η διαδικασία εφαρμογής του νόμου 2071/92 για την ακούσια εισαγωγή</i>	Η αφητηρία της ακούσιας εισαγωγής
	Το περιεχόμενο της διάγνωσης κατά την ακούσια εξέταση
	Η ψυχιατρική γνωμάτευση
	Τα κριτήρια για την ακούσια εισαγωγή
	Η μεταφορά του ατόμου στο ψυχιατρείο από αστυνομικούς υπαλλήλους
	Η τήρηση ακριβών προθεσμιών για τα επιμέρους στάδια της ακούσιας νοσηλείας
	Τα δικαιώματα που παρέχει ο νόμος στον ασθενή
	Η μη εφαρμογή της τομεοποίησης
	Οι περιπτώσεις ακούσιας εισαγωγής που δεν εμπίπτουν στο νόμο
	Η περίπτωση της αναίτιας δόλιας κράτησης
	Η μετατροπή της ακούσιας εισαγωγής σε εκούσια με τη συγκατάθεση του ασθενή
<i>2ος: Ζητήματα στην εφαρμογή του νόμου 2071/92</i>	Οι ρόλοι που αποδίδει ο νόμος στους συμμετέχοντες επαγγελματίες
	Η συνεργασία των εμπλεκόμενων επαγγελματιών
	Οι αιτίες της εσφαλμένης εφαρμογής του νόμου
	Η παράμετρος της προσωπικής επιλογής στον τρόπο εφαρμογής του νόμου από τους επαγγελματίες
	Η επικινδυνότητα του ψυχικά ασθενή ως παράμετρος για την ακούσια νοσηλεία
	Το στίγμα που συνοδεύει την ακούσια εισαγωγή
	Η εμπειρία της ακούσιας εισαγωγής όπως τη βιώνουν οι ψυχικά πάσχοντες
<i>3ος: Προτάσεις των εμπλεκόμενων για την ακούσια εισαγωγή και το συνολικό σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας</i>	Προτάσεις επί της διαδικασίας εφαρμογής του νόμου
	Προτάσεις των συμμετεχόντων για τη δικτύωση των εμπλεκόμενων φορέων και ιδέες για την αλλαγή των αντιλήψεων γύρω από την ψυχική ασθένεια

Involuntary commitment to a psychiatric institution: From the spirit of the law to the reality of its implementation

EIRINI GRIGORIADOU¹

EVANGELIA AMPATZI²

EUGENIE GEORGACA³

ABSTRACT

The present study investigates the divergence between the law 2071/92 regarding involuntary commitment of persons with mental disorders to a psychiatric ward and its practical implementation, through information drawn from psychiatrists, attorneys and police officers, who are directly involved in the process, as well as from involuntarily committed persons. Data were collected through semi-structured interviews with four participants from each professional group, and four persons with experience of involuntary commitment. The material was systematically analysed and organised in categories according to the principles of Grounded Theory. The analysis reveals an adequate picture of the process of involuntary commitment, the aspects of the law that are implemented and correspondingly those which are not implemented, the difficulties in the implementation of the law, as well as broader issues concerning involuntary commitment. Amongst the central issues highlighted in this study are the distinctiveness of the participants' roles and the lack of collaboration between them, the importance of dangerousness, which coalesces all the professional participants and overshadows the aim of care, and finally the lack of a prescribed framework for the implementation of the law, which results in significant differences in its implementation depending on the personal stance and knowledge of each professional involved.

Keywords: Grounded theory, Involuntary commitment.

1. *Address:* PHD candidate, School of Psychology, Section of Social and Clinical Psychology, Aristotle, University of Thessaloniki. Nikitara street 3, 56728, Thessaloniki. Tel: 0030 2310-619149, 0030 6976782315, E-mail: irgrigor@hotmail.com
2. *Address:* Psychologist at the Centre for Prevention and Promotion of Psychosocial Health of Samos, Faros. Smirnis 28, 83100, Samos island. Tel: 22730-23443, 6979436467. E-mail: eampazi@yahoo.gr
3. *Address:* Senior Lecturer, School of Psychology, Section of Social and Clinical Psychology, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki 54124, Greece. Tel: +30 2310 997472, Fax: +30 2310 997384, E-mail: georgaca@psy.auth.gr