



# Ποινική Δικαιοσύνη

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ & ΝΟΜΟΛΟΓΙΑ - ΘΕΩΡΙΑ & ΠΡΑΞΗ

ΕΤΟΣ 2015/ΤΕΥΧΟΣ 2

**ΕΥΤΥΧΗΣ ΦΥΤΡΑΚΗΣ**

ΔΝ, Δικηγόρος, Ειδικός Επιστήμονας ΣτΠ

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ,  
ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΚΑΙ  
ΠΑΡΑΝΟΜΗ ΚΑΤΑΚΡΑΤΗΣΗ



ΝΟΜΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

ΑΝΑΤΥΠΟ

**nbonline.gr**

ΨΗΦΙΑΚΗ ΝΟΜΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ



ΕΥΤΥΧΗΣ ΦΥΤΡΑΚΗΣ  
ΔΝ, Δικηγόρος, Ειδικός Επιστήμονας ΣτΠ

# ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ, ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΝΟΜΗ ΚΑΤΑΚΡΑΤΗΣΗ

Ανάτυπο από την «ΠΟΙΝΙΚΗ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗ»  
Τεύχος 2 / Έτος 2015



ΝΟΜΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΑΕΒΕ

Μαυρομικάλη 23, 106 80 Αθήνα • Τηλ.: 210 3678 800 • Fax: 210 3678 819  
<http://www.nb.org> • e-mail: [info@nb.org](mailto:info@nb.org)

# Ψυχιατρική περίθαλψη, ιατρικό σφάλμα και παράνομη κατακράτηση\*

Ευτύχη Φυτράκη, ΔΝ, Δικηγόρου, Ειδικού Επιστήμονα ΣτΠ

Το ιατρικό λάθος και η συναφής ευθύνη στον τομέα της ψυχιατρικής διαθέτουν πολλές ιδιαιτερότητες και δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς. Η κρατούσα ψυχιατρική είναι συνυφασμένη με τη στέρηση της ελευθερίας, μέσω της ακούσιας νοσηλείας. Η παραβίαση των διαδικασιών και των προθεσμιών της ακούσιας νοσηλείας γεννά ποινική ευθύνη για παράνομη κατακράτηση. Ο σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών συνιστά μια μεγάλη πρόκληση για την εισαγγελική αρχή αλλά και την ψυχιατρική κοινότητα.

*Medical malpractice and psychiatric responsibility have many particularities that are not adequately researched. Dominant psychiatry is associated with the deprivation of liberty through involuntary hospitalization. The violation of the procedures and deadlines of involuntary hospitalization constitutes the criminal offence of false imprisonment. Respect for the human rights of persons with mental disorders is a great challenge both for the public prosecutor authority and for the psychiatric community.*

## Ι. Ιατρική ευθύνη και ψυχιατρική

Η ανάπτυξη της ιατρικής ευθύνης τα τελευταία 30 χρόνια υπήρξε ξεχωριστή. Με την υποχώρηση του πατερναλιστικού μοντέλου, στη σχέση ιατρού-ασθενούς, η αυθεντία του ιατρού πέρασε πλέον στο παρελθόν ενώ ο ασθενής από απλό αντικείμενο της ιατρικής πράξης, καθίσταται, σιγά-σιγά, «δικαιωματικά εταίρος» της θεραπευτικής σχέσης. Η ενημέρωση και η συναίνεση του ασθενούς δεν είναι πια μια περιττή πολυτέλεια αλλά θεμέλιο της παροχής υπηρεσιών υγείας. Σ' αυτό το πλαίσιο, το ιατρικό λάθος, όλο και περισσότερο, εντοπίζεται και η ανάλογη ευθύνη αποδίδεται. Ισχύουν όλ' αυτά στην Ψυχιατρική;

Αν και η συζήτηση για την ψυχιατρική ευθύνη έχει ξεκινήσει στις ΗΠΑ ήδη από τη δεκαετία του 1960<sup>1</sup>, επισημαίνεται, μέχρι και σήμερα, ότι «η ψυχιατρική έχει καθυστερήσει να φθάσει στον τόπο των ιατρικών σφαλμάτων»<sup>2</sup>. Σε έρευνες

που έχουν γίνει στην Ελλάδα<sup>3</sup> (αλλά και τη Γερμανία<sup>4</sup>) δεν αναφέρεται καν η περίπτωση ιατρικών σφαλμάτων στην ψυχιατρική. Η πρόσφατη νομολογία μας για ζητήματα ποινικής ιατρικής ευθύνης φαίνεται, κατά μία έρευνα (1998-2009)<sup>5</sup>, σταθερά να εστιάζεται ή να περιορίζεται στα εγκλήματα της ανθρωποκτονίας από αμέλεια και της σωματικής βλάβης από αμέλεια, κατά ασθενούς, χωρίς καμιά δυσμενής δικαστική κρίση να αφορά ψυχίατρο. Υπάρχουν, ωστόσο, αναφορές στη βιβλιογραφία σύμφωνα με τις οποίες 5-6% των ιατρικών λαθών εν γένει, συμβαίνουν σε χώρους ψυχιατρικής περίθαλψης<sup>6</sup>. Στις ΗΠΑ, παλαιότερα, είχε φανεί ότι μόλις το 0,3% των προσφυγών για ιατρικό σφάλμα στρεφόταν κατά ψυχιάτρων<sup>7</sup> ενώ αντιμέτωπο με αντίστοιχες αγωγές

\* Αναμορφωμένο και εμπλουτισμένο κείμενο εισήγησης στο συνέδριο «Ιατρική ευθύνη και βιοηθική - II», Αθήνα 14-15.3.2014.

1. D. Dawidoff, The malpractice of Psychiatrists, Duke Law Journal 1966, σελ. 696-716.
2. S. Nath/St.Marcus, Ιατρικά σφάλματα στην ψυχιατρική, Harvard Review of Psychiatry 2006, Vol. 14, No. 4, 204-211. (ελλ. έκδοση, σελ. 41), Μ. Μαλλιώρη, εν: Α. Δουζένη/Λ. Λύκουρα, Ψυχιατροδικαστική, Γ.Μ., εκδ. Πασχαλίδη, 2008, σελ. 25.

3. Βλ. Αθ. Βοζίκη/Μ. Ρήγα, Τα ιατρικά σφάλματα στην Ελλάδα: προσεγγίσεις της οικονομικής διάστασης μέσα από αποφάσεις των διοικητικών δικαστηρίων, Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία 2008, 2: 22-44, Αθ. Βοζίκη/Μ. Ρήγα/Γ. Πολλάλη, Αστική ιατρική ευθύνη. Ερευνητικά ευρήματα & σύστημα ανίχνευσης (ICU-MERIS), εν: Μ. Κανελλοπούλου-Μπότη/Φ. Παναγοπούλου-Κουτνατζή, Ιατρική ευθύνη και βιοηθική, εκδ. Πασχαλίδη/Broken Hill, 2014, σελ. 59 επ. 68.
4. Bundesärztekammer/Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern, Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2012, s. 9 (Tabelle 6).
5. Στ. Τοπάλη/Χ. Χοβαρδά, Στατιστική παρουσίαση νομολογιακής έρευνας (1998-2009) για την ποινική ιατρική ευθύνη, εν: Κ. Γώγος κ.ά (επιμ.), Η ιατρική ευθύνη στην πράξη, εκδ. Νομ. Βιβλιοθήκη, 2010, σελ. 49 επ. 50, 54-56.
6. Μ. Μαλλιώρη, ό.π., σελ. 26.
7. I. Pitarka-Carcani/G. Szmukler/Cl. Henderson, Complaints about care in a mental health trust, Psychiatric Bulletin 2000, 24: 372-376.

έχει βρεθεί ένα ποσοστό της τάξης του 6% των ψυχιάτρων<sup>8</sup>. Γενικά, πάντως, τα τελευταία χρόνια καταγράφεται μια αυξητική τάση, ως προς τις δικαστικές διαδικασίες κατά ψυχιάτρων για ιατρικό σφάλμα<sup>9</sup>.

Για την κατάγνωση ποινικής ευθύνης, απαιτείται, ως γνωστόν, πλην των άλλων να συντρέχει υπαιτιότητα, δηλ. δόλος ή αμέλεια. Η ιατρική ευθύνη, βέβαια, είναι συνδεδεμένη ή και ταυτισμένη με την αμέλεια. Κινδυνεύει, όμως, έτσι να αφήσουμε έξω από τον προβληματισμό μας όλες τις περιπτώσεις, που, ενώ δεν ενδιαφέρουν γενικώς την άσκηση της ιατρικής, αφορούν ειδικά την φροντίδα ψυχικής υγείας: αναφέρονται, συγκεκριμένα, στις συμπεριφορές εκ δόλου!<sup>10</sup> Ωστόσο, υπάρχουν διαφορετικές απόψεις κατά πόσο αυτές οι πράξεις εκ δόλου, εμπίπτουν στην έννοια του ιατρικού σφάλματος, δηλ. του «malpractice», δοθέντος ότι δεν συντρέχει εν προκειμένω περίπτωση αμελούς συμπεριφοράς. Πρόκειται για συμπεριφορές που λαμβάνουν χώρα στο κέντρο ή και στον περίγυρο της φροντίδας ψυχικής υγείας και διαθέτουν ποινικό ενδιαφέρον, δοθέντος ότι αποτελούν συχνότερα αξιόποινες πράξεις απ' ό,τι οι πράξεις που τελούνται από αμέλεια. Με άλλα λόγια, πράξεις που παραμένουν ατιμώρητες όταν τελούνται από αμέλεια, είναι αξιόποινες όταν τελούνται με δόλο, π.χ. η παράνομη κατακράτηση (άρθρο 325 ΠΚ), η παραβίαση επαγγελματικής εξεμύθειας (άρθρο 371 ΠΚ) κ.λπ.

«Τι είναι το ψυχιατρικό λάθος;» (“psychiatric malpractice?”). «Δεν υπάρχει τέτοιο πράγμα» (“There is no such thing”)<sup>11</sup>. Σίγουρα μια τέτοια ερωταπάντηση ακούγεται σαρκαστική και μάλλον υπερβολική. Είναι αλήθεια, όμως, από την άλλη πλευρά, ότι, εν γένει, «οι πληροφορίες που αφορούν στην ψυχιατρική αμέλεια και τα ιατρικά σφάλματα είναι ελάχιστες»<sup>12</sup>. Παράλληλα, αν στο πεδίο της γενικής ιατρικής ευθύνης εμφανίζονται σοβαρά προβλήματα απόδειξης<sup>13</sup>, που συχνά εμποδίζουν την απονομή δικαιοσύνης, στην ψυχιατρική τα πράγματα είναι πολύ χειρότερα. Αιτίες για τη δυσχέρεια στην ανίχνευση της ψυχιατρικής ευθύνης είναι η φύση της ψυχικής νόσου που προκαλεί αδυναμία άσκησης δικαιωμάτων από τον ασθενή, η έλλειψη νομικής υποστήριξης των ασθενών, η αδυναμία του κινήματος των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η έλλειψη σχετικών ερευνών, η εμπλοκή πολλών διαφορετικών επαγγελματιών στην ψυχιατρική περίθαλψη κ.ά. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι αν ο ψυχικά ασθενής διαμαρτυρηθεί, κινδυνεύει αυτή

η διαμαρτυρία του να θεωρηθεί ως σύμπτωμα της νόσου<sup>14</sup>. Συμβάλλουν, πάντως, στην απόκρυψη του ψυχιατρικού σφάλματος τα, ενίοτε ιδιοτελή, συμφέροντα των οικείων του ασθενούς. Γι' αυτό, το ψυχιατρικό σφάλμα ελάχιστα αναγνωρίζεται, σπάνια καταγράφεται και δύσκολα αποδεικνύεται.

Η ανάπτυξη του δικαίου της ψυχιατρικής ευθύνης στην ηπειρωτική Ευρώπη είναι υποτυπώδης. Αντίθετα στον αγγλοσαξωνικό χώρο, και ιδίως στις ΗΠΑ, όπου το δικαίο της ψυχικής υγείας αναγνωρίζεται ως αυτοτελής επιστημονικός κλάδος<sup>15</sup>, εντοπίζεται εκτενής νομολογία αλλά και επιστημονική βιβλιογραφία για την ψυχιατρική ευθύνη, κυρίως βέβαια από ψυχιάτρους αλλά και από νομικούς. Αξίζει να σημειωθεί ότι μεγάλα δικηγορικά γραφεία εξειδικεύονται απολύτως στον τομέα της ψυχιατρικής ευθύνης.

## II. Το ιατρικό σφάλμα στην ψυχιατρική

Στην ψυχιατρική ευθύνη, ισχύουν, κατ' αρχήν, οι γενικές αρχές για την αναγνώριση ευθύνης, στο αστικό ή το ποινικό δίκαιο, οι οποίες εφαρμόζονται στις άλλες ιατρικές ειδικότητες<sup>16</sup>. Η νομική (αστική/ποινική) ευθύνη θεμελιώνεται στο ιατρικό σφάλμα (medical malpractice, Kunstfehler/Behandlungsfehler), δηλ. σε ορισμένη ιατρική συμπεριφορά η οποία υπολείπεται από την επιβαλλόμενη στη συγκεκριμένη περίπτωση επιμέλεια. Ισχύει λοιπόν και εδώ: *Ο (ψυχ)ίατρος δεν ευθύνεται για το αποτέλεσμα, αλλά για το εγχείρημα*, δεν εγγυάται την ορθότητα της διάγνωσης ή την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, αλλά μόνο την καταλληλότητα της μεθόδου που εφαρμόζει.

Η ψυχιατρική αποτελεί ειδικότητα της ιατρικής που ασχολείται με τη διάγνωση, θεραπεία και πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Ωστόσο, η ψυχιατρική περίθαλψη χαρακτηρίζεται από πολλές *ιδιαιτερότητες* που την καθιστούν ξεχωριστή, σε σχέση με τις λοιπές ιατρικές ειδικότητες, ενώ συχνά δίδει την αίσθηση ενός άγνωστου και ταυτόχρονα τρομακτικού πεδίου<sup>17</sup>. Επιπλέον, η ψυχιατρική έχει αμφισβητηθεί συλλήβδην ως επιστήμη, ιδίως από το κίνημα της «αντι-ψυχιατρικής»<sup>18</sup>. Δεν είναι, άλλωστε, τυχαίο ότι στις συζητήσεις για την ιατρική ευθύνη, μόνο σ' αυτήν, αφιερώνονται ξεχωριστές εισηγήσεις, πράγμα που δεν συμβαίνει, ή συμβαίνει σπάνια, με τις άλλες ιατρικές ειδικότητες. Το ψυχιατρικό σφάλμα, ειδικότερα, εμφανίζει πολλές ιδιαιτερότητες, σε σχέση με το κοινό ιατρικό σφάλμα και την αντίστοιχη ιατρική (αστική ή ποινική) ευθύνη<sup>19</sup>. Οι ιδιαιτερότητες της

8. D. Mossman/M. Kapp, Malpractice and the Psychiatrist. A Primer for Residents, Academic Psychiatry, Vol. 21 (1997), σελ. 11.

9. R. Simon/D. Shuman, Clinical Manual of Psychiatry and Law, εκδ. American Psychiatric Pub., 2007, σελ. 4.

10. Στις ΗΠΑ (βλ. R. Simon/D. Shuman, ό.π., σελ. 5, D. Mossman/M. Kapp, ό.π., σελ. 14) γίνεται διάκριση μεταξύ πράξεων που συνιστούν “malpractice” αφενός, όπου απαιτείται αμέλεια, και “intentional tort” αφετέρου (βιαιοπραγία, επίθεση, παράνομη κατακράτηση, παραβίαση απορρήτου, εξαπάτηση).

11. J. Anderson, How I decided to sue you: Misadventures in Psychiatry, in: Litigation of Psychiatric Malpractice Claims, 1993, σελ. 1.

12. M. Μαλλιώρη, ό.π., σελ. 24.

13. Κ. Κατσάβός, Η ποινική ευθύνη των ιατρών και το δυσαπόδεικτο αυτής κατά την ακροαματική διαδικασία, ΠοινΔικ 2010, 716 επ., *Ευτ. Φυτράκης*, Η νομική διαχείριση του ιατρικού λάθους: κριτικές παρατηρήσεις, Ανεξάρτητη Αρχή Τεύχ. 4 (2007), σελ. 33-52.

14. M. Μαλλιώρη, ό.π., σελ. 28.

15. Βλ. π.χ. P. Bartlett/R. Sandland, Mental Health Law: Policy and Practice, 4th ed., εκδ. Oxford Univ. Press, 2014.

16. Βλ. ιδίως E. Deutsch/A. Spickhoff, Medizinrecht, 6. Aufl. εκδ. Springer, 2008, σελ. 525 επ. Κατά την αμερικανική ορολογία απαιτούνται τα 4 D (= duty, deviation, damage, direct causation).

17. R. Tölle/Kl. Windgassen, Psychiatrie, 15. Aufl. εκδ. Springer, 2009, σελ. 2.

18. Βασικός εκπρόσωπος ο αμερικανός καθηγητής ψυχιατρικής Thomas Szasz, βλ. ενδ. Th. Szasz, Η βιομηχανία της τρέλας, εκδ. Εκδοτική Θεσ/νίκης, 2006, Τ. Σαζ, Νόμος, ελευθερία και ψυχιατρική, εκδ. Αρχιπέλαγος, 2007.

19. M. Schiller, Die Arzthaftung für Behandlungsfehler im Rahmen psychiatrischer Behandlungen, Gesundheitsrecht (GesR) 1/2011, σελ. 8 επ.

ψυχιατρικής ευθύνης αποδίδονται συχνά στους ακόλουθους λόγους (ενδεικτικά<sup>20</sup>):

- Η άσκηση της ψυχιατρικής συνδέεται με ένα μακρύ ιστορικό καταχρήσεων. Καμιά άλλη ιατρική ειδικότητα δεν έχει συνδεθεί τόσο με παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Το ναζιστικό πρόγραμμα *Aktion T4*, η λεγόμενη σοβιετική ψυχιατρική και το ελληνικό «σκάνδαλο της Λέρου» ενέπλεξαν την ψυχιατρική σε μοναδικές φρικαλεότητες: από επιστήμη του ανθρώπου κατάντησε μια μηχανή απανθρωπιάς. Γι' αυτό, ήδη στο άρθρο 28 παρ. 1 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ, Ν 3418/2005) ρητώς αναφέρεται ότι ο ψυχίατρος παρέχει το θεραπευτικό του έργο «στο πλαίσιο του σεβασμού της ανθρωπίνης αξιοπρέπειας, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών των ανθρώπων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές».

- Η ψυχιατρική στερείται, εν πολλοίς (αντικειμενικών), εργαστηριακών ενδείξεων, με αποτέλεσμα οι ψυχικές διαταραχές να χαρακτηρίζονται από *σχετικότητα* στο χρόνο (π.χ. ομοφυλοφιλία), η άσκηση της ψυχιατρικής να έχει υψηλό δείκτη επιρροής από τις κοινωνικές παραδοχές και, τελικά, οι διαγνώσεις να διαθέτουν σημαντικό βαθμό υποκειμενισμού. Γι' αυτό, η ψυχιατρική έχει κατηγορηθεί, ή κατηγορείται ακόμα και σήμερα, ως εργαλείο κοινωνικού ελέγχου. Συνεπώς, στην ψυχιατρική, τόσο η διάγνωση, όσο και η θεραπεία ενέχουν υψηλό βαθμό επισφάλειας.

- Η ψυχιατρική συχνά χρησιμοποιεί μέσα απολύτως μη επεμβατικά ή ενσώματα, όπως π.χ. στην ψυχοθεραπεία, με συνέπεια τα αποτελέσματα και η εν γένει επίδραση να μην μπορούν να ανευρεθούν με τις κλασικές μεθόδους της ιατροδικαστικής.

- Το παρελθόν της ασυλικής ψυχιατρικής, ως μονοπωλιακής ψυχιατρικής, δημιούργησε ένα *καθεστώς αβάτου* στην ψυχιατρική περίθαλψη. «Ό,τι γίνεται στο ψυχιατρείο, μένει μέσα στο ψυχιατρείο». Το άσυλο προασπίζει τον εαυτό του, πρώτα-πρώτα, κρατώντας κλειστές τις πόρτες του και μακριά τα ενοχλητικά βλέμματα των ξένων.

- Η επιζήμια ψυχιατρική περίθαλψη δεν αφορά πράξεις αποκλειστικά αμέλειας αλλά και, τουλάχιστον ενδεχόμενου, *δόλου* (π.χ. σεξουαλική εκμετάλλευση), δεν συντίθεται δηλ. από διαγνωστικές ή θεραπευτικές αστοχίες αλλά και άλλες συμπεριφορές που έχουν ως βάση ή πλαίσιο την ψυχιατρική φροντίδα.

- Στην άσκηση της ψυχιατρικής προκύπτουν ξεχωριστά ζητήματα ή διλήμματα *ιατρικού απορρήτου*, που απαιτούν σταθμίσεις, λόγω της εξομολογητικής φύσης της σχέσης ψυχιάτρου - ασθενούς.

Σε σχέση με τον ασθενή:

- Ενώ η *βλάβη* στη σωματική υγεία αλλά και η *αιτιολογία* της είναι ενίοτε *διαγνωσμένες* με ευκολία και βεβαιότητα, στο πεδίο της ψυχικής υγείας δεν ισχύει τίποτα από τα δύο<sup>21</sup>.

- Η αναζήτηση ψυχιατρικής ευθύνης μπορεί να αφορά και πράξεις *του ίδιου του ασθενούς*, προς τον εαυτό του (π.χ. αυτοπροσβολές) ή και τρίτους.

- Η βλάβη του ασθενούς δεν συνίσταται πάντα σε βλάβη της υγείας ή της ζωής αλλά και, κάτι που συμβαίνει μόνο στην ψυχιατρική, της *ελευθερίας* του.

- Σε αντίθεση με άλλες ειδικότητες, οι διαμαρτυρίες ασθενών συχνά αφορούν όχι το αποτέλεσμα αλλά τη διαδικασία της θεραπείας (π.χ. φάρμακα).

- Η ζημία μπορεί να αναφέρεται σε *τρίτα* πρόσωπα (π.χ. ανθρωποκτονία τρίτου προσώπου) ή μπορεί να έχει ήδη παύσει (π.χ. παράνομη κατακράτηση).

- Ο ψυχικά ασθενής, τουλάχιστον κατά το παρελθόν, αντιμετώπιζόταν στο άσυλο ως *αντικείμενο*, με αμφισβήτηση δηλ. της ανθρωπίνης, υπόστασης, αξιοπρέπειας και αυτονομίας. Ο ψυχικά ασθενής αξίζει μόνο να «ζει», περίπου όπως ένα ζώο!

- Η άσκηση της ψυχιατρικής φροντίδας ρυθμίζεται, ειδικά, με ένα ιδιαίτερο νομικό καθεστώς, στο άρθρο 28 ΚΙΔ, το οποίο ουσιαστικά συνιστά έναν αυτοτελή «Κώδικα Ψυχιατρικής Δεοντολογίας».

Σ' ένα πρώτο επίπεδο, η ευθύνη του ψυχιάτρου διακρίνεται αφενός σε σχέση με τον ασθενή (π.χ. σωματική βλάβη από εσφαλμένη δόση φαρμάκου) και αφετέρου σε σχέση με τρίτους (π.χ. τραυματισμός που επιφέρει σε τρίτο ο ψυχικά ασθενής μετά τη διακοπή της θεραπείας του). Περαιτέρω, ως μορφές κακής άσκησης της ψυχιατρικής (*malpractice*) αναφέρονται<sup>22</sup> (ενδεικτικά): εσφαλμένη διάγνωση, άγνοια ορατού κινδύνου αυτοκαταστροφής, χρήση ασύμβατης αγωγής ως προς τη διάγνωση, μόνιμη βλάβη από παρενέργειες ψυχοφαρμάκων, αμέλεια επικείμενης επικίνδυνης συμπεριφοράς προς τρίτους, αδικαιολόγητη νοσηλεία, σεξουαλική παρενόχληση ή εκμετάλλευση αρρώστου, παροχή ψευδών πιστοποιητικών. Στις ΗΠΑ η ψυχιατρική κατατάσσεται 22η μεταξύ 28 ιατρικών ειδικοτήτων, ως προς τη συχνότητα των αγωγών<sup>23</sup> οι οποίες αφορούν την άσκηση της<sup>24</sup>: Εξ αυτών: το 33% αφορά λανθασμένη θεραπεία, το 20% αφορά αυτοκτονία, το 11% αφορά λανθασμένη διάγνωση, το 7% αφορά ακατάλληλη εποπτεία, το 7% αφορά σφάλμα φαρμάκου, και το 4% παραβίαση απορρήτου. Με βάση άλλη έρευνα<sup>25</sup> το 21% των αγωγών ψυχιατρικής ευθύνης αφορά ζητήματα εγκλεισμού/απόπειρας αυτοκτονίας και το 20% φάρμακα κ.λπ. Από την άλλη, το ιατρικό σφάλμα στην ψυχοθεραπεία, σχεδόν πάντα συνοδεύει αγωγές που έχουν άλλη βάση π.χ. σεξουαλική παρενόχληση, αθέμιτη οικειότητα κ.λπ.<sup>26</sup>. Εξάλλου, ερευνητικά δεδομένα για την κατανομή καταγγελιών για μονάδες ψυχικής υγείας<sup>27</sup> έχουν ως εξής: Σε ένα σύνολο 325 αναφορών/καταγγελιών οι 55 αφορούσαν τη

20. Βλ. Μ. Λειβαδίτη, Ο αυταρχισμός στην άσκηση της ψυχιατρικής, Τετράδια Ψυχιατρικής 47 (1994), σελ. 16 επ. και σε διαφορετικό πνεύμα Β. Αλεβίζο/Γ. Χριστοδούλου, εν: Γ. Χριστοδούλου, Ψυχιατρική, ΙΙ, εκδ. Βήτα, 2000, σελ. 893-4.

21. Η. Rothblatt/D. Leroy, Avoiding Psychiatric Malpractice, 9 California Western Law Review (1972-1973), σελ. 260.

22. Μ. Μαδιανός, Κλινική ψυχιατρική, εκδ. Καστανιώτη, 2004, σελ. 623.

23. P. Appelbaum, Reforming Malpractice: The Prospects for Change, Psychiatric Services (Jan. 2011) Vol. 62, No. 1, p. 6.

24. R. Simon, Ethics and Forensic Psychiatry, in: B. & V. Sadock (ed.), Kaplan & Sadock's, Comprehensive Textbook of Psychiatry, Vol. II, 8th ed. εκδ. Lippincott Williams & Wilkins, 2005, σελ. 3970.

25. Κατά Β. Αλεβίζο, εν: Γ. Χριστοδούλου, Ψυχιατρική, τόμ. ΙΙ, εκδ. Βήτα. 2000, σελ. 876 (αναφέρεται σε Simon, 1992).

26. D. Mossman/M. Kapp, ό.π., σελ. 13.

27. I. Pitarka-Carcani/G. Szmukler/Cl. Henderson, ό.π., σελ. 374.

γενική φροντίδα (ανεπαρκής, εσφαλμένη) και εδώ περιλαμβάνονται ο φυσικός περιορισμός (8), η κράτηση (7), η απομόνωση (3) κ.ά., οι 40 τις νοσηλεύτριες, οι 23 τη φαρμακοθεραπεία, οι 25 την επικοινωνία και την πληροφόρηση και 20 τους ψυχιάτρους.

Γίνεται, πάντως, αναφορά σε θανάτους από παθολογικά αίτια κατά την ψυχιατρική περίθαλψη<sup>28</sup>, είτε λόγω υποτίμησης των σωματικών δεδομένων του ασθενούς, είτε λόγω υπολειπόμενης συνεργασίας με άλλες ειδικότητες όπως παθολόγοι και χειρουργοί είτε, τέλος, από τη χαμηλή ποιότητα έκφρασης των ίδιων των ασθενών που δεν διατυπώνουν με καθαρό τρόπο την επιδείνωση της υγείας τους. Εξάλλου, ειδική περίπτωση, αποτελεί η παραμέληση, απροθυμία ή άρνηση περίθαλψης ψυχικά ασθενών από άλλες ειδικότητες ιατρών, στη βάση της αντίληψης ότι η διαχείριση των ψυχικά ασθενών ανήκει αποκλειστικά στους ψυχιάτρους. Έχει άλλωστε φανεί ερευνητικά<sup>29</sup> ότι οι ψυχιατρικοί ασθενείς διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να γίνουν θύματα ιατρικού σφάλματος, και συγκεκριμένα διπλάσιες πιθανότητες, να υποστούν ανεπιθύμητες επιπλοκές ή ενέργειες, σε ιατρικά περιβάλλοντα μη ψυχιατρικής νοσηλείας.

Στην ελληνική (ποινική) νομολογία για ιατρικά σφάλματα στην ψυχιατρική εντοπίζονται αποφάσεις για ανθρωποκτονία ασθενούς από αμέλεια, λόγω παράλειψης επιμέλειας που επέτρεψε σ' αυτόν να αυτοκτονήσει<sup>30</sup> είτε σε άλλον ασθενή να τον θανατώσει<sup>31</sup> είτε στο πλαίσιο της γενικής ιατρικής περίθαλψης<sup>32</sup>. Δύο αποφάσεις<sup>33</sup> ασχολούνται με ζητήματα παραβίασης του ιατρικού απορρήτου (επαγγελματικής δεοντολογίας) καθώς ο ψυχίατρος είχε ανακοινώνει σε τρίτους στοιχεία για την ψυχική κατάσταση ασθενούς. Και στις δύο περιπτώσεις κρίθηκε ότι η πράξη του ψυχιάτρου δεν ήταν άδικη, καθώς ο υπαίτιος απέβλεπε στην, κατά το άρθρο 371 παρ. 4 ΠΚ, εκπλήρωση καθήκοντος ή τη διαφύλαξη εννόμου ή άλλου δικαιολογημένου συμφέροντος.

Όμοια και οι πολιτικές αποφάσεις αφορούν την αυτοκτονία ασθενούς σε ψυχιατρική κλινική καθώς δεν ελήφθησαν «όλα τα μέτρα ασφαλείας για την αποφυγή αυτοκτονίας» του<sup>34</sup>, είτε τον θάνατό του από παθολογικά αίτια<sup>35</sup>. Τέλος, στο πλαίσιο αποφάσεων διοικητικών δικαστηρίων τίθεται ζητήματα αστικής ευθύνης του Δημοσίου λόγω θανάτου από παθολογικά αίτια<sup>36</sup> ή αυτοκτονία<sup>37</sup> κατά τη διάρκεια περίθαλψης σε δημόσιο νοσοκομείο ψυχικά ασθενούς. Στην περίπτωση της αυτοκτονίας ψυχικά ασθενούς, κατά την παραμονή του σε μη ψυχιατρική κλινική, επισημαίνεται παράλειψη λήψης των προβλεπόμενων και επιβαλλόμενων μέτρων «από τους

κάνονες της ιατρικής επιστήμης και τα δεδομένα της κοινής πείρας» προς αποτροπή της αυτοκτονίας.

### III. Η στέρηση της ελευθερίας στην ψυχιατρική περίθαλψη

Ιστορικά, η ψυχιατρική περίθαλψη είναι άρρηκτα συνδεδεμένη ή και ταυτισμένη με τη στέρηση της ελευθερίας, μέσω του εγκλεισμού στο άσυλο. Ειδικότερα, κατά τους περασμένους αιώνες η μοναδική «φροντίδα» και αντιμετώπιση που μπορούσε να παρασχεθεί στον ψυχικά πάσχοντα άνθρωπο ήταν αυτή εντός του ασύλου. Η λεγόμενη ασυλική ψυχιατρική υπηρετούσε βέβαια, αποκλειστικά, στην αρχή, παράλληλα, στη συνέχεια, την ασφάλεια, δηλ. τον κοινωνικό έλεγχο, και καθόλου ή λιγότερο τη θεραπευτική αντιμετώπιση<sup>38</sup>. Σήμερα, η στέρηση της ελευθερίας, για λόγους ψυχικής υγείας, εμφανίζεται στο ελληνικό δίκαιο υπό τρεις μορφές: της ακούσιας ψυχιατρικής νοσηλείας (άρθρα 95 επ. Ν 2071/1992), της θεραπευτικής φύλαξης (άρθρα 69-70 ΠΚ) και, τέλος, της προστατευτικής φύλαξης (άρθρο 118 ΠΔ 141/1991). Πρόκειται, αντιστοίχως, για ένα διοικητικό μέτρο, ένα μέτρο ασφαλείας του ποινικού δικαίου και ένα αστυνομικό μέτρο. Ας δούμε, όμως, για ποια έκταση του προβλήματος, δηλ. για πόσες στερήσεις της ελευθερίας, συζητάμε:

Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία, το έτος 2013, οι αναγκαστικές εισαγωγές στα τρία (ειδικά) Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας (ΨΝΑ «Δαφνί», Δρομοκαϊτείο, ΨΝΘ) ήταν συνολικά: 3420<sup>39</sup>. Από μια παλαιότερη (2007) έρευνα του Συνηγόρου του Πολίτη<sup>40</sup>, στα αρχεία των δύο Ψυχιατρείων της Αθήνας, προέκυψε ότι στην πλειοψηφία των φακέλων ακουσίως εισαχθέντων ασθενών δεν υπήρχαν τα απαραίτητα νομιμοποιητικά έγγραφα για τον εγκλεισμό. Ειδικότερα: Βρέθηκε ότι στο 84% των φακέλων δεν υπήρχε δικαστική απόφαση, οπότε δεν υπήρχε νόμιμος τίτλος για την κράτηση και αναγκαστική θεραπεία του ατόμου. Επιπλέον, στο 50% δεν υπήρχε αιτιολογημένη ψυχιατρική γνωμάτευση! Σημειώνεται ότι ο μέσος όρος του χρόνου αναγκαστικής νοσηλείας βρέθηκε στις 52 ημέρες<sup>41</sup>.

Ευτυχώς, όμως, υπάρχουν δικαστές στο Στρασβούργο! Το 2011 το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΔΔΑ) εξέδωσε δύο αποφάσεις κατά της Ελλάδας σχετικά με τον ακούσιο εγκλεισμό προσώπων σε Ψυχιατρικές Κλινικές. Πρόκειται για τις πανομοιότυπες αποφάσεις *Βενιός κατά Ελλάδος* και *Καραμανώφ κατά Ελλάδος*<sup>42</sup> στις οποίες το Δικαστήριο διαπίστωσε παραβίαση του άρθρου 5 της ΕΣΔΑ, κρίνοντας ότι η κράτηση, στο πλαί-

28. Α. Βουγιούκας, Η επαγγελματική ευθύνη του ιατρού, εκδ. Art of Text, 1993, σελ. 336, ΠΠρΑθ 1481/2006 ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ = Digesta 2008, 465.

29. S. Nath/St. Marcus, ό.π., σελ. 46.

30. ΑΠ 683/1997 ΠοινΧρ 1998, 167, ΣυμβΠλημΤρικ 250/1989 Αρμ 1989, 1252.

31. ΑΠ 1058/2012 ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ.

32. ΣυμβΠλημΑλεξ 360/1991 Υπερ 1992, 888.

33. ΑΠ 109/1960 ΠοινΧρ 1960, 322, ΣυμβΠλημΛευκ 99/2004 ΝοΒ 2004, 1641 = ΝΟΜΟΣ.

34. ΕφΛαρ (Πολ.) 73/2010 ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ.

35. ΠΠρωτΑθ 1481/2006 ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ = Digesta 2008, 465.

36. ΣτΕ 2320/2003 ΝΟΜΟΣ.

37. ΣτΕ 1977/2012 ΝΟΜΟΣ, ΣτΕ 2179/2007 ΝΟΜΟΣ.

38. Βλ. Β. Λέκκα, Ιστορία και θεωρία της ψυχιατρικής, εκδ. futura, 2012, σελ. 33 επ.

39. Εισαγωγές: Ψ.Ν.Α. (Δαφνί): 2961, Δρομοκαϊτείο: 2118, Ψ.Ν.Θ.: 4180. Σύνολο: 9259, εξ αυτών ακούσιες: 1185, 1251, 984 αντίστοιχα. Σύνολο: 3420, ήτοι: 36,9% των εισαγωγών. Δεν υπάρχουν στοιχεία για τις αντίστοιχες εισαγωγές στα γενικά νοσοκομεία.

40. Αυτεπάγγελτη έρευνα του ΣτΠ για την ακούσια νοσηλεία ψυχικά ασθενών (Μάιος 2007): <http://www.synigoros.gr/resources/docs/206391.pdf>

41. Ως 20 ημ.: 19%, 20-30 ημ.: 18%, 50 ημ.: 33%

42. Βενιός κατά Ελλάδος, 5.7.2011, Καραμανώφ κατά Ελλάδος, 26.7.2011 (διαθέσιμες στην ιστοσελίδα [www.nsk.gr](http://www.nsk.gr)).

σιο της ακούσιας ψυχιατρικής νοσηλείας, δεν ήταν νόμιμη. Ειδικότερα, το Δικαστήριο στην απόφαση Βενιός κατά Ελλάδος (παρ. 51) «σημειώνει ότι ... υπήρξαν πολλές υπερβάσεις των προθεσμιών που προβλέπει ο Νόμος 2071/1992» για να καταλήξει στη διαπίστωση (παρ. 55) ότι «υπήρξε παραβίαση του άρθρου 5 παρ. 1ε' της Σύμβασης ως προς το ότι η στέρηση της ελευθερίας του προσφεύγοντα δεν διατάχθηκε «σύμφωνα με τις νόμιμες οδούς»». Θα ανέμενε κανείς, μετά απ' αυτά, να συγκληθεί η εισαγγελική αρχή προκειμένου να επανεξετάσει την πρακτική της ή ακόμα και να αναζητήσει τυχόν ποινικές ευθύνες για το ζήτημα. Αυτό όμως δεν έγινε ποτέ, όπως δεν έγινε και απολύτως τίποτα άλλο ουσιαστικό. Η αντίδραση της Εισαγγελίας Πρωτοδικών Αθηνών, μετά τις καταδίκες από το ΕΔΔΑ στις οποίες εμπλεκόταν, περιορίστηκε σε μια επιστολή προς την Αστυνομία σχετικά με τη διακίνηση της αλληλογραφίας (!)<sup>43</sup>, χωρίς φυσικά κανένα απολύτως αποτέλεσμα. Πόση αξία έχει, άραγε, η ανθρώπινη ελευθερία;

Η εμπλοκή των ψυχιατρικών σε διαδικασίες εξαναγκασμού και στέρησης της ελευθερίας του ασθενούς, μέσω της ακούσιας ψυχιατρικής νοσηλείας, αποτελεί συνήθη μεν για τη συγκεκριμένη ειδικότητα εργασία ρουτίνας, οριακή όμως και εξαιρετικά κινδυνώδη δράση για την ιατρική κοινότητα γενικά<sup>44</sup>. Αυτό συμβαίνει γιατί η περίπτωση της αθέμιτης στέρησης της ελευθερίας θεμελιώνει μια από τις μορφές ευθύνης των ψυχιατρικών. Ωστόσο, στην Ελλάδα η ανυπαρξία ποινικού ελέγχου των αυθαίρετων εγκλεισμών έχει οδηγήσει σε μια παράδοση κατάστασης: η λεγόμενη *αμυντική ψυχιατρική*<sup>45</sup>, ενώ γενικά συνδέεται με την αποφυγή ανάληψης «επικίνδυνων» ιατρικών πράξεων ή με αχρείαστες, δηλ. χωρίς σχετική ένδειξη, εισαγωγές σε νοσοκομεία ή διαγνωστικές ιατρικές πράξεις, απλώς προς διασφάλιση του ιατρού, από τυχόν ευθύνη, εδώ οδηγεί στον εγκλεισμό (αρχικό ή συνεχιζόμενο) του ασθενούς, δηλ. σε μια βίαιη ενέργεια σε βάρος του ασθενούς<sup>46</sup>. Μάλιστα, ο πιθανός κίνδυνος, προς αποφυγή του οποίου αποφασίζεται η νοσηλεία, δεν αφορά την υγεία του «ασθενούς», αλλά την προστασία των άλλων προσώπων, από «πιθανές» ενέργειες του υποτιθέμενα ψυχικά ασθενούς. Συχνά έτσι ακούμε από ψυχιάτρους το ακόλουθο επιχειρήμα: «ποιος με καλύπτει εμένα αν βγαίνοντας ο ασθενής σκοτώσει κάποιον;» Πρόκειται για μια ακόμα περίπτωση εμφάνισης του φαινομένου που στη διοικητική επιστήμη αποκαλείται «γραφειοκρατική ιδιοτέλεια» και παρατηρείται όταν ο υπάλληλος ως οδηγό των πράξεών του θέτει όχι τη νομιμότητα και την επιστήμη του, αλλά το προσωπικό συμφέρον προληπτικής εξασφάλισής του από πιθανή ευθύνη. Σ' αυτό το πλαίσιο, η γραφειοκρατική ιδιοτέλεια στηρίζεται στην ευθυνοφοβία, οδηγεί στην απραγμία και αναδεικνύεται σε άτυ-

πη διοικητική πρακτική<sup>47</sup>. Το χειρότερο, ωστόσο, είναι ότι αυτές οι παθολογικές εκδηλώσεις, στο πλαίσιο της κρατικής εξουσίας, δεν εντοπίζονται από τον παραδοσιακό έλεγχο νομιμότητας και έτσι, παραμένοντας στο απυρόβλητο, ενισχύονται και διαιωνίζονται. Αλήθεια, ποιος εισαγγελέας, ποιος δικαστής αλλά και ποιος ψυχίατρος ελέγχθηκε ποτέ για το ζήτημα του ψυχιατρικού εγκλεισμού; Αντίθετα, η παγιωμένη ποινική ατιμωρησία έχει δημιουργήσει ένα καθεστώς απόλυτης ασυλίας, όπου ο εισαγγελέας και ο ψυχίατρος εγκλειώντας μπορεί να «έχει ήσυχο το κεφάλι» του ότι δεν πρόκειται να κληθεί να λογοδοτήσει γι' αυτό. Όμως, αυτό το «πάρτυ» παρανομίας, με τις παραβιάσεις του Ν 2071/1992, εμπλέκει τον ταγμένο προστάτη της έννομης τάξης, δηλ. την ίδια την εισαγγελική αρχή, η οποία άλλωστε, συμμαχώντας με την κρατούσα ψυχιατρική, εξ αρχής δεν «αποδέχτηκε» τη διαδικασία του νόμου. Επρόκειτο για συμπεριφορές που κατά τον καθηγητή Ν. Παρασκευόπουλο συνιστούν αξιόποινη πράξη, «ως παράνομη κατακράτηση κατά τον ΠΚ»<sup>48</sup>. Αξίζει λοιπόν να αναρωτηθεί κανείς: Το ποινικό δίκαιο φτάνει μέχρι το ψυχιατρείο;

Η αναγκαστική ψυχιατρική νοσηλεία ενός προσώπου δημιουργεί, κατ' αρχήν, ζητήματα ποινικής ευθύνης για παράνομη κατακράτηση (άρθρο 325 ΠΚ), λόγω του εγκλεισμού, και παράνομη βία (άρθρο 330 ΠΚ), λόγω των εξαναγκαστικών/χωρίς συναίνεση ιατρικών πράξεων. Φυσικά, προκύπτουν αξιώσεις αποζημιώσεως, κατά τους ορισμούς του αστικού δικαίου. Μάλιστα, η αθέμιτη στέρηση της ελευθερίας, στις ΗΠΑ, έχει οδηγήσει στην επιδίκαση σημαντικών ποσών αποζημιώσεως υπέρ των εγκλεισθέντων<sup>49</sup>. Ωστόσο, σε ορισμένες πολιτείες<sup>50</sup>, έχει παρασχεθεί, με ειδική νομοθεσία, ασυλία στους ψυχιάτρους ή τους αστυνομικούς που δρουν «καλόπιστα»<sup>51</sup>. Απαιτείται, εν προκειμένω, από τον ψυχίατρο, επιστημονική γνώση, υπευθυνότητα και σύνεση καθώς η ψυχιατρική γνώματευση οδηγεί, σχεδόν αυτόματα, στην αναγκαστική θεραπεία, τη στέρησης της ελευθερίας αλλά και, συνακόλουθα, το στιγματισμό ενός ατόμου. Οι επακόλουθες συνέπειες για το πρόσωπο και τις σχέσεις του είναι συχνά ανυπολόγιστες, καθώς η ψυχιατρική νοσηλεία συχνά αποτελεί επαρκή όρο για την κρίση ζητημάτων οικογενειακού, και όχι μόνο, δικαίου (π.χ. διαζύγιο, επιμέλεια παιδιών, δικαστική συμπαράσταση). Γι' αυτό το λόγο, η ύπαρξη σαφών «Κατευθυντήριων Οδηγιών» (Guidelines<sup>52</sup>), που να βασίζονται στο νόμο, την «ορθή ιατρική πρακτική»

43. Αρ.πρωτ. 21322/27.4.2012.

44. Αντ. Κουτσελίνη, Παράνομη κατακράτηση ή ιατρική αμέλεια; εν: Αντ. Κουτσελίνη/Μ. Μιχαλοδημητράκη, Ιατρική ευθύνη. Γενικά και ειδικά θέματα ιατρικής αμέλειας και ιατρικής ευθύνης, εκδ. Gutenberg, 1984, σελ. 135.

45. Βλ. γι' αυτήν R. Simon/D. Shuman, Clinical Manual of Psychiatry and Law, εκδ. American Psychiatric Pub., 2007, σελ. 12.

46. Αντίθετα, κατά τον Β. Αλεβίζο, εν: Γ. Χριστοδούλου, Ψυχιατρική, τόμ. ΙΙ, εκδ. Βήτα, 2000, σελ. 875, η αμυντική πρακτική οδηγεί στην αποφυγή ακούσιας νοσηλείας του ατόμου «από φόβο παραβίασης των ατομικών του δικαιωμάτων».

47. Βλ. Μ. Σεραφεινίδου, Το φαινόμενο της γραφειοκρατίας, Ι, εκδ. Gutenberg, 2003, σελ. 284 επ., *Ευτ. Φυτράκη*, Τα ελεγκτικά σώματα της διοίκησης, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, 2010, σελ. 16.

48. Ν. Παρασκευόπουλος, Ο εγκλεισμός σε Ψυχιατρείο ως προληπτικό μέτρο και ως μέτρο ασφαλείας του ελληνικού Ποινικού Κώδικα, Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 60 (1997), σελ. 27 επ., 30.

49. Βλ. π.χ. Crawford v. Regents of the University of California, 13 Cal. Rptr. 2d 278 (Cal.Ct.App. 1992) (αποζημίωση 52 χιλ. \$ για παράνομη κράτηση έξι ημερών και αναγκαστική χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής), Petty v. Texas Department of Mental Health & Retardation, 848 S.W.2d 680 (Tex.S.Ct. 1992) (αποζημίωση \$ 550,000 για εκτενή και μη αναγκαία παραμονή σε ίδρυμα).

50. Βλ. Glass v. Mayas, 794 F.Supp. 470 (E.D.N.Y. 1992).

51. Mossman/Kapp, ό.π., σελ. 14, Reese v. Nelson, 598 F.2d 822 (3rd Cir. 1983), Pino v. Higgs, 75 F.3d 1461 (10th. Cir. 1996).

52. Βλ. σχετ. Β. Σακελλαροπούλου/Δ. Λάλα/Θ. Σακελλαρόπουλου, Ιατρικό σφάλμα και guidelines στην ποινική δίκη, ΠοινΔικ 2013, 177-178.



(Good Clinical Practice - GCP), καθώς και την «τεκμηριωμένη ιατρική» (Evidence Based Medicine) συμβάλλει στην ασφάλεια των ασθενών, την ποιότητα της ψυχιατρικής φροντίδας και, τελικά, στην προστασία των ψυχιάτρων από την ιατρική ευθύνη. Πάντως, αν και η παράνομη κατακράτηση ερευνάται συνήθως στο πλαίσιο της ιατρικής ευθύνης από αμέλεια, γίνεται εντούτοις διάκριση, όχι μόνο σε (οικονομικό) επίπεδο απόδειξης, ανάμεσα σε προσφυγές για ιατρικό λάθος (malpractice) αφενός και παράνομη κατακράτηση (false imprisonment) αφετέρου<sup>53</sup>. Αρκεί, άλλωστε, εξαρχής να διασαφηνίσει κανείς ότι η παράνομη κατακράτηση είναι αξιόποινη μόνο αν και όταν τελείται με δόλο· η παράνομη κατακράτηση από αμέλεια δεν προβλέπεται ως έγκλημα στο ελληνικό ποινικό δίκαιο.

Η υγεία, και συνεπώς και η ψυχική υγεία, κατοχυρώνονται στο ελληνικό Σύνταγμα τόσο ως ατομικό (άρθρο 5 παρ. 5 Συντ.) όσο και ως κοινωνικό δικαίωμα (άρθρο 21 παρ. 3 Συντ.)<sup>54</sup>. δημιουργείται συνεπώς αξίωση προς το κράτος τόσο της απαγόρευσης βλάβης της υγείας όσο και για την εξασφάλιση κατάλληλων υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα, όμως, σύμφωνα με το άρθρο 5 παρ. 4 Συντ. «απαγορεύονται ατομικά διοικητικά μέτρα που περιορίζουν σε οποιονδήποτε Έλληνα την ελεύθερη κίνηση ή εγκατάσταση στη Χώρα ...». Ωστόσο, στο ίδιο άρθρο ρητώς προβλέπεται, με σχετική ερμηνευτική δήλωση, ότι στην απαγόρευση αυτή δεν περιλαμβάνεται «η λήψη μέτρων που επιβάλλονται για την προστασία της δημόσιας υγείας ή της υγείας ασθενών, όπως νόμος ορίζει». Εξάλλου, σύμφωνα με το άρθρο 5 παρ. 1 της ΕΣΔΑ δεν επιτρέπεται, κατ' αρχήν, να στερηθεί κανείς της ελευθερίας του παρά μόνο σε συγκεκριμένες περιπτώσεις και σύμφωνα με τη νόμιμη διαδικασία. Ως τέτοια περίπτωση αναφέρεται ρητώς (εδ. ε') και η νόμιμη κράτηση «φρενοβλαβών» (: «persons of unsound mind»). Το ΕΔΔΑ έχει καθορίσει, με μια μακρά σειρά αποφάσεών του, τις προϋποθέσεις για να είναι η στέρηση της ελευθερίας, δηλ. η εισαγωγή σε ψυχιατρείο, του ατόμου νόμιμη. Μεταξύ αυτών είναι, αφενός, η τήρηση της νόμιμης διαδικασίας που προβλέπεται από την εθνική νομοθεσία και, αφετέρου, η ύπαρξη μιας αντικειμενικής ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης<sup>55</sup>. Τέλος,

σύμφωνα με το άρθρο 14 παρ. 1 εδ. Β' της Σύμβασης για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρίες (Ν 4074/2012) «η ύπαρξη μιας αναπηρίας δεν [...] δικαιολογεί, σε καμία περίπτωση, τη στέρηση της ελευθερίας». Εξάλλου, στη διάταξη του άρθρου 28 παρ. 3 ΚΙΔ κατοχυρώνεται η αρχή του ελάχιστου περιορισμού στην ψυχιατρική περίθαλψη, καθορίζοντας το καθήκον του ψυχιάτρου «να προβαίνει σε θεραπευτικές παρεμβάσεις στο μέτρο που αυτές περιορίζουν ελάχιστα την ελευθερία του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές»<sup>56</sup>. Με τον τρόπο αυτό εκφράζεται στο πεδίο της ψυχιατρικής περίθαλψης η πρώτη από τις ηθικές αρχές της ιατρικής, αυτή του σεβασμού της αυτονομίας του ασθενούς<sup>57</sup>.

Συνεπώς, απ' όλο αυτό το πλαίσιο διαγράφεται μια μορφή ισορροπίας ανάμεσα στα αγαθά της υγείας και της ελευθερίας, δοθέντος άλλωστε ότι αυτά στο Σύνταγμα είναι ισότιμα. Το άτομο με ψυχική διαταραχή δικαιούται περίθαλψη, ως ασθενής, και ελευθερία, ως πολίτης<sup>58</sup>. Σ' αυτό ακριβώς το πνεύμα, η πρόσφατη νομολογία του Γερμανικού Συνταγματικού Δικαστηρίου<sup>59</sup> διακήρυξε ότι η αναγκαστική νοσηλεία συνιστά προσβολή θεμελιώδους δικαιώματος και, ως εκ τούτου, υπόκειται στους αυστηρούς περιορισμούς της αρχής της αναλογικότητας. Αναπόδραστη, εμφανίζεται, επομένως, η προστασία του εννόμου αγαθού της προσωπικής ελευθερίας, μέσω αντίστοιχων ποινικών υποστάσεων.

#### IV. Παράνομη κατακράτηση και αναγκαστική ψυχιατρική νοσηλεία

Το ζήτημα της ιατρικής (ποινικής) ευθύνης, για παράνομη κατακράτηση, στο πλαίσιο της ακούσιας ψυχιατρικής νοσηλείας, έχει εντοπιστεί από παλιά στη νομική θεωρία<sup>60</sup>. Αξίζει μάλιστα να σημειωθεί ότι στο άρθρο 23 του αρχικού ελληνικού Ν ΦΜΒ' 1862 «Περί συστάσεως φρενοκομείων» οριζόταν ρητώς η υποχρέωση του διευθυντή του φρενοκομείου να «απολύσει αμέσως» κάθε πρόσωπο, μόλις υπήρχε σχετική διαταγή, ενώ «ο παραβαίνων την διάταξιν ταύτην» υπείχε ευθύνη για παράνομη κατακράτηση, κατ' άρθρο 327 ΠΝ. Στο ισχύον ελληνικό δίκαιο προβλέπεται με το άρθρο 325 ΠΚ, το έγκλημα (πλημμέλημα) της παράνομης κατακράτησης, ως εξής: «Όποιος με πρόθεση κατακρατεί άλλον χωρίς τη θέλησή του ή του στερεί με άλλον τρόπο την ελευθερία της κίνησής του τιμωρείται με φυλάκιση και αν η κατακράτηση διήρκεσε μακρό χρονικό διάστημα, με φυλάκιση τουλάχιστον

κεια του εγκλεισμού σε ψυχιατρικό κατάστημα κατά το άρθρο 70 ΠΚ, εκδ. Αντ. Σάκκουλα, 1998, σελ. 117 επ., J. Murdoch, The treatment of prisoners. European standards, Council of Europe Pub., 2006, σελ. 287 επ.

53. M.V. v. Charter Terre Haute Behavioral Health Sys., Inc., 706 N.E.2d 1083 (Ind.Ct.App. 1999).

54. Βλ. Γ. Κατρούγκαλο, Θεσμοί κοινωνικής πολιτικής και προστασία των κοινωνικών δικαιωμάτων σε διεθνές και εθνικό επίπεδο, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, 2009, σελ. 244 επ., Κ. Κρεμαλή, Δίκαιο της υγείας, Ι, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, 2011, σελ. 88 επ., Μ. Μητροσύλη, Δίκαιο της υγείας, εκδ. Παπαζήση, 2009, σελ. 30.

55. Πρόκειται για τα λεγόμενα κριτήρια Winterwerp, όπως αποτυπώθηκαν στην ομώνυμη απόφαση του ΕΔΔΑ κατά Ολλανδίας, 24.10.1979, παρ. 39: Η εισαγωγή σε ψυχιατρείο πρέπει να γίνεται αποκλειστικά και μόνο όταν: α) Η ψυχική διαταραχή έχει διαπιστωθεί με τρόπο προφανή και αναντίρρητο στη βάση μιας αντικειμενικής ιατρικής πραγματογνωμοσύνης, β) Η ψυχική διαταραχή πρέπει να έχει χαρακτήρα και έκταση που να νομιμοποιεί την εισαγωγή του ασθενούς, δηλαδή το μέτρο αυτό δικαιολογείται μόνον όταν κάθε άλλο λιγότερο αυστηρό μέτρο θεωρείται ανεπαρκές για τη διαφύλαξη του ατομικού ή δημοσίου συμφέροντος που απαιτεί η κράτηση και γ) Ο εγκλεισμός στο ψυχιατρείο δεν μπορεί να παρατείνεται χωρίς να αποδεικνύεται ότι εξακολουθούν να υπάρχουν διαταραχές της ψυχικής υγείας και χωρίς την πρόβλεψη με νόμο σχετικού ελέγχου που να ασκείται σε εύλογα διαστήματα. Βλ. και Μ. Γαλανού, Ζητήματα ερμηνείας του δικαιώματος στην προσωπική ελευθερία και ασφάλεια στο κείμενο της ΕΣΔΑ, ΠοινΔικ 2010, 225 επ., 231 επ., Κ. Κοσμάτο, Η διάρ-

56. Βλ. ανάλυση σε Ευτ. Φυτράκη, εν: Τ. Βιδάλη/Θ. Παπαχρίστου (επιμ.), Ιατρική δεοντολογία, 2013, σελ. 300 επ.

57. Βλ. γι' αυτήν J. Herring, Medical law and ethics, 3rd ed. Oxford Univ. press, 2010, σελ. 25-26. Οι άλλες τρεις ηθικές αρχές είναι: μη βλάβη, ωφέλεια και δικαιοσύνη.

58. Α. Μανιτάκης, Τα δικαιώματα του ψυχασθενούς: δικαιώματα ενός προσώπου στην ελευθερία ή δικαιώματα ενός ασθενούς στην υγεία, Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 60 (1997), σελ. 54 επ. (64) (= ΤοΣ 1998, 23 επ.)

59. BVerfG 23.3.2011 Recht und Psychiatrie (: R&P) 2011, 268, BVerfG 12.10.2011 R&P 2012, 31, BVerfG 20.2.2013 και σχετικώς N. Schalast, Verhältnismäßigkeit, R&P (2014), 32: 2-3.

60. Στ. Κότσιανος, Η ιατρική ευθύνη. Αστική - ποινική, 2η έκδ. Θεσσαλονίκη 1977, σελ. 266-268.

δύο ετών»<sup>61</sup>. Ας δούμε πώς εμφανίζεται το πλαίσιο της ψυχιατρικής περίθαλψης:

Κατ' αρχάς, στο ίδιο το κείμενο της διάταξης του άρθρου 325 ΠΚ αναφέρεται ότι η κατακράτηση πρέπει να λάβει χώρα «χωρίς τη θέληση» του θύματος, δηλ. χωρίς τη συναίνεσή του<sup>62</sup>. Προφανώς μια τέτοια συναίνεση δεν απαιτεί τις προϋποθέσεις της έγκυρης δήλωσης βουλήσεως του αστικού δικαίου· αρκεί, αντίθετα, η απλή δυνατότητα σχηματισμού και εκδήλωσης βούλησης (κίνησης) εκ μέρους του θύματος. Συναφώς, γίνεται δεκτό ότι θύμα μπορεί να είναι και ο ψυχικά ασθενής ή κριθείς (ποινικώς) ακαταλόγιστος<sup>63</sup>, αρκεί να μπορεί να εκδηλώσει βούληση κίνησης στο χώρο. Χαρακτηριστικά, μάλιστα, αναφέρεται<sup>64</sup> ως περίπτωση παράνομης κατακράτησης, ο εγκλεισμός «εις φρενοκομείον διά ψευδούς ιατρικής πιστοποίησης, διά παραπλανήσεως αστυνομικού ή δι' εξαπατήσεως του διευθυντού ψυχιατρείου». Θύμα μπορεί να είναι και κρατούμενος<sup>65</sup>, ή άτομο που ζει σε συνθήκες περιορισμού της ελευθερίας του, όταν υφίσταται έναν περαιτέρω περιορισμό της ελευθερίας κίνησης<sup>66</sup>. Αυτό συμβαίνει όταν, χωρίς την απαραίτητη ιατρική ένδειξη, ο ασθενής/νοσηλεύόμενος ακινητοποιείται ή απομονώνεται<sup>67</sup>. Επομένως, ο ακούσια εγκλεισθείς σε μονάδα ψυχικής υγείας υφίσταται κατακράτηση στην περίπτωση που στερείται τον προσυλισμό ή υπόκειται σε περιοριστικά μέτρα, όπως ιδίως είναι η καθήλωση (επί της κλίνης ή επί ειδικής καρέκλας) ή απομόνωση, σε ειδικό χώρο<sup>68</sup>. Συνεπώς, το ακτιβιστικό σύνθημα «ποινικό αδίκημα η καθήλωση» είναι, τουλάχιστον εν μέρει, νομικά βάσιμο και de lege lata. Στις ΗΠΑ από μια έρευνα προέκυψε ότι σε ένα διάστημα 10 ετών (1988-1998) σημειώθηκαν 142 θάνατοι σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, ως αποτέλεσμα λήψης περιοριστικών μέτρων<sup>69</sup>. Στη χώρα μας έχουν καταγραφεί τα τελευταία χρόνια αρκετοί μαρτυρικοί θάνατοι καθηλωμένων ασθενών σε ψυχιατρικές μονάδες, κυρίως επειδή αφέθηκαν να καούν, δεμένοι, χωρίς να μπορούν να αντιδράσουν. Η φρίκη αυτή συμβαίνει διότι δεν έχει κατανοηθεί πως, αντίθετα προς την τρέχουσα αντίληψη, η χρήση περιοριστικών μέτρων επιβάλλει περισσότερη, και όχι λιγότερη, ενασχόληση με τον ασθενή (π.χ. παρακολούθηση, τακτικές επισκέψεις)<sup>70</sup>. Εδώ εντάσσεται, οπωσδήποτε, «το μέτρο της προληπτικής νυκτερινής μηχανικής καθήλωσης», που διαπιστώθηκε ότι επιβάλ-

εται σε ασθενείς του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (Δαφνί)<sup>71</sup>, όπως και η καθήλωση εκουσίως προσελθόντος ατόμου για εξέταση ή νοσηλεία στο εφημερείο του ίδιου νοσοκομείου<sup>72</sup>. Πρόκειται για συμπεριφορές που αντιβαίνουν στο πρωτόκολλο<sup>73</sup> που έχει καθιερώσει η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές (άρθρο 2 Ν 2716/1999) του Υπουργείου Υγείας για τη λήψη και εφαρμογή των περιοριστικών μέτρων. Το πρωτόκολλο αυτό δεν μπορεί παρά να έχει την έννοια του standard, δηλ. του ελάχιστου προτύπου ποιότητας, η τήρηση του οποίου είναι υποχρέωση του ψυχιάτρου. Αντίστροφα, η κατά παράβαση των ορισμών του πρωτοκόλλου τελούμενη καθήλωση, συνιστά ιατρική πράξη που δεν τελείται lege artis και, ως εκ τούτου, μπορεί να θεμελιώσει παράνομη βία ή παράνομη κατακράτηση, αν πληρούνται και οι λοιποί όροι των αντίστοιχων ποινικών υποστάσεων.

Το έγκλημα της παράνομης κατακράτησης, όπως γίνεται δεκτό τόσο στη νομολογία<sup>74</sup> όσο και στη θεωρία<sup>75</sup> μπορεί να τελεστεί και διά παραλείψεως, όταν στο πρόσωπο του δράστη συντρέχει ιδιαίτερη νομική υποχρέωση, κατ' άρθρο 15 ΠΚ. Ομοίως, είναι δυνατή η τέλεση και με έμμεση αυτοουργία<sup>76</sup>. Μάλιστα, ως χαρακτηριστική περίπτωση παράνομης κατακράτησης που τελείται με έμμεση αυτοουργία αναφέρεται στη βιβλιογραφία<sup>77</sup> η περίπτωση κατά την οποία ο δρ. άσπας εξαπατά τον ψυχίατρο, δίδοντας ψευδείς πληροφορίες για τον ασθενή, ώστε να επιτύχει τον εγκλεισμό του. Πρόκειται για μάλλον συνήθη περίπτωση χρήσης του ψυχιατρικού εγκλεισμού για την επίλυση οικογενειακών ή άλλων προσωπικών διαφορών<sup>78</sup>.

Η στέρηση της ελευθερίας πρέπει να είναι «παράνομη»<sup>79</sup>. Το «παράνομο» δεν αναφέρεται ρητά στο κείμενο της διάταξης του άρθρου 325 ΠΚ, περιέχεται όμως στον τίτλο του άρθρου. Ανακύπτει λοιπόν το ερώτημα: το «παράνομο» είναι στοιχείο της αντικειμενικής υποστάσεως του εγκλήματος; Κατά μία άποψη το «παράνομο» θεωρείται αυτονόητο, αν

61. Βλ. αντίστοιχα § 239 γερμΠΚ (Freiheitsberaubung).

62. ΑΠ 466/2010, ΑΠ 1880/2010: www.areiospagos.gr.

63. Μ. Μαργαρίτης, ΠΚ, 3η έκδ., εκδ. Δίκαιο & Οικονομία, 2014, άρ. 325 αριθμ. 6, Α. Κωστάρας, Ποινικό δίκαιο, Επιτομή Ε.Μ., 4η έκδ., εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, 2014, σελ. 907, Α. Τούσης/Α. Γεωργίου, ΠΚ, 3η έκδ., εκδ. Αφοί Τζάκα, 1967, σελ. 837, Η. Γάφος, Ποινικόν Δίκαιον, Ε.Μ., τεύχ. Δ', 1963, σελ. 157 σημ. 3, Ι. Παπαδάκης, Ειδικόν ποινικόν δίκαιον, τόμ. ΙΙ, 1955, σελ. 217.

64. Α. Τούσης/Α. Γεωργίου, ό.π., σελ. 837, ΒGH 10.6.1952 ΠοινΧρ 1953, 57.

65. Μ. Μαργαρίτης, ό.π., αριθμ. 6.

66. Β. Wieck-Nooldt, Münch. Komm-StGB, εκδ. Beck, 2003, παρ. 239 Rn. 20, Α. Κωστάρας, ό.π., σελ. 909.

67. Ε. Deutsch/Α. Spickhoff, op.cit., σελ. 526 σημ. 24.

68. Β.-R. Sonnen, Nom. Komm.-StGB, Bd. 2, 3. Aufl. εκδ. Nomos, 2010, παρ. 239 Rn. 21, OLG Koblenz NJW 1987, 1409, J. Anderson, ό.π., σελ. 12.

69. S. Nath/St. Marcus, ό.π., σελ. 46.

70. J. Anderson, ό.π., σελ. 12.

71. Βλ. σχετ. την από 12.6.2012 έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, όπου γίνεται αναφορά σε απόφαση «να καθηλώνονται με ιμάντες επί κλίνης, προληπτικά, οι 10 από τους 17 νοσηλεύόμενους κάθε νύχτα από 9 μμ έως 9 πμ». Ωστόσο, παρ' ότι η Επιτροπή έκρινε ότι «Το μέτρο της προληπτικής νυκτερινής μηχανικής καθήλωσης στο 7ο Τμήμα πρέπει να αρθεί άμεσα» ένα χρόνο και πλέον αργότερα σε νεότερη έκθεσή της (10.10.2013) αναφέρεται ότι «κάθε νύχτα εξακολουθούν να καθηλώνονται, προληπτικά, επί κλίνης εννέα, τουλάχιστον, νοσηλεύόμενοι (9 μ.μ. έως 9 π.μ.)» (I).

72. Βλ. έκθεση της ως άνω Επιτροπής: «Εφαρμογή Περιοριστικών Μέτρων κατά την Εκούσια Εξέταση ή και Νοσηλεία», 23.10.2012.

73. Βλ. έκθεση της ως άνω Επιτροπής: «Περιοριστικά μέτρα κατά την ψυχιατρική νοσηλεία», 30.1.2008.

74. ΑΠ 1136/2011, ΑΠ 956/2009 www.areiospagos.gr, ΑΠ 396/2008 ΝΟΜΟΣ.

75. Α. Στοίλα, εν: Α.Χαραλαμπάκη-ΠΚ, 2011, άρ. 325 αριθμ. 5, Α. Κωστάρας, ό.π., σελ. 908.

76. Α. Στοίλα, ό.π., Α. Κωστάρας, ό.π., σελ. 908, Μ. Μαργαρίτης, άρ. 325, αριθμ. 5. Βλ. επίσης ΑΠ 75/1895 Θ. (ΣΤ') 1895-1896, σελ. 468.

77. Th. Fischer, StGB, 58. Aufl., εκδ. Beck, 2011, παρ. 239 Rn. 11, Μ. Μαργαρίτης, άρ. 325 αριθμ. 5, Α. Στοίλα, άρ. 325, αριθμ. 5.

78. Βλ. π.χ. Δ. Δημηνά, ΠοινΧρ 2005, 192.

79. Α. Τούσης/Α. Γεωργίου, ό.π., σελ. 838.

και μη ρητώς μνημονεύμενο στο κείμενο του νόμου, στοιχείο του εγκλήματος<sup>80</sup>. Στη νομολογία αναφέρεται ότι για τον «απαρτισμό» του εγκλήματος «απαιτείται, αντικειμενικώς, παράνομη αποστέρηση της ελευθερίας κινήσεως του παθόντα»<sup>81</sup>. Παράνομη είναι, προεκδόντως, η στέρηση της ελευθερίας αν απουσιάζει σχετική κρατική πράξη, η οποία κατά το νόμο είναι απαραίτητη, δηλ. εισαγγελική παραγγελία ή δικαστική απόφαση, ανάλογα με την περίπτωση<sup>82</sup>. Αν τον εγκλεισμό έχει διατάξει αναρμόδιο όργανο, π.χ. αστυνομικός, διοικητής του νοσοκομείου κ.λπ., η σχετική πράξη είναι ομοίως «παράνομη», ως ανυπόστατη. Τέτοια είναι και η περίπτωση του εισαγγελέα πρωτοδικών, ο οποίος κατά μια ισχυρά υποστηριζόμενη άποψη<sup>83</sup>, δεν διαθέτει πλέον, μετά το Ν 2447/1996, αρμοδιότητα παραγγελίας ακούσιας ψυχιατρικής νοσηλείας (αλλά μόνο εξέτασης)· αυτή η αρμοδιότητα ανήκει αποκλειστικά στο δικαστήριο. Ζήτημα δημιουργείται στην περίπτωση που ο εγκλεισμός αποφασίζεται βάσει κριτηρίων που δεν αποτελούν, πλέον, ισχύον δικαίωμα. Υποστηρίζεται, ειδικότερα, ότι με τη Σύμβαση του Οβιέδο (Ν 2619/1998) καταργήθηκε το στοιχείο της επικινδυνότητας<sup>84</sup>, ως κριτήριο για την ακούσια νοσηλεία. Συνεπώς, οι ακούσιες

νοσηλείες που έχουν διαταχθεί από εισαγγελέα ή στηρίζονται στην επικινδυνότητα του εγκλεισθέντος ατόμου, όπως είναι ο κανόνας, είναι παράνομες και, κατ' αποτέλεσμα, όπως υποστηρίζεται στη βιβλιογραφία<sup>85</sup>, δημιουργούνται ζητήματα αστικής (ιατρικής) ευθύνης για αποζημίωση, αστικής ευθύνης του δημοσίου (νοσοκομείου) αλλά και ποινικής ευθύνης για παράνομη κατακράτηση. Σημειώνουμε εδώ ότι το έγκλημα της παράνομης κατακράτησης διώκεται αυτεπαγγέλτως.

Δεν είναι παράνομη η στέρηση της ελευθερίας αν τελείται «εν ασκήσει επαγγελματικού καθήκοντος, ως εις την περίπτωση του ιατρού ή του διευθυντού ψυχιατρείου»<sup>86</sup>. Αντίθετα, ο εγκλεισμός είναι παράνομος και τότε όταν βασίζεται σε γνώματευση που δεν έχει εκδοθεί από ψυχίατρο, ακόμα και αν πράγματι συντρέχουν οι ουσιαστικές προϋποθέσεις της ακούσιας νοσηλείας<sup>87</sup>. Μάλιστα, ο Ν 2071/1992 απαιτεί από τον ψυχίατρο να εκδώσει «αιτιολογημένη» γνώματευση. Συνεπώς, η μη αιτιολογημένη γνώμη συνιστά παραβίαση του κανόνα αυτού που καθορίζει ένα επαγγελματικό πρότυπο (standard). Το στοιχείο αυτό μπορεί να θεμελιώσει ευθύνη του ψυχιάτρου, ασχέτως του αν υφίσταται ή όχι πραγματικά ψυχική διαταραχή<sup>88</sup>.

Παράνομη καθίσταται και η αρχικά νομίμως γενόμενη «σύλληψη» και κατακράτηση, εφ' όσον η διάρκεια αυτής υπερέρβη τα υπό του νόμου τεταγμένα όρια<sup>89</sup> ή εξακολουθεί μεν αυτή, εντός των νομίμων ορίων, πλην όμως δεν διενεργούνται οι εκ του νόμου προβλεπόμενες ενέργειες (π.χ. μεταφορά στο ψυχιατρείο όπου όμως δεν διενεργείται ψυχιατρική εξέταση)<sup>90</sup>. Εν προκειμένω, η πράξη μπορεί να αφορά τόσο την επιβολή του ψυχιατρικού εγκλεισμού όσο και τη συνέχισή του, αφού για την κατάφαση του εγκλήματος αρκεί και επιγενόμενη πρόθεση «επί νομίμως γενομένης καθείρξεως, ήτις παρανόμως συνεχίζεται»<sup>91</sup>. Στην πρώτη περίπτωση, ο ψυχίατρος πιστοποιεί, ως ένας εκ των δύο κατά το Ν 2071/1992 γνωμοδοτούντων, ότι πληρούνται τα κριτήρια του νόμου. Η

80. Αιτιολ. Έκθεση Σχ. ΠΚ (έκδ. Ζαχαρόπουλου, 1950), σελ. 311, Α. Μπουρόπουλος, ό.π., σελ. 549 και αντίστοιχα Th. Fischer, παρ. 239 Rn. 12, Β. Wiecek-Noodt, παρ. 239 Rn. 31. Αντίθ. βλ. Ι. Παπαδάκη, ό.π., σελ. 218. Στα αξιολογικά στοιχεία εντάσσονται το «νόμιμον» ο Ν. Ανδρουλάκης, Θεμελιώδεις έννοιες της ποινικής δίκης, 3η έκδ., εκδ. Δίκαιο & Οικονομία, 2007, σελ. 17 σημ. 51 και η Α. Ψαρούδα-Μπενάκη, Τα αξιολογικά στοιχεία της αντικειμενικής υποστάσεως του εγκλήματος, εκδ. Αφοί Π. Σάκκουλα, 1971, σελ. 217 επ.

81. ΑΠ 956/2009 ΠοινΧρ 2010, 233, ΑΠ 466/2010, ΑΠ 1880/2010: www.areiospagos.gr

82. Οπότε γεννώνται αξιώσεις αποζημίωσης αλλά και ποινικής ευθύνης για παράνομη κατακράτηση βλ. U. Diederichsen, in: Palandt-BGB, 66. Aufl., Beck, 2007, παρ. 1906 Rn. 22, W. Bienwald, Betreuungsrecht, 3. Aufl. 1999, Gieseking, παρ. 1906 Rn. 84 (σελ. 494).

83. Α. Γεωργιάδης, Οικογενειακό δίκαιο, εκδ. Σάκκουλα, 2014, σελ. 864, Π. Αγαλλοπούλου, Οι επιπτώσεις της ψυχικής διαταραχής του ενός συζύγου στην έγγαμη συμβίωση, εν: Κ. Σολδάτου κ.ά. (επιμ.), Ψυχιατρική και δίκαιο, Ι, εκδ. Αντ. Σάκκουλα, 2006, σελ. 50, Ι. Δεληγιάνη, Η δικαστική συμπάρσταση, εκδ. Σάκκουλα, 1999, σελ. 111, Γ. Δασκαρόλης, Παραδόσεις Οικογενειακού Δικαίου, ΙΙ, εκδ. Αντ. Σάκκουλα, 2001, σελ. 767-8, Αχ. Κουτσουράδης, εν: Γεωργιάδη/Σταθόπουλου, ΑΚ, VII, 2η έκδ., εκδ. Δίκαιο & Οικονομία, 2003, σελ. 992 επ., Ευτ. Φυτράκης, Εισαγγελική αρμοδιότητα και δικαστική εγγύηση στον ψυχιατρικό εγκλεισμό, ΠοινΧρ 2007, 956 σημ. 37 (με παραπομπές), Ευγ. Σταθουλοπούλου, Ο ψυχιατρικός εγκλεισμός ή η πρόκληση της διαφάνειας στη διαδικασία εφαρμογής του νομοθετικού πλαισίου για την ακούσια νοσηλεία, εν: Ν. Κουράκη (επιμ.), Διαφάνεια και καταπολέμηση της διαφθοράς, εκδ. Αντ. Σάκκουλα, 2012, σελ. 107, Β. Μπρακατσούλας, Η εκούσια δικαιοδοσία, 7η έκδ., εκδ. Αντ. Σάκκουλα, 2002, σελ. 524, Δ. Μακρής, Η εκούσια δικαιοδοσία, 2004, σελ. 285 επ., Κ. Παπαδόπουλος, Αγωγές οικογενειακού δικαίου, Β', 2003, σελ. 752, Γ. Τριανταφύλλου/Π. Χοτομανίδου, Η εισαγγελική εντολή ακούσιας εισαγωγής των ατόμων με ειδικές ψυχικές διαταραχές σε μονάδα ψυχικής υγείας μετά την τροποποίηση του ΑΚ (Ν 2447/1996), Αρμ 2005, 649 [651].

84. Κ. Φουντεδάκη, Η αστική ευθύνη του ψυχιάτρου, εν: Κ. Σολδάτου κ.ά. (επιμ.), Ψυχιατρική και δίκαιο, Ι, 2006, σελ. 194, Ευτ. Φυτράκης, ΠοινΧρ 2007, 955, Ευγ. Σταθουλοπούλου, ό.π., σελ. 102.

85. Βλ. έτσι Π. Αγαλλοπούλου, Οι επιπτώσεις της ψυχικής διαταραχής του ενός συζύγου στην έγγαμη συμβίωση, εν: Κ. Σολδάτου κ.ά. (επιμ.), Ψυχιατρική και δίκαιο, Ι, εκδ. Αντ. Σάκκουλα, 2006, σελ. 50, Δ. Μακρή, Η εκούσια δικαιοδοσία, εκδ. Τίσιμος, 2004, σελ. 285 επ., Αχ. Κουτσουράδης, εν: Γεωργιάδη/Σταθόπουλου, ΑΚ, VII, 2η έκδ., εκδ. Δίκαιο & Οικονομία, 2003, σελ. 1002.

86. Α. Τούσης/Α. Γεωργίου, ό.π., σελ. 838.

87. Th. Fischer, παρ. 239 Rn. 12. Αντίθετα OLG Schleswig NStZ 1985, 74, W. Schluckebier, SSW-StGB, εκδ. Carl Heymanns, 2009, παρ. 239 Rn. 8.

88. Βλ. Rodriguez v. City of New York, 72 F.3d 1051 (2d Cir. 1995). Τις σχετικές (ελάχιστες) προδιαγραφές έχει θέσει μέσω ειδικού εντύπου γνώματευσης, ήδη από το 2008, η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, το οποίο υιοθέτησε και το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (2009).

89. Εφαθ 884/1970 ΠοινΕπιθ (2) 1971, 275, Α. Μπουρόπουλος, ό.π., σελ. 550, ΑΠ 298/1916 Θ. (ΚΗ') 1917-18, σελ. 40, ΓνωμΕισΑΠ 8/1943 Θ. 1943 (ΝΔ'), 255. Παράνομη κατακράτηση (false imprisonment) έχει θεωρηθεί και στις ΗΠΑ η υπέρβαση των χρονικών ορίων του νόμου για την ακούσια νοσηλεία βλ. Arthur v. Lutheran Gen. Hosp., Inc., 692 N.E.2d 1238 (Ill.App.Ct.1998).

90. Όμοια βλ. Α. Στάικο, Επίτ. Ερμ. ΠΚ, τόμ. Γ', εκδ. Μ. Φραγκούλη, 1963, σελ. 410.

91. Salsali v. DeFauw, 696 N.E.2d 1217 (Ill.App.Ct. 1998) (initially authorized detention under the mental health code can become a false imprisonment when there is failure to comply with filing requirement for commitment procedure).

περίπτωση αυτή, δηλ. ο ψυχιατρικός εγκλεισμός χωρίς τη συνδρομή των προϋποθέσεων του νόμου, καταγράφεται ως η πλέον συνήθης βάση δικαστικών προσφυγών κατά ψυχιάτρων για παράνομη κατακράτηση<sup>92</sup>. Προσοχή: το κρίσιμο μέγεθος εδώ δεν είναι μόνο η διάγνωση ψυχικής διαταραχής αλλά και η συνδρομή των επιπλέον όρων του νόμου (θεραπευτική ανάγκη ή επικινδυνότητα), οι οποίοι είναι απαραίτητοι για την επιβολή ακούσιας νοσηλείας<sup>93</sup>. Ο ψυχίατρος οφείλει, συνεπώς, να γνωρίζει τις προϋποθέσεις της ακούσιας νοσηλείας, πριν γνωματεύσει για τον εγκλεισμό ενός ασθενούς<sup>94</sup>. Παράνομη κατακράτηση συνιστά, επιπλέον, η μη διακοπή της ακούσιας νοσηλείας και απελευθέρωση του ασθενούς, παρά την αποθεραπεία του ασθενούς ή την παρέλευση των νομίμων προθεσμιών του Ν 2071/1992, π.χ. ανυπαρξία εισαγγελικής παραγγελίας «νοσηλείας» μετά το 48ωρο της εξέτασης, μη υποβολή αιτήματος εντός 3ημέρου από τον εισαγγελέα στο αρμόδιο δικαστήριο<sup>95</sup>, ανυπαρξία δικαστικής απόφασης ή αρμεδρίασης του δικαστηρίου εντός 13 ημερών από την έναρξη της νοσηλείας.

Περίπτωση παράνομης στέρησης της ελευθερίας συνιστά και η παρεμπόδιση εξόδου, προσωρινής ή μόνιμης, του *εκουσίως* εισαχθέντος σε ψυχιατρική κλινική, αφού αυτός δικαιούται, όπως κάθε κοινός ασθενής, να άρει τη συναίνεσή του από τη συνέχιση της θεραπείας και να αποχωρήσει, προσωρινά ή μόνιμα, από τον αντίστοιχο χώρο. Τούτο μάλιστα ισχύει, δηλ. έχουμε παράνομη κατακράτηση, ακόμα και αν ο τυχόν εσωτερικός κανονισμός του νοσοκομείου προβλέπει, στο πλαίσιο της οργανωμένης θεραπείας, τη λήψη άδειας από τον θεράποντα ψυχίατρο για την έξοδο, την αποχώρηση ή τη λήψη εξιτηρίου. Στην περίπτωση αυτή, απλώς, θα συντρέχει, κατά πάσα πιθανότητα, περίπτωση νομικής πλάνης του ψυχιάτρου. Κατά την άποψη, την οποία φαίνεται να ακολουθεί και ο Άρειος Πάγος, σε περίπτωση νόμιμης στέρησης της ελευθερίας το άδικο της πράξης αίρεται βάσει του άρθρου 20 ΠΚ, δηλ. λόγω «ενάσκησης δικαιώματος ή εκπλήρωσης καθήκοντος που επιβάλλεται από το νόμο». Επομένως, αν ο δράστης, δηλ. εδώ ο ψυχίατρος, πιστεύει εσφαλμένα ότι νομίμως πράττει εγκλείοντας κάποιο πρόσωπο, τότε η πλάνη του αυτή είναι νομική (και όχι πραγματική), άρα θα πρέπει να κρίνεται –κάθε φορά– ως προς τον συγγνωστό ή όχι χαρακτήρα της (άρθρο 31 παρ. 2 ΠΚ)<sup>96</sup>.

Ως προς την *υποκειμενική υπόσταση* του εγκλήματος, δοθέντος ότι στο κείμενο της διάταξης γίνεται αναφορά σε «πρόθεση», εύκολα συμπεραίνουμε ότι απαιτείται δόλος του δράστη που να καλύπτει όλα τα στοιχεία της αντικειμενικής υπόστασης. Δοθέντος ότι το έγκλημα είναι διαρκές, ο δόλος του δράστη μπορεί να είναι και «επιγεγόμενος» π.χ. επειδή ο ψυχίατρος πληροφορήθηκε στην πορεία από κάποια δημό-

σια αρχή ότι η κατακράτηση είναι παράνομη. Αξίζει να σημειωθεί ότι η γνώση του δράστη αρκεί «έστω και με την έννοια της αμφιβολίας»<sup>97</sup>. Ωστόσο, επειδή δεν υπάρχει κάποια άλλη ειδικότερη αναφορά, γίνεται δεκτό, και από τον Άρειο Πάγο πλέον<sup>98</sup>, ότι αρκεί και *ενδεχόμενος δόλος*. Το κίνητρο, ωστόσο, του δράστη είναι καταρχήν αδιάφορο<sup>99</sup>. Ο δόλος, πάντως, δεν απαιτείται να περιλαμβάνει και το παράνομο της πράξης<sup>100</sup>. Ιδιαίτερα αξιοπρόσεκτη είναι μια παλαιότερη δικαστική απόφαση<sup>101</sup> η οποία στην περίπτωση αυθαίρετου εγκλεισμού επί ένα μήνα σε ιδιωτική ψυχιατρική κλινική, και υποβολή στις εγκαταλειφθείσες σήμερα υπνοθεραπεία και ινσουλινοθεραπεία, υπήρξε αθωωτική για τη μεν μητέρα της ασθενούς λόγω κατάστασης ανάγκης (κατά το άρθρο 32 ΠΚ), για τον δε ψυχίατρο λόγω σύγκρουσης καθηκόντων. Κατά την εισαγγελική πρόταση η αθώωση και των δύο έπρεπε να στηριχθεί στο άρθρο 20 ΠΚ, δηλ. στο λόγο άρσης του αδικού που συνίστατο στην εκπλήρωση καθήκοντος, ήτοι τη θεραπεία της ασθενούς.

Ένα πραγματικό ζήτημα, ωστόσο, τίθεται σχετικά με τη στάση των ψυχιάτρων, εξαιτίας των δυσλειτουργιών του συστήματος της ακούσιας νοσηλείας<sup>102</sup>. Συμβαίνει, δηλαδή, μετά τη μεταφορά ενός ατόμου σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας, με ψυχική διαταραχή σε οξεία φάση, και την αποστολή σχετικών γνωματεύσεων, ούτε ο αρμόδιος εισαγγελέας να εκδίδει την απαιτούμενη για την έναρξη της νοσηλείας παραγγελία αλλά ούτε και το δικαστήριο να αποφαιίνεται, ούτε καν να συνεδριάζει, εντός των προθεσμιών του νόμου<sup>103</sup>. Τίθεται λοιπόν το ερώτημα: Τι πρέπει να κάνει ο ψυχίατρος, αν διαπιστώνεται επιτακτική θεραπευτική ανάγκη, δεν υφίσταται όμως η αντίστοιχη νομική βάση για την ανάληψη της αναγκαστικής νοσηλείας; Εδώ, νομίζω, ότι η λύση μπορεί να βρεθεί στο πλαίσιο της σύγκρουσης καθηκόντων, κατ' άρθρο 15 ΚΙΔ, αφού η μεν *έναρξη ή η συνέχιση της ακούσιας ψυχιατρικής νοσηλείας* ανταποκρίνεται μεν στο ιατρικό καθήκον παροχής της δέουσας ιατρικής φροντίδας, συγκρούεται δε με το καθήκον σεβασμού στην αυτονομία και τον αυτοκαθορισμό του ασθενούς<sup>104</sup>. Ένα τέτοιο δίλημμα μπορεί να οδηγήσει περαιτέρω στον αποκλεισμό της ποινικής ευθύνης του ψυχιάτρου, για παράνομη κατακράτηση, εφόσον όμως διαπιστώνονται, σε κάθε συγκεκριμένη περίπτωση, τα στοιχεία ενός άλυτου

92. D. Mossman/M. Kapp, ό.π., σελ. 15.

93. Βλ. Φ. Μηλιώνη/Γ. Τζεφεράκο, εν: Εμμ. Λασκαρίδη (επιμ.), Κ.Ι.Δ., (έκδ. Νομική Βιβλιοθήκη), 2011, σελ. 353 επ.

94. R. Simon/R. Sadorff, Psychiatric malpractice, εκδ. American Psychiatric Press, 1992, σελ. 62.

95. Ν. Μπιτανάκης, Ψυχιατρική περίθαλψη και ανθρώπινα δικαιώματα στην Ελλάδα, εκδ. Οδυσσεάς, 2004, σελ. 142-3.

96. A. Eser, Schöнке/Schröder-StGB, 26. Aufl., εκδ. Beck, 2001, παρ. 239 Rn. 9, Η. Γάφος, ό.π., σελ. 160, Ν. Χωραφάς, Ελληνικόν Ποινικόν Δίκαιον, ΙΙ, εκδ. Νικ. Σάκκουλα, 1945, σελ. 60, Α. Κωστάρας, ό.π., σελ. 910. Για τη νομική πλάνη του ιατρού βλ. Δ. Ψαρούλη/Π. Βούλτσο, Ιατρικό δίκαιο - Στοιχεία βιοηθικής, εκδ. University Studio Press, 2010, σελ. 254.

97. ΑΠ 956/2009 ΠοινΧρ 2010, 233, ΑΠ 466/2010, ΑΠ 1880/2010: www.areiospagos.gr

98. ΑΠ 1117/2011: www.areiospagos.gr. Βλ. επίσης Μ. Μαργαρίτη, ό.π., άρ. 325 αριθμ. 8, Στοιλα, ό.π., άρ. 325 αριθμ. 7.

99. Α. Μπουρόπουλος, ό.π., σελ. 550, Α. Κωστάρας, ό.π., σελ. 818, Η. Γάφος, ό.π., σελ. 160 (σημ. 18).

100. ΑΠ 1117/2011. Όμοια βλ. Ν. Χωραφάς, ό.π., σελ. 60. Βλ. όμως αντίθ. ΑΠ 883/1997 Υπερ 1998, 59.

101. ΠλημΑθ 2323/1974 ΠοινΧρ 1974, 626.

102. Για τα προβλήματα αυτά βλ. Ευτ. Φυτράκη, Η ακούσια νοσηλεία σήμερα: Μια μαύρη τρύπα στο κράτος δικαίου, Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 100 (2007), σελ. 109-120 [αναδημοσίευση σε: Ν. Μπιτανάκη (επιμ.), Ακούσια νοσηλεία ψυχικά ασθενών, εκδ. Βήτα, 2011, σελ. 25-42].

103. Βλ. Ν. Μπιτανάκη, Ακούσια νοσηλεία: Μια περίπτωση σύγκρουσης εισαγγελέα και ψυχιάτρου στην ερμηνεία του νόμου, Ψυχιατρική 23 (3) 2012, σελ. 255 επ.

104. ΠλημΑθ 2323/1974 ΠοινΧρ 1974, 626 επ., Ευτ. Φυτράκης, εν: Τ. Βιδάλη/Θ. Παπαχρίστου (επιμ.), Ιατρική δεοντολογία, εκδ. Σάκκουλα, 2013, σελ. 150. Βλ. στην ίδια κατεύθυνση και έγγραφο ΣτΠ 156884/45292/2012/21.12.2012.

τραγικού διλήμματος, το οποίο λύθηκε ενδεχομένως με την κατίσχυση ενός καθήκοντος (θεραπεία) έναντι ενός άλλου (ελευθερία/αυτονομία).

## V. Συμπεράσματα

Ήδη από τη δεκαετία του 1970, ο σπουδαίος ιταλός μεταρρυθμιστής-ψυχίατρος *Franco Basaglia* έθεσε το δίπολο ανάμεσα στην *ψυχιατρική που καταπιέζει* και την *ψυχιατρική που απελευθερώνει*<sup>105</sup>. Η στέρηση της ελευθερίας, για λόγους ψυχικής υγείας, αποτελεί σίγουρα μια νίκη της πρώτης. Όσο, όμως, αυτή η ψυχιατρική θα είναι εδώ παρούσα και κρατούσα, οφειλή του κράτους δικαίου προς τους πολίτες είναι να εγγυάται ένα πλαίσιο προστασίας από την αυθαιρεσία. Η ψυχιατρική ευθύνη θέτει με σαφήνεια εδώ τα όρια, προασπίζοντας την αληθινή ψυχιατρική, ως επιστήμη, και αποτρέποντας την κατάχρησή της, ενώ, ειδικότερα, το ποινικό δίκαιο μπορεί να προσφέρει σημαντικές δικλίδες ασφαλείας. Το έγκλημα της παράνομης κατακράτησης αποτελεί μια τέτοια περίπτωση, η ουσιαστική εφαρμογή του οποίου μπορεί να προσφέρει τόσο στην ψυχιατρική όσο και στην προστασία των δικαιωμάτων του ανθρώπου.

Οι παραβιάσεις του Ν 2071/1992, για την ακούσια ψυχιατρική νοσηλεία, εξακολουθούν να προσεγγίζονται ως μια απλή διοικητική παρατυπία και, όχι όπως θα έπρεπε, ως προσβολή ατομικού δικαιώματος, που κατοχυρώνεται από το Σύνταγμα και την ΕΣΔΑ, και εννόμου αγαθού, που προστατεύεται από το ποινικό δίκαιο. Αξίζει, λοιπόν, να ξαναθυμηθούμε ότι κάθε στέρηση της ελευθερίας, κατά παράβαση του νόμου (2071/1992) είναι αυθαίρετη και συνιστά παραβίαση του άρθρου 5 της ΕΣΔΑ και, ως εκ τούτου, καταρχήν άδικη πράξη, κατ' άρθρο 325 ΠΚ· συνιστά δηλ. έγκλημα.

105. Βλ. στη γλώσσα μας: *Fr. Basaglia*, Οι θεσμοί της βίας και άλλα κείμενα, εκδ. Βιβλιοτεχνία, 2008 και *Φρ. Μπαζάλια*, Εναλλακτική ψυχιατρική, μτφρ. Γ. Αστρινάκης, εκδ. Καστανιώτη, 2008.

Η ποινική ευθύνη είναι ατομική, ενώ τα προβλήματα στην ψυχιατρική περίθαλψη συχνά είναι συστημικά. Γι' αυτό, πέρα από όποια δικαστική διαδικασία, είναι αναγκαία η καταγραφή των ψυχιατρικών λαθών ή, εν γένει, της «κακής» ψυχιατρικής, ακόμα και με το σύστημα της «μη τιμωρητικής» αναφοράς σφαλμάτων (non-punitive reporting). Παρ' όλα αυτά, η πενιχρή νομολογία για την ψυχιατρική ευθύνη δυσχεραίνει την παροχή κατευθύνσεων στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας<sup>106</sup>, δημιουργεί συνθήκες ανάπτυξης ασυδοσίας και παραβίασης δικαιωμάτων σε βάρος των ευάλωτων ψυχικά ασθενών και, τελικά, βλάπτει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Μ' άλλα λόγια, η σιωπή και η απόκρυψη δεν επιτρέπουν στο σύστημα υγείας να μαθαίνει από τα λάθη του και να διορθώνει τις αδυναμίες του. Σ' αυτό το περιβάλλον ανοχής ή δημιουργίας ψυχιατρικών λαθών, ή, με άλλα λόγια, επιζήμιας ψυχιατρικής, συμβάλλουν ενίοτε η έλλειψη συνεργασίας του ασθενούς, τα συμφέροντα της οικογένειας, η αδυναμία άσκησης δικαιωμάτων από τον ασθενή, οι παραδοσιακές επιλογές υποβάθμισης των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών καθώς και η εκπαίδευση των νέων ψυχιάτρων. Όμως, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση υπήρξε, πρώτα απ' όλα, υπόθεση ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η πρόκληση για την εισαγγελική αρχή αλλά και την ψυχιατρική κοινότητα<sup>107</sup> είναι παρούσα: τα ανθρωπίνια δικαιώματα στο πλαίσιο της ψυχιατρικής περίθαλψης δεν είναι πολυτέλεια αλλά θεμελιώδης ανάγκη. Το 1984 το ΕΔΔΑ<sup>108</sup> διακήρυξε ότι η δικαιοσύνη δεν πρέπει να σταματά στην πόρτα της φυλακής. Είναι καιρός να διαπιστώσουμε αν σταματά μπροστά στο ψυχιατρείο ...

106. *D. Dawidoff*, ό.π., σελ. 716.

107. Βλ. άρθρο 28 παρ. ΚΙΔ «Ο ψυχίατρος πρέπει να προσφέρει την καλύτερη δυνατή θεραπεία ... μέσα στο πλαίσιο του σεβασμού ..., των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών...».

108. Απόφ. Campel and Fell κατά Ηνωμένου Βασιλείου, 1984, παρ. 69.





## ΝΟΜΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΑΕΒΕ

ΑΘΗΝΑ Μαυρομικάλη 23, Τηλ.: 210 3678800 (30 γραμμές), ΑΘΗΝΑ Μαυρομικάλη 2, Τηλ.: 210 3607521,  
ΠΕΙΡΑΙΑΣ Φίλωνος 107-109, Τηλ.: 80 111 70 111, ΘΕΣ/ΝΙΚΗ Φράγκων 1, Τηλ.: 2310 532134,  
ΠΑΤΡΑ Κανάρη 28-30, Τηλ.: 2610 361600

[www.nb.org](http://www.nb.org) • e-mail: [info@nb.org](mailto:info@nb.org)