

ΝΟΜΙΚΟΙ - ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΕΓΚΛΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΥΣ ΨΥΧΙΚΑ ΝΟΣΟΥΝΤΕΣ

Χριστούλη Β.

Εισαγγελία Πρωτοδικών Πατρών

Η ανάγκη για ουσιαστική αναμόρφωση της νομοθεσίας για την αναγκαστική νοσηλεία στην Ελλάδα επιβλήθηκε από τα προγράμματα που προωθήθηκαν από τον κανονισμό 815/1984 της Ε.Ο.Κ. για τη "επαγγελματική κατάρτιση και τη κοινωνική αποκατάσταση των προσώπων που πάσχουν από τις ψυχικές διαταραχές" και τα αποτελέσματα αυτών των προσπαθειών ενσωματώθηκαν στο γενικό νόμο 2071/92 υγείας υπό το γενικό τίτλο "Για τον εκσυγχρονισμό και οργάνωση του συστήματος υγείας" άρθρα 94-100, και στο νόμο 2716/1999 που τιτλοφορήθηκε "Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας". Στην παρούσα ανασκόπηση γίνεται μια προσπάθεια παρουσίασης της ισχύουσας νομοθεσίας σχετικά με την ακούσια νοσηλεία στην Ελλάδα και παράλληλα γίνεται μια συγκριτική παρουσίαση αυτής και της αντίστοιχης νομοθεσίας που διέπει τη φύλαξη ακαταλόγιστων εγκληματιών.

Τέλος παρουσιάζονται τα αποτελέσματα μελέτης που αφορά την αποτελεσματικότητα της νομοθεσίας αυτής κατά την εφαρμογή της στην πράξη, στις περιφέρειες των δύο μεγαλύτερων πόλεων της Ελλάδας, δηλαδή Αθήνας και Θεσσαλονίκης.

Λέξεις ευρετηρίου: ακούσια νοσηλεία, νομοθεσία, ψυχικά πάσχοντα άτομα.

I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αντιμετώπιση του ψυχικά ασθενή συνιστά ένα μεγάλο πράγματι κεφάλαιο που δεν αποτελεί μόνον αντικείμενο έρευνας και εξέτασης της ψυχιατρικής επιστήμης, αλλά αναπόφευκτα και της νομικής, καθώς ο νομοθέτης έχει προβλέψει αφενός μία διαφορετική ποινική μεταχείριση του εγκληματία ψυχοπαθή ανάλογα με τον βαθμό επίδρασης της διατάραξης των πνευματικών του λειτουργιών στην ικανότητά του για καταλογισμό κατά τα άρθρα 34 και 36 του Ποινικού Κώδικα, αφετέρου μία σειρά νομικών και δικαστικών περιορισμών που αφορούν τον φερόμενο ψυχοπαθή είτε ως κατηγορούμενο για αξιόποινη πράξη, ή κατάδικο, είτε ανεξάρτητα από οποιαδήποτε εγκληματική δραστηριότητα ως επικίνδυνο για την κοινωνία άτομο και ανίκανο να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του. Με τα παραπάνω θέματα θα ασχοληθώ από άποψη θεωρητική, αλλά και πρακτική, αφού με την εισαγγελική μου ιδιότητα, κατά τη μακρόχρονη πορεία μου στον κλάδο, έχω κληθεί συχνά να λάβω θέση σ'αυτά.

II. ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΙ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

Σύμφωνα λοιπόν με την ελληνική νομοθεσία προβλέπεται ως δικαστικοί περιορισμοί δύο βασικοί τρόποι αναγκαστικού εγκλεισμού των ψυχικά διαταραγμένων σε ψυχιατρεία: Ο προληπτικός, που προβλέπεται από τον Ν. 2071/1992 και εφαρμόζεται ανεξάρτητα από την τέλεση κάποιας αξιόποινης πράξης και ο ποινικός που προβλέπεται από τα άρθρα 38-39 και 69 -70 ΠΚ ως μέτρο ασφαλείας και αφορά όσους τέλεσαν αδίκημα κάποιας βαρύτητας, έχουν δε κριθεί από το ποινικό δικαστήριο ή μειωμένου καταλογισμού ή ακαταλόγιστοι και χαρακτηρίζονται επικίνδυνοι. Εδώ, σημειώνεται ότι κοινό γνώρισμα όλων των νομοθετημάτων για την αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών είναι ότι προσπαθούν να θεσπίσουν τεκμήριο προεγκληματικής επικινδυνότητας που όμως συχνά καταλήγει σε τεκμήριο αυθαιρεσίας λόγω της ασάφειας, αοριστίας και του μη εμπειρικού περιεχομένου της εννοίας της επικινδυνότητας και βάσει αυτού να επιβάλλουν περιορισμό της προσωπικής τους ελευθερίας με μέτρα ασφαλείας.

1. ΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ Ν. 2071/1992

Ο ακούσιος εγκλεισμός των ψυχοασθενών σε ψυχιατρικά καταστήματα, δηλαδή η χωρίς τη συγκατάθεση του ψυχικά ασθενή εισαγωγή και παραμονή του για θεραπεία σε κατάλληλη μονάδα ψυχικής υγείας, ένα μέτρο εξαιρετικά επαχθές για τα θεμελιώδη δικαιώματα του ανθρώπου, ως στερητικό της ελευθερίας του και συνεπαγόμενο σοβαρή επέμβαση στη προσωπικότητα και τη κοινωνική ταυτότητά του, πράγματι υπό το προηγούμενο νομοθετικό καθεστώς λαμβανόταν χωρίς εγγυήσεις ελέγχου της ορθότητάς του από τις υπουργικές αποφάσεις που όριζαν τους ουσιαστικούς όρους εφαρμογής του, ήδη όμως από το 1992 τελεί υπό τις εγγυήσεις του Ν.2071/92.

Ο νόμος βεβαίως είναι γνωστός, γι αυτό δεν θα αναλωθώ στην αναφορά των διατάξεών του, αλλά θα επικεντρωθώ σε κάποιες παρατηρήσεις όσον αφορά τα μειονεκτήματά του στη θεωρία και στη πράξη. Κατ' αρχήν, κάποια νομοθετική αβλεψία ή τυπογραφικά σφάλματα που επισημαίνονται στο κείμενο του ως άνω νόμου και δη στα άρθρα 96 παρ. 4 εδ. 2, παρ. 6 εδ. 1 και 100 z αντιμετωπίζονται εύκολα ερμηνευτικά με την αντιπαραβολή τους με το σχέδιό του εν λόγω νόμου. Το ενδιαφέρον, ως εκ τούτου, εστιάζεται στο πώς λειτουργεί ο νόμος αυτός στη πρακτική του εφαρμογή. Έτσι, με βάση προσωπική μου έρευνα σε σχετικές αποφάσεις που εκδόθηκαν από το Μονομελές Πρωτοδικείο Αθηνών, όπου ο συγκεκριμένος νέος άρχισε να εφαρμόζεται με κάποια καθυστέρηση από το 1996 και μετά, η πληθώρα όμως των αιτήσεων αναγκαστικής νοσηλείας, αλλά και των εκδιδόμενων επ'αυτών δικαστικών αποφάσεων μπορούσαν ευχερέστερα να αναδειξουν τα προβλήματα στην εφαρμογή του, παρατηρήθηκαν τα ακόλουθα: Κατά το έτος 2002 σε σύνολο 1247 δικαστικών αποφάσεων επί αιτήσεων αναγκαστικής νοσηλείας, οι 17 τις απέρριψαν, εξ αιτίας του ότι ειδικότερα σε τρεις περιπτώσεις εξ αυτών είχε επισυναφθεί μόνον μία γνωμάτευση ψυχιάτρου αντί των δύο που προβλέπει ο νόμος, στις τέσσερες είχε ήδη αποβιώσει ο φερόμενος ως ψυχοπαθής, ενώ στις δέκα περιπτώσεις, ακούστε το εκπληκτικό, είχε ήδη εξέλθει από το Ψυχιατρείο ο

ασθενής λόγω βελτιώσεως της κατάστασής του. Περαιτέρω, 12 αποφάσεις διέτασαν την αντικατάσταση ψυχιάτρου, 14 τη συνέχιση της αναγκαστικής νοσηλείας που είχε διαταχθεί με διάταξη του εισαγγελέα, 1 μόνον την έξοδο του ψυχοπαθή λόγω βελτιώσεως της κατάστασής του, 83 ανέβηκαν προς εξέταση του φερομένου ως ψυχοπαθή από ψυχίατρο, και 1 καταργούσε τη δίκη λόγω θανάτου του ψυχοπαθή. Εξ άλλου, από τις 90 δικαστικές αποφάσεις που έκαναν δεκτές τις αιτήσεις για αναγκαστική νοσηλεία, στις 60 ο φερόμενος ως ψυχοπαθής είχε ερμηδοικασθεί, μόνον δε στις λοιπές 30 ήταν παρών και συνοδευόταν από συνοδό του νοσοκομείου κι όχι συνήγορο ή τεχνικό σύμβουλο. Περαιτέρω, στο σύνολό τους οι αποφάσεις αυτές που εδέχοντο τις σχετικές αιτήσεις, έκαναν απλή μνεία της κατάθεσης του φερομένου ως ψυχοπαθή κατά την απαρίθμηση των αποδεικτικών στοιχείων που έλαβαν υπόψη τους, χωρίς στη πραγματικότητα να την αξιολογούν, αφού συμφωνούσαν πάντα με τις γνωματεύσεις των ψυχιάτρων, στις οποίες και εξ ολοκλήρου θεμελιώναν τη κατάφαση των αιτήσεων. Μάλιστα, σε δείγμα 53 εξ αυτών των αποφάσεων έκανε εντύπωση ότι μόνον οι 25 ήταν αιτιολογημένες υπό την έννοια ότι λόγω και της πληρότητας των ψυχιατρικών γνωματεύσεων στις οποίες αναφέρονταν, διελάμβαναν πλην της διάγνωσης της ψυχικής νόσου από την οποία έπασχε ο καθ'ού η αίτηση και τα συμπτώματα που εκδήλωνε εξ αιτίας της πάθησής του αυτής, ενώ αντίθετα οι 28 αποφάσεις αναφερόμενες εξ ολοκλήρου στις ελλιπείς ψυχιατρικές γνωματεύσεις, διελάμβαναν ως έρεισμα της κατάφασης των αιτήσεων μόνον τη διάγνωση της φύσης της ψυχικής νόσου άνευ οποιουδήποτε άλλου προσδιορισμού. Αλλά και σε αντίστοιχη έρευνα της τελευταίας τριετίας σε σχετικές αποφάσεις που εκδόθηκαν από το Μονομελές Πρωτοδικείο Θεσσαλονίκης κατά την διαδικασία της εκουσίας δικαιοδοσίας, διαπιστώθηκε ειδικότερα ότι επί συνόλου 344 δικαστικών αποφάσεων, στις 35 μόνον ο φερόμενος ως ψυχοπαθής δικάσθηκε αντιμωλία, ενώ σε ουδεμία παρέστη με δικηγόρο ή τεχνικό σύμβουλο. Κοινή διαπίστωση, εξ άλλου, σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις ήταν ότι ουδείς ψυχοπαθής είχε ασκήσει ένδικο μέσο, ή είχε υποβάλει αίτηση για διακοπή της νοσηλείας, σε ουδεμία δε περίπτωση εισαγωγής είχε συνταχθεί πρακτικό του άρθρου 96 παρ. 4 του ως άνω νόμου για την ενημέρωση των δικαιωμάτων του ασθενή. Εκείνο όμως που πράγματι προβληματίσε είναι ότι μετά από τόσα χρόνια εφαρμογής του νόμου αυτού, όχι μόνον δεν υπήρξε προσαρμογή στις προθεσμίες που έτασσε, αντίθετα αυτές είχαν συλλήβδην σε όλες σχεδόν τις υποθέσεις του δείγματος από το Πρωτοδικείο Αθηνών καταστρατηθεί. Αρκεί να αναφερθεί ότι κατά τη τελευταία τριετία, ο χρόνος που μεσολάβησε από την υποβολή της αιτήσεως αναγκαστικής νοσηλείας μέχρι την έκδοση αποφάσεως ανερχόταν κατά μέσο όρο στους πέντε μήνες, όταν το ανώτατο όριο αναγκαστικής νοσηλείας του ψυχοπαθούς σύμφωνα με τον νόμο αυτό είναι το εξάμηνο. Οι προβλέψεις δε για το μέλλον είναι δυστυχώς δυσσιώπες τουλάχιστον για τις αιτήσεις αναγκαστικής νοσηλείας που πρόκειται να εκδικασθούν στο Μονομελές Πρωτοδικείο Αθηνών, αφού όσες κατατίθενται κατά το τρέχον έτος προσδιορίζονται προς συζήτηση μετά οκτώ τουλάχιστον μήνες, οπότε και είναι πλέον ή βέβαιον ότι κατά την έκδοση των σχετικών αποφάσεων ο καθού η αίτηση θα έχει ήδη εξέλθει της ψυχιατρικής κλινικής. Η δυσάρεστη αυτή διαπίστωση σε συνδυασμό και με το γεγονός ότι

στο σύνολο των δικαστικών αποφάσεων που αποτέλεσαν το δείγμα της παρούσας έρευνας, ο δικαστικός έλεγχος περιορίστηκε σε μία απλή επικύρωση των ψυχιατρικών εκθέσεων και η παρουσία και κατάθεση του φερομένου ως ψυχοπαθή κατά τη συζήτηση της εναντίον του αιτήσεώς ουδέν εισέφερε στον σχηματισμό της δικανικής πεποίθησης, ή ουδόλως φαίνεται ότι ελήφθη υπόψη κατά τη διαμόρφωση αυτής, ενώ και τα λοιπά δικαιώματα αυτού παρέμειναν στο συρτάρι, είτε λόγω αντικειμενικής αδυναμίας του να τα ασκήσει εξ αιτίας επιδείνωσης της ψυχικής του υγείας, είτε ελλείψει ενημέρωσης, είτε λόγω μοιρολατρικής αντιμετώπισης του θέματος από τον ίδιο, ή τέλος λόγω οικονομικής του αδυναμίας, οδηγούν πράγματι εκ πρώτης όψεως σε σκεπτικισμό και προβληματισμό για τη σκοπιμότητα περαιτέρω ισχύος του παραπάνω νόμου, μιάς που στη πράξη μάλλον προβλήματα φαίνεται να δημιουργεί παρά να λύνει. Κι αυτό γιατί παρά τις όποιες θετικές του ρυθμίσεις, πέραν των άλλων σκοντάφτει στην έλλειψη της αναγκαίας υποδομής για τη πιστή τήρησή του. Έτσι, η έλλειψη δικαστικού και διοικητικού δυναμικού κατάλληλου να ανταποκριθεί στον όγκο των αιτήσεων αναγκαστικής νοσηλείας κυρίως στις μεγάλες Εισαγγελίες της χώρας και η συνεπεία αυτής αδυναμία του υπάρχοντος να ανταποκριθεί στις προθεσμίες, αλλά και στην ανάγκη ειδικής αιτιολογίας των εκδιδομένων αποφάσεων, καθώς και η έλλειψη στη πράξη οποιουδήποτε ελέγχου τήρησης των διατάξεων του ως άνω νόμου και επιβολής κυρώσεων για τυχόν παραβιάσή τους, έχουν ως αποτέλεσμα να φαντάζει η παλαιά διαδικασία αντιμετώπισης όλων ανεξαιρέτως των αιτήσεων αναγκαστικής νοσηλείας από τον εισαγγελέα με τη γνωστή εισαγγελική διάταξη, πιο νόμιμη, αφού τουλάχιστον προηγείτο της αναγκαστικής νοσηλείας του ψυχοπαθή. Υπό το πρίσμα των σοβαρών καθυστερήσεων που με βεβαιότητα θα προκύψουν, κατά των άνω, στο μέλλον μέχρι την έκδοση δικαστικών αποφάσεων επί αιτήσεων αναγκαστικής νοσηλείας, διερωτάται κανείς εάν είναι ποτέ δυνατόν να υπάρξει απορριπτική απόφαση με το αιτιολογικό ότι ο φερόμενος ως ψυχοπαθής δεν έρχετο εξ αρχής αναγκαστικής νοσηλείας, στη περίπτωση που αυτός κατά τον χρόνο έκδοσης της σχετικής απόφασης θα έχει ήδη νοσηλευθεί επί εξάμηνο σε ψυχιατρική κλινική! Επί πλέον, η απλή επικύρωση με τις δικαστικές αποφάσεις των ψυχιατρικών γνωματεύσεων, τείνει ίσως να δικαιολογήσει τις διαμαρτυρίες κάποιων μερίδων ψυχιάτρων για τη δικαστική παρεμβολή στο έργο τους. Ένα τέτοιο εύκολο όμως συμπέρασμα δεν είναι σωστό. Ο δικαστικός έλεγχος του ακούσιου εγκλεισμού στα ψυχιατρεία, δεν οφείλεται βέβαια στην αντίληψη ότι η δικαστική κρίση θα μπορούσε στη προκειμένη περίπτωση να είναι εγκυρότερη επιστημονικά από την ιατρική, όπως απλοϊκά θα μπορούσε κανείς να σκεφθεί. Καταξιώνεται χάρη στις διαδικαστικές εγγυήσεις που περιβάλλουν την δίκη και συγκεκριμένα στη δυνατότητα του κρινόμενου να υπερασπίσει τον εαυτό του, είτε με αυτοπρόσωπη παράσταση είτε με δικηγόρο, τη δυνατότητά του να τεκμηριώνει τις αντιρρήσεις του με προσαγωγή τεχνικού συμβούλου - ψυχιάτρου, να ασκήσει έφεση κλπ. Έτσι, η δυσκολία προσαρμογής στο νόμο 2071/92 δεν σημαίνει αναγκαία ότι ο νόμος αυτός δεν έκανε σημαντικά βήματα προς τη κατεύθυνση της περιφρούρησης των δικαιωμάτων του φερομένου ως ψυχικά ασθενή, εναπόκειται δε στον εφαρμοστή του νόμου, αλλά και στον φερόμενο ως ψυχικά ασθενή να δώσουν σάρκα και οστά στα δικαιώματα αυτά. Εξ άλλου, η

πενία ή ανυπαρξία αιτιολογίας στις ως άνω δικαστικές αποφάσεις, οφειλομένη προφανώς στην αδυναμία των δικαστών να υποκαταστήσουν το έργο των ειδικών ψυχιάτρων στη διάγνωση της ψυχικής νόσου και κυρίως των συμπτωμάτων από τα οποία αυτή συνοδεύεται, αλλά και στην έλλειψη αντίθετου τεκμηριωμένου αποδεικτικού υλικού ώστε να μη θεμελιώνονται αυτές αποκλειστικά και μόνον στις δύο ψυχιατρικές πραγματογνωμοσύνες, δεν υποβαθμίζει τη σπουδαιότητα της καθιέρωσης από το άρθρο 95 παρ. 8 του ως άνω νόμου, της υποχρέωσης αιτιολογίας των δικαστικών αποφάσεων που διατάζουν την αναγκαστική νοσηλεία, αφού μέσα από αυτή την αιτιολογία διασφαλίζεται ο έλεγχος όχι μόνον της συνδρομής των όρων αναγκαστικής νοσηλείας, αλλά και της τήρησης των δικαιωμάτων του φερομένου ως ψυχικά ασθενή. Ένα επίσης κυρίαρχο στοιχείο σε όλες τις ως άνω αποφάσεις είναι η συνδρομή του όρου της επικινδυνότητας, είτε διαζευκτικά, είτε αποκλειστικά. Αυτό δημιουργεί ανάγκη οριοθέτησης του όρου. Η ένταξη της επικινδυνότητας στον χώρο των διαθετικών εννοιών, με τις οποίες εκφράζεται η τάση ενός προσώπου να συμπεριφέρεται κατά ορισμένο τρόπο υπό ορισμένες συνθήκες, θα μπορούσε να μας προσφέρει χρήσιμη βοήθεια. Η ύπαρξη αυτής της τάσης διαπιστώνεται με παρατήρηση προηγούμενων εκδηλώσεων συμπεριφοράς του ατόμου. Με βάση τη θέση αυτή, αρνητική προϋπόθεση συνδρομής της επικινδυνότητας είναι η μη εκδήλωση στο παρελθόν βιαιάς συμπεριφοράς. Ωστόσο, εάν οι προηγούμενες εκδηλώσεις συμπεριφοράς του φερομένου ως ψυχασθενή εμπεριέχουν βία, η ακούσια νοσηλεία του θα πρέπει να διατάσσεται μόνον στη περίπτωση που η βιαιά συμπεριφορά είναι τέτοιας μορφής και έντασης που να δικαιολογεί τη λήψη του επαχθούς αυτού μέτρου, ενώ παράλληλα να αναμένεται θεραπευτικό αποτέλεσμα, τέτοιο που να βοηθά στη μη ανάπτυξη πράξεως βίας. Περαιτέρω, μία άλλη καινοτομία του νόμου 2071/92 είναι η θέσπιση ανωτάτου ορίου της ακούσιας νοσηλείας (το εξάμηνο) με δυνατότητα παράτασης για διάστημα που δεν πρέπει να υπερβαίνει, σύμφωνα και με το πνεύμα του νόμου, το εξάμηνο σε όλως εξαιρετικές περιπτώσεις και ορθότερα σε περίπτωση επιδείνωσης της υγείας του ψυχασθενή, έτσι ώστε να μη προσλάβει το ψυχιατρικό νοσοκομείο χαρακτήρα ασύλου. Θέματα, όπως το τι θα συμβεί εάν ο ασθενής έπαυσε να είναι επικίνδυνος στα παραπάνω χρονικά διαστήματα χωρίς να έχει ωστόσο, πλήρως αποθεραπευθεί, δεν λύνει ο νόμος αυτός. Το άρθρο 29 όμως του σχεδίου της ειδικής επιτροπής, το οποίο στη περίπτωση αυτή παρέχει τη δυνατότητα συνέχισης της θεραπευτικής αγωγής και όχι της νοσηλείας σε εξωτερικά ιατρεία ή νοσοκομείο, φαίνεται να αντιμετωπίζει το θέμα αυτό προς τη σωστή κατεύθυνση¹.

Σε γενικές γραμμές παρότι το έκτο κεφάλαιο του Ν.2071/92 αποτελεί ένα μεγάλο βήμα στον τομέα της αντιμετώπισης του ψυχικά ασθενή, χρήζει οπωσδήποτε βελτίωσης και συμπλήρωσης προς την κατεύθυνση κυρίως της δημιουργίας των όρων και υποδομών εκείνων που θα επιτρέψουν την ακόλυτη εφαρμογή του.

Σε αντιπαράθεση με τη παραπάνω διαδικασία αναγκαστικής νοσηλείας που ισχύει στη χώρα μας, θα ήθελα συνοπτικά μόνον να περιγράψω αντίστοιχη διαδικασία που εφαρμόζεται στο Οντάριο του Καναδά. Και εκεί, μετά την υποβολή σχετικής αιτήσεως στον εισαγγελέα, ένας γιατρός αποφασίζει εάν ο ψυχικά ασθενής είναι ικανός να συγκατατεθεί σε ψυχιατρι-

κή θεραπεία. Ο ασθενής μπορεί να απευθυνθεί σε ένα Τριμελές Συμβούλιο που απαρτίζεται από έναν Εισαγγελέα, έναν Δικαστή και έναν πραγματογνώμονα και να επιδώσει αναθεώρηση της απόφασης του ως άνω ιατρού, οι αποφάσεις δε αυτού του συμβουλίου εφεσιβάλλονται στα δικαστήρια. Από την στιγμή που μία αίτηση για αναθεώρηση υποβάλλεται, η θεραπεία δεν μπορεί να ξεκινήσει μέχρι ότου περατωθεί η υπόθεση. Μελετήθηκε η καθυστέρηση για την έναρξη θεραπείας σε σχέση με 334 αιτήσεις αναθεώρησης από 237 ασθενείς, σε δύο ψυχιατρικά νοσοκομεία το χρονικό διάστημα 1990-1999. Σαράντα-εννέα ασθενείς είχαν κάνει αίτηση αναθεώρησης πάνω από μία φορά, ενώ ένας ασθενής είχε κάνει μόνος του 11 ξεχωριστές αιτήσεις. Η ασθένεια που διαγνώστηκε στις παραπάνω περιπτώσεις ήταν σχιζοφρένεια 45%, διπολική διαταραχή 24%, σχιζοτυπική διαταραχή 18%, και ψυχωτικές διαταραχές 13%. Ασθενείς απέσυραν το 22,7% των αιτήσεων αναθεώρησης πριν ακόμη γίνει ακρόασή τους, 3,6% των ασθενών κρίθηκαν από τον γιατρό ικανοί συγκατάθεσης σε θεραπεία, ενώ 2,7% των αιτήσεων απορρίφθηκαν χωρίς ακρόαση. Έτσι, 70,9% των αρχικών 334 αιτήσεων αναθεώρησης οδηγήθηκαν σε ακρόαση. Το συμβούλιο αναθεώρησης απέρριψε τα συμπεράσματα ανικανότητας του γιατρού σε 5 (2,1%) από τις 237 ακρόασεις. Ο μέσος χρόνος μεταξύ υποβολής μιας αίτησης και συγκροτήσεως του συμβουλίου αναθεώρησης ήταν 7,5 μέρες (κλίμακα 1-59). Σε περίπτωση μη ασκήσεως εφέσεως κατά του πορίσματος του Συμβουλίου Αναθεώρησης στο δικαστήριο, η μέση καθυστέρηση στην έναρξη της θεραπείας ήταν 25 μέρες. Ενώ, από τους 15 ασθενείς που έκαναν έφεση στα δικαστήρια η μέση καθυστέρηση έναρξης θεραπείας ήταν 253 μέρες (330 μέρες για τους 7 ασθενείς που τελικά είχαν μία ακροαματική διαδικασία). Το δικαστήριο δεν έκρινε κανέναν ασθενή ικανό.

Διαπιστώθηκε ότι τα αποτελέσματα αυτών των καθυστερήσεων στην έναρξη θεραπείας περιλαμβάνουν παρατεταμένο προσωπικό πόνο, αυξημένο αυτοτραυματισμό, αυξημένη χρήση απομόνωσης και καταπίεσης, επιδείνωση της μακροχρόνιας πρόγνωσης, χειρότερηση της θεραπευτικής αγωγής, αυξημένη συχνότητα επιθέσεων, δημιουργία ενός στεγανού μη θεραπεύσιμου, πτώση του ηθικού του προσωπικού υγείας, δέσμευση των λίγων κλινών, απορρόφηση των λίγων πόρων των κλινικών σε δραστηριότητες άλλες εκτός θεραπείας, και κατά παράδοξο τρόπο, στέρση των δικαιωμάτων ελευθερίας, παρέχοντας κλινική θεραπεία αναγκαία για την εφαρμογή απαλλαγής από ακούσια κράτηση σε νοσοκομείο. Μπορεί η καθυστέρηση έναρξης θεραπείας να δικαιολογηθεί μπροστά σε τόσο καταστροφικές συνέπειες; Εύλογα υποστηρίχθηκε ότι μια τέτοια καθυστέρηση δεν μπορεί να δικαιολογηθεί ελλείψει χειροπιαστών στοιχείων που να καταδεικνύουν ότι εγκλεισμοί θεραπείας κατά την διάρκεια νομικών αναθεωρήσεων ανικανότητας αποτρέπουν την παροχή ακατάλληλης θεραπείας σε σημαντικό αριθμό ατόμων. Τέτοια απόδειξη δεν υπάρχει. Τα συμβούλια αναθεωρήσεων και τα δικαστήρια σπάνια απορρίπτουν ένα συμπέρασμα ανικανότητας και δεν το κάνουν σχεδόν ποτέ όταν μία πρώτου βαθμού δικαστική ή οιοδήποτε δικαστική απόφαση έχει επιβεβαιωθεί ανικανότητα. Έτσι, προτάθηκε ότι μία όχι επείγουσα θεραπεία θα πρέπει να αρχίζει αμέσως μετά το πρώτο επίπεδο θεώρησης, το οποίο θα πρέπει να λαμβάνει χώρα μέσα σε μία κλινικά κατάλληλη περίοδο, δηλαδή, μέσα σε μία εβδομάδα από την στιγμή που ένας

ασθενής θα αμφισβητήσει ένα πόρισμα ανικανότητας².

Βεβαίως, από τη παραβολή των παραπάνω νομικών και στατιστικών δεδομένων στο θέμα της αναγκαστικής νοσηλείας στον Καναδά με τα αντίστοιχα στην Ελλάδα προκύπτει ότι πράγματι στον Καναδά γίνεται ευρεία χρήση ενδίκων μέσων από τον φερόμενο ως ψυχασθενή, σε αντίθεση με την Ελλάδα, όπου τα παρεχόμενα στον ψυχασθενή από τον ν. 2072/92 (άρθρο 97) ένδικα μέσα της εφέσεως και ανακοπής κατά της δικαστικής απόφασεως με την οποία διατάσσεται η αναγκαστική του νοσηλεία, φαίνονται να παραμένουν ακόμα κενό γράμμα, αφού τουλάχιστον στα δείγματα της έρευνας, τα οποία ωστόσο είναι αντιπροσωπευτικά, αφού αφορούν τα δύο μεγαλύτερα Πρωτοδικεία της χώρας, ουδέν ένδικο μέσα έχει ασκηθεί από αυτόν. Από την άλλη, ενώ στον Καναδά η άσκηση ενδίκου μέσου από τον ψυχασθενή αναστέλλει την έναρξη της θεραπείας του με οδυνηρές γι' αυτόν συνέπειες, στην Ελλάδα, δεν συμβαίνει αυτό, αφού ο καθ' ου η αίτηση αναγκαστικής νοσηλείας υποβάλλεται σε θεραπευτική αγωγή, αμέσως μετά τη γνωμάτευση των ψυχιάτρων. Αλλοίμονο δε εάν δεν συνέβαινε αυτό στην χώρα μας. Με τις τεράστιες καθυστερήσεις που σημειώνονται μέχρι την έκδοση των σχετικών δικαστικών αποφάσεων, η έξαρση των συμπτωμάτων των ψυχασθενών που δεν θα τελούσαν υπό θεραπευτική αγωγή, θα δημιουργούσε μείζον κοινωνικό θέμα, εξ αιτίας ακραίων πράξεων βίας κατά των ιδίων ή τρίτων στις οποίες αυτοί, με μεγάλη πιθανότητα θα εκτρέπονταν.

Σε αντιπαράθεση με τον παραπάνω δικαστικό περιορισμό μνημονεύουμε έναν άλλο διοικητικής όμως φύσεως περιορισμό των ψυχοπαθών που συνιστά προληπτικό μέτρο, δηλαδή τη προστατευτική φύλαξη που προβλέπεται από το άρθρο 119 του π.δ. 141/91, σύμφωνα με το οποίο η προστατευτική φύλαξη που διατάσσεται από τον αστυνομικό στη περίπτωση που πρόσωπα λόγω ψυχικής κατάστασης είναι επικίνδυνα στη δημόσια υγεία, ή εκθέτουν τον εαυτό τους σε κίνδυνο, δεν θεωρείται σύλληψη υπαγομένη στις διατάξεις του Κ.Π.Δ., αλλά προληπτικό διοικητικό μέτρο, οι δε ψυχοπαθείς δεν κλείνονται στο κρατητήριο, εκτός εάν δεν μπορούν να αποτραπούν με άλλο τρόπο οι κίνδυνοι που προκαλούν στον εαυτό τους ή στους άλλους. Και βέβαια, ο περιορισμός αυτός της προσωπικής ελευθερίας παρότι εμπίπτει στην εξαίρεση του άρθρου 5 παρ. 4 εδ. β, γ του Συντάγματος, προκαλεί πολλές ενστάσεις αφού αναγορεύει τον αστυνομικό σε δικαστή και σε ψυχίατρο, που καλείται να διαγνώσει όχι μόνον τη φύση και την επικινδυνότητα της ψυχικής πάθησης, αλλά και την ίαση αυτής, χωρίς να προβλέπει οποιοδήποτε δικαίωμα δικαστικής προστασίας και ακρόασης του ψυχασθενή ή χρονική διάρκεια φύλαξης, πλην της αόριστης αναφοράς «μέχρι την παράδοση στους οικείους του». Με τη θέση σε ισχύ του Ν. 2071/92, σκόπιο είναι, σε κάθε περίπτωση ψυχοπαθή που υπάγεται στον παραπάνω νόμο, να ενημερώνεται από τα αστυνομικά όργανα ο Εισαγγελέας Πρωτοδικών του τόπου κατοικίας ή διαμονής του φερομένου ως ψυχοπαθή για να ζητηθεί, εφόσον συντρέχουν οι σχετικοί όροι, η ακούσια νοσηλεία του άρθρου 96 Ν.2071/921.

2. ΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟΣ ΕΓΚΛΕΙΣΜΟΣ ΩΣ ΜΕΤΡΟ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Α) ΕΠΙ ΑΚΑΤΑΛΟΓΙΣΤΟΥ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΓΚΛΗΜΑΤΙΑ

Πρόκειται για τη φύλαξη σε δημόσιο θεραπευτικό κατά-

στημα που διατάχθηκε από το δικαστήριο ή το δικαστικό συμβούλιο (αν η απαλλαγή εκώρθη δια βουλεύματος) για τον κατηγορούμενο που απαλλάχθηκε μεν από την ποινή ή τη δίωξη για κακούργημα ή πλημμέλημα για το οποίο ο νόμος απειλεί ποινή ανώτερη από έξι μήνες, λόγω νοσηρής διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών του, κρίθηκε όμως επικίνδυνος για τη δημόσια ασφάλεια. Κατά την ελληνική θεωρία, επικινδυνότητα είναι η ψυχοβιολογική κατάσταση του ατόμου, που διαμορφώθηκε κάτω από την επίρρηση ενδογενών και εξωγενών παραγόντων και η οποία καθιστά πιθανή τη διάπραξη από το άτομο νέων εγκλημάτων στο μέλλον, ενώ κατά κρατούσα άποψη στην ελληνική νομολογία, ως επικίνδυνος για τη δημόσια ασφάλεια εγκληματίας χαρακτηρίζεται ο δράστης, όταν από τις περιστάσεις υπό τις οποίες τελέσθηκε το έγκλημα, τη βαρύτητά του, τη ποιότητα και την ένταση των κινήτρων και την εν γένει προσωπικότητά του πιθανολογείται η εκ μέρους του επανάληψη της εγκληματικής του δραστηριότητας στο μέλλον, τα δε αναμενόμενα ως τελεσθησόμενα εγκλήματα είναι τέτοιας βαρύτητας, ώστε η εξ αιτίας του διατάραξη της έννομης τάξης να θεωρείται σημαντική. Με τα παραπάνω δεδομένα, η επικινδυνότητα του εγκληματία στην ελληνική θεωρία και νομολογία έχει μεταβληθεί σε αόριστη και ρευστή νομική έννοια υποκειμένη στον έλεγχο του ακυρωτικού δικαστηρίου και της οποίας το περιεχόμενο εξαρτάται από την ερμηνεία που θα δοθεί στην αντίστοιχη ποινική διάταξη που την προβλέπει, χωρίς να υπάρχει σαφές και συγκεκριμένο θεμελιωτικό αντικειμενικό κριτήριο, με συνέπεια να προκαλούνται αντιθέσεις και κρίσεις διάφορες, αφού ο δικαστής δεν έχει πάντοτε την αυτή προσωπική και ατομική γνώμη³. Η κρίση του δικαστού περί υπάρξεως επικινδυνότητας επιβάλλεται να θεμελιώνεται όχι μόνον σε εσωτερικής φύσεως ιδιότητες, αλλά και σε εξωτερικά εκδηλωτικά φαινόμενα, συναγόμενα από το τελεσθέν έγκλημα από απόψεως φύσεως, μορφής, είδους, προκλήσεων, μέσων τελέσεως, ενεργείας προσχεδιασμένης ή τυχαίας. Επίσης πρέπει να ελέγχεται η ψυχική προσωπικότητα του δράστη, η οποία συμπεριλαμβάνει την εγκληματική διάθεση και ροπή. Βαρύτητα ασκούν και τα ωθήσαντα αίτια και ελατήρια. Παράλληλως κρίνεται αναγκαίο να ερευνάται συστηματικώς η βουλητική ικανότητα, η διανοητική δραστηριότητα, η αντιληπτική διεργασία, η δυνατότητα προσλήψεων συνεχών ή διακεκομμένων παραστάσεων, σε συνδυασμό προς τη γενική ψυχικότητα, η οποία μεταβάλλεται αναλόγως των εγγενών αιτίων ή των προσκαιρών, τα οποία μεταβάλλουν ολικώς ή μερικώς την συμπεριφορά του ατόμου. Η μεθοδολογία αυτή άγει στη διαπίστωση ότι ο εγκληματίας είναι επικίνδυνος στην δημόσια ασφάλεια, δηλαδή είναι δυνατόν να διατάραξει ουσιωδώς και σημαντικώς τις βιοτικές σχέσεις των ατόμων μιάς οργανωμένης κοινωνίας, η οποία απαιτεί ειρηνική συμβίωση, με στόχο την εξέλιξη και πρόοδο⁴.

Ειδικότερα, για την εφαρμογή του άρθρου 69 του Π.Κ., το αν το πρόσωπο είναι επικίνδυνο θα κριθεί όχι μόνον από το είδος της νοσηρής του κατάστασης, αλλά και από το σύνολο των συνθηκών διαβίωσής του. Η προηγούμενη τέλεση εγκλήματος αποτελεί τεκμήριο του επικινδύνου, ενώ θα πρέπει να αναμένεται η τέλεση στο μέλλον από αυτό σοβαρών πλημμελημάτων, όπως είναι τα απειλούμενα από τον νόμο με φυλάκιση τουλάχιστον 6 μηνών. Επομένως, εάν το δικαστήριο

πιθανολογήσει την υπό του δράστου διάπραξη στο μέλλον ελαφροτέρων πλημμελημάτων, όπως της εξυβρίσεως κλπ, δεν αρκούν αυτά για να διατάξει τη φύλαξη. Εξ άλλου, η επιβαλλόμενη φύλαξη πρέπει να εμφανίζεται in concreto ως το έσχατο μέσο προς πραγμάτωση του επιδιωκόμενου σκοπού. Αν λ.χ. οι γονείς του ακαταλόγιστου είναι φυσικά, κοινωνικά και οικονομικά σε θέση να παρεμποδίσουν την τέλεση από αυτόν εγκλήματος στο μέλλον, τότε κατάγνωση φυλάξεως είναι περιττή. Ως θεραπευτικό κατάστημα χρησιμοποιείται το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών (ΔΑΦΝΙ) και γενικά αποκλείεται κάθε άλλο ίδρυμα που δεν ανήκει στο Δημόσιο. Εξ άλλου, σύμφωνα με το άρθρο 70 του Κ.Π.Δ. για να εκτελεσθεί η διάταξη της απόφασης που αφορά τη φύλαξη φροντίζεται ο εισαγγελική αρχή. Η φύλαξη είναι αόριστη και συνεχίζεται όσο το επιβάλλει η δημόσια ασφάλεια δυναμένη να διαρκέσει και ισοβίως, ενώ κάθε τρία χρόνια το δικαστήριο των Πλημμελειοδικών στην περιφέρεια του οποίου εκτελείται η φύλαξη αποφασίζει αν αυτή πρέπει να εξακολουθήσει. Το ίδιο δικαστήριο μπορεί όμως οποτεδήποτε με αίτηση του εισαγγελέα ή της διεύθυνσης του καταστήματος να διατάξει την απόλυση εκείνου που φυλάσσεται, βασιζόμενο οπωσδήποτε σε έκθεση πραγματογνώμονα, εφόσον δεν κινδυνεύει πλέον η δημόσια ασφάλεια. Κατά συνέπεια, εάν παύσει ο υπό φύλαξιν τελών να είναι επικίνδυνος στη δημόσια ασφάλεια, έστω και μη αποθεραπευθεί από τη ψυχική νόσο, μπορεί ν' απολυθεί κατά το άρθρο 70 παρ. 3 του Π.Κ. Δεν είναι ορθό, επομένως, να διατάσσεται το μέτρο τούτο μέχρις αποθεραπείας του, διότι τότε λαμβανομένου υπόψη ότι οι περισσότερες ψυχικές νόσοι είναι ανίατες, θα κινδύνευε να παραμείνει έγκλειστος εσαεί, έστω και εάν έπαυσε να είναι επικίνδυνος στη δημόσια ασφάλεια⁵.

Β) ΕΠΙ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΓΚΛΗΜΑΤΙΑ ΜΕΙΩΜΕΝΟΥ ΚΑΤΑΛΟΓΙΣΜΟΥ

Πρόκειται για τον περιορισμό - φύλαξη σε ψυχιατρικά καταστήματα ή παραρτήματα των φυλακών του άρθρου 37 του Π.Κ. που διατάσσεται αντί στερητικής της ελευθερίας ποινής από το δικαστήριο για τον λόγω διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών ελαττωμένης ικανότητας προς καταλογοισμό κατηγορούμενο που τέλεσε κακούργημα ή πλημμέλημα για το οποίο ο νόμος απειλεί στερητική της ελευθερίας ποινή ανώτερη από έξι μήνες και εφόσον ο δράστης κρίθηκε επικίνδυνος στη δημόσια ασφάλεια. Η επικινδυνότητα, περί της οποίας έγινε ανάλυση παραπάνω, θεωρείται και στη περίπτωση αυτή ως το θεμελιώδες ουσιαστικό στοιχείο, το οποίο θα ληφθεί υπόψη και θα αξιολογηθεί προκειμένου να ληφθεί ως μέτρο εξασφαλιστικό η θέση του αδικοπραγίαντος σε ψυχιατρικό κατάστημα. Στη σχετική απόφαση καθορίζεται μόνον το ελάχιστο όριο διάρκειας του περιορισμού, το οποίο δεν μπορεί ποτέ να είναι κατώτερο από το μισό του ανώτατου κατά το άρθρο 36 παρ. 1 ορίου ποινής για την πράξη που τελέσθηκε. Έτσι, εάν τελέσθηκε κακούργημα που επισύρει για τον πλάττωμένης ικανότητας προς καταλογοισμό ισόβια κάθειρξη, επιβάλλεται κατά το άρθρο 83 πρόσκαιρη κάθειρξη τουλάχιστον δέκα ετών, οπότε το ελάχιστο όριο διάρκειας του περιορισμού είναι δέκα χρόνια. Στην ίδια απόφαση το δικαστήριο προσδιορίζει την ποινή φυλάκισης ή κάθειρξης που

πρέπει να εκτιθεί σε αντικατάσταση του περιορισμού, σε περίπτωση που αποφασισθεί μεταγενέστερα από το δικαστήριο του άρθρου 39 του Π.Κ. ότι η παραμονή του καταδίκου στο ψυχιατρικό κατάστημα ή παράρτημα της φυλακής δεν είναι αναγκαία, οπότε και από τη στερητική της ελευθερίας ποινή που είχε επιβληθεί αφαιρείται ο χρόνος που διανύθηκε στο ψυχιατρικό κατάστημα ή στο παράρτημα της φυλακής. Αφού συμπληρωθεί το ελάχιστο όριο διάρκειας του περιορισμού που όρισε η απόφαση κατά τα ως άνω, και κατόπιν κάθε δύο έτη, εξετάζεται από το δικαστήριο πλημμελειοδικών στην περιφέρεια του οποίου εκτίεται η ποινή είτε με αίτηση του κρατούμενου, είτε αυτεπαγγέλτως, αν αυτός μπορεί να απολυθεί, ύστερα από γνωμοδότηση ειδικών πραγματογνώμωνων, η οποία όμως δεν είναι δεσμευτική για το δικαστήριο. Η απόλυση χορηγείται, εφόσον κριθεί ότι ο κρατούμενος δεν εξακολουθεί να είναι επικίνδυνος και πάντοτε υπό όρο ώστε να αποτραπεί ο απολυθείς να τελέσει νέα εγκλήματα, μπορεί δε να ανακληθεί κατά τους όρους του άρθρου 107 του Π.Κ. και καθίσταται οριστική, αν μέσα σε πέντε έτη δεν ανακληθεί κατά τις διατάξεις του άρθρου 109 του Π.Κ. Τέλος, το ανώτατο όριο του περιορισμού, σύμφωνα και με τη παράγραφο 3 του άρθρου 39 του Π.Κ., είναι 15 έτη για τα κακούργηματα και 10 έτη για τα πλημμελήματα, σε αντίθεση με την φύλαξη του άρθρου 69 του Π.Κ., όπου δεν τίθεται, κατά τα ως άνω, ανώτατο όριο.

III. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΜΟΡΦΩΝ ΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟΥ ΕΓΚΛΕΙΣΜΟΥ ΤΟΥ Ν. 2071/1993 ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 38 ΤΟΥ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΚΩΔΙΚΑ

Η άμεση σύγκριση των δύο αυτών θεσμών, μπορεί να διευκολυνθεί με την διάκριση τριών σταδίων: του σταδίου της εισαγωγής στο ψυχιατρείο, του σταδίου της παραμονής - περιθάλψης και του τελικού σταδίου της απόλυσης. Όσον αφορά τις προϋποθέσεις εισαγωγής, οι διαφορές των δύο ρυθμίσεων δεν είναι σημαντικές: Βασικές προϋποθέσεις κατά τον Ν. 2071/1992 είναι η ψυχική διαταραχή και η επικινδυνότητα, ενώ κατά τον Ποινικό Κώδικα απαιτείται και η τέλεση άδικης πράξης. Στο στάδιο όμως έκτισης του εγκλεισμού οι μεταξύ τους διαφορές είναι σημαντικές: Ενώ κατά το άρθρο 98 του Ν. 2172/1992 οι συνθήκες ακούσιας νοσηλείας πρέπει να εξυπηρετούν τις ανάγκες της θεραπείας και τα αναγκαία περιοριστικά μέτρα δεν επιτρέπεται να αποκλείουν απαραίτητα θεραπευτικά εργαλεία, όπως οι άδειες, οι οργανωμένες εξοδοί και η διαμονή σε χώρους που εποπτεύονται έξω από τα κλειστά ιδρύματα, οι δε περιορισμοί στην ατομική ελευθερία του ψυχικά ασθενή προσδιορίζονται μόνον από τη κατάσταση της υγείας του και τις ανάγκες της νοσηλείας, στο πνεύμα της ποινικής νομοθεσίας υπεριχθεί η φυλακτική λογική, αφού μάλιστα στα άρθρα 69 και 70 του Π.Κ. αναφέρεται μία φορά η λέξη «θεραπεία» και επτά φορές η λέξη «φύλαξη». Στο ίδιο πνεύμα κινούμενη η Εισαγγελία αντιλαμβάνεται τη φύλαξη ως καθοριστικό στοιχείο και αξεπέραστο όριο της μεταχείρισης του ακαταλόγιστου, γι αυτό και η θέση της σε ερωτήματα-αιτήματα Ψυχιατρείων περί συμμετοχής των ακαταλόγιστων του άρθρου 69 Π.Κ. σε ορισμένες οργανωμένες εξόδους στα πλαίσια της θεραπευτικής διαδικασίας είναι αρνητική, θεωρώντας ότι στη περίπτωση αυτή, οποιαδήποτε,

έστω και πρόσκαιρη ή οργανωμένη ή εποπτευόμενη έξοδος των εν λόγω ψυχοπαθών από το ψυχιατρικό κατάστημα αποκλείεται εφόσον πρώτα δεν αποφασισθεί από το δικαστήριο η απόλυσή τους. Μολταυτά, στη πράξη οι γιατροί κλείνουν τα μάτια μπροστά σε μικρές και θεραπευτικά πολύ χρήσιμες εξόδους ασθενών, η δε Εισαγγελία δεν επεμβαίνει, εφόσον δεν της γνωστοποιείται επίσημα κάποιο πρόβλημα. Τέλος, κατά το στάδιο της εξόδου ή απόλυσης από το Ψυχιατρείο, οι διαφορές των δύο ρυθμίσεων είναι εξ ίσου μεγάλες. Ειδικότερα, ενώ ο Ν. 2071/1992 προβλέπει τους έξι μήνες ως ανώτατο όριο διάρκειας της νοσηλείας, με δυνατότητα παράτασης μόνον σε εξαιρετικές περιπτώσεις και με εξαιρετικές διαδικαστικές εγγυήσεις και γενικά άμεση διακοπή της νοσηλείας και πριν τους έξι μήνες σε περίπτωση αποθεραπείας, ο Ποινικός Κώδικας ορίζει στο άρθρο 70 ότι ο κρατούμενος ασθενής απολύεται, όταν πάψει να είναι επικίνδυνος για τη δημόσια ασφάλεια. Η ασάφεια του όρου επικινδυνότητα και η έλλειψη αναφοράς στην υγεία και τη θεραπεία, ως όρων κράτησης, έχουν τα εξής πρακτικά αποτελέσματα: οι «ακαταλόγιστοι» δράστες σοβαρών εγκλημάτων συχνότατα βλέπουν τις αιτήσεις απόλυσης να απορρίπτονται από το δικαστήριο και παραμένουν ισόβια στο Ψυχιατρείο, ενώ οι δράστες ελαφρών εγκλημάτων, συνήθως δεν απολύονται πριν από ένα έτος, διότι στη δικαιοσύνη επικρατεί η αντίληψη ότι το έτος είναι ο ελάχιστος χρόνος που απαιτείται για αποθεραπεία¹.

IV. ΠΟΙΝΙΚΗ ΜΕΤΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΚΑΤΑΛΟΓΙΣΤΟΥ Η ΜΕΙΩΜΕΝΟΥ ΚΑΤΑΛΟΓΙΣΜΟΥ ΕΓΚΛΗΜΑΤΙΑ

Καταρχήν, σύμφωνα με την αξιολογική περί καταλογισμού αντίληψη που επικρατεί, καταλογισμός είναι η μομφή που η έννομη τάξη προσάπτει προσωπικά στον δράστη για την υπό εξέταση εκάστοτε συμπεριφορά του. Η προσωπική αυτή μομφή κατά του δράστη είναι κρίση περί της απαξίας και αποδοκιμασίας της συμπεριφοράς του, ψόγος δηλαδή, διότι υποκειμενικά ενήργησε εσφαλμένα, ενώ μπορούσε να συμπεριφερθεί ορθά και διότι τάχθηκε υπέρ του αδικού, ενώ μπορούσε να αποφασίσει υπέρ του δικαίου⁶. Άλλως ειπείν, είναι η κρίση ότι η πράξη οφείλεται σε ανυπακοή του δράστη προς την περιεχόμενη στον οικείο απαγορευτικό ή επιτακτικό κανόνα δικαίου προσαγή (όταν δηλαδή η πράξη οφείλεται σε υπαιτιότητα - δόλο ή αμέλεια του ικανού προς καταλογισμό δράστη αυτής), χωρίς συγχρόνως να συντρέχει στη συγκεκριμένη περίπτωση κάποιος λόγος καθιστών συγγνωστόν τον δράστη επί τη βάση κάποιου άλλου κανόνος δικαίου.

Την έννοια του καταλογισμού απαρτίζουν 3 στοιχεία. Το βιολογικό στοιχείο της ικανότητας προς καταλογισμό, η υπαιτιότητα η οποία περιλαμβάνει τα ψυχολογικά στοιχεία τα προσδιορίζοντα την ψυχική αιτιότητα μεταξύ της βουλήσεως του δράστη και του αποτελέσματος (δόλος, αμέλεια), και το τρίτο δεοντολογικό στοιχείο του καταλογισμού (το ανθρωπίνως φρευκτό της υπαιτιότητας), το οποίον περιλαμβάνει τα απαραίτητα στοιχεία για την in concreto τελειωτική κρίση αποδοκιμασίας της ανωτέρω ψυχικής σχέσεως. Έτσι, στο Ποινικό Δίκαιο ο ακαταλόγιστος δράστης μπορεί να πράττει από δόλο, χωρίς να έχει ποινική ευθύνη, όπως και ο ικανός προς καταλογισμό δράστης μπορεί επίσης να πράττει από δόλο, χωρίς επίσης να καταλογίζεται in concreto η πράξη αυτού σε ψόγο του, χωρίς δηλ. να καθίσταται αυτός αντικείμενο αποδοκιμα-

σίας, όπως συμβαίνει να πράττει τελώντας σε συγγνωστή πλάνη περί το άδικο ή σε κατάσταση ανάγκης που αποκλείει τον καταλογισμό. Ο καταλογισμός συνιστά αναπόσπαστο στοιχείο του εγκλήματος κατ'άρθρο 14 του Π.Κ., η δε προς καταλογισμό ικανότητα που είναι η ψυχική κατάσταση του πνευματικά ώριμου και πνευματικά υγιούς ανθρώπου, που διατηρεί ψυχολογικά αδιατάρακτη τη συνείδησή του έξω κόσμου, προϋπόθεση για την υπόσταση της εγκληματικής πράξεως. Το δικαστήριο ή το συμβούλιο ερευνά αυτεπαγγέλτως εάν συντρέχει περίπτωση αίρυσια τον καταλογισμό ή επαγομένη μείωση της προς καταλογισμό ικανότητας, αλλά δεν είναι υπόχρεο να προβεί οίκοθεν στην αιτιολόγηση της μη συνδρομής τοιαύτης περιπτώσεως, όταν δεν προβάλλεται κάποια αμφισβήτηση. Αντίθετα, όταν αμφισβητείται η τοιαύτη ικανότητα, απαιτείται πλήρης αιτιολογία τόνον περί της υπάρξεως, όσον και της μη υπάρξεως λόγων αποκλεισμού αυτής. Περαιτέρω, για να γίνει δεκτός ο αποκλεισμός ή η σημαντική μείωση της προς καταλογισμό ικανότητας του δράστη, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 34 και 36 Π.Κ., είναι απαραίτητο να διαπιστώνονται τα ακόλουθα: 1) η ύπαρξη «βιολογικού αιτίου» αποκλεισμού ή σημαντικής ελάττωσης της ικανότητας προς καταλογισμό του δράστη. Τέτοια «βιολογικά αίτια», όπως έχει καθιερωθεί να καλούνται, είναι κατά τη διατύπωση του νόμου «οι νοσηρές διαταράξεις των πνευματικών λειτουργιών». 2) η ύπαρξη «ψυχολογικού αιτίου» άρσεως ή σημαντικής ελάττωσης της ικανότητας του δράστη προς καταλογισμό, δηλαδή, κατά την διατύπωση του άρθρου 34 του Π.Κ. η στέρση του δράστη της ικανότητας να αντιληφθεί το άδικο της πράξης του ή να ενεργήσει σύμφωνα με την αντίληψή του για το άδικο αυτό, ή σημαντική μείωση, κατά το άρθρο 36 του Π.Κ. της ικανότητας αυτής και 3) τα ψυχολογικά αίτια αποκλεισμού της ικανότητας προς καταλογισμό πρέπει να αποτελούν επακόλουθο των βιολογικών αιτίων και όχι τα πρώτα να είναι άσχετα προς τα δεύτερα, πρέπει δηλαδή να υπάρχει μεταξύ τους σχέση αιτίου και αποτελέσματος, ενώ τέλος τα βιολογικά και ψυχολογικά αίτια αποκλεισμού της ικανότητας προς καταλογισμό να υφίστανται κατά τον χρόνο τελείσεως του εγκλήματος. Δηλαδή ο νομοθέτης χρησιμοποιεί μικτή ή άλλως βιολογική - ψυχολογική μέθοδο προς διατύπωση των αποκλειόντων ή μειούντων την ικανότητα προς καταλογισμό λόγων, καθορίζοντας αρχικά τα βιολογικά αίτια τα οποία θεωρεί ως δυνάμενα να αποκλείσουν ή να μειώσουν την ικανότητα για καταλογισμό και αξιολογώντας αυτά ως αποκλείοντα ή μειούντα αυτήν, όταν προκαλούν στον δράστη ορισμένο ψυχολογικό επακόλουθο. Η διαπίστωση των διαταραχών κατά τον χρόνο διενέργειας σχετικών εξετάσεων ή τυχόν πραγματογνωμοσύνης δεν παρέχει βάση παραδοχής αποκλεισμού ή μείωσης της προς καταλογισμό ικανότητας του δράστη. Τα ελληνικά δικαστήρια αταλάντευτα δέχονται:

A) ότι με τον όρο «νοσηρά διατάραξη των πνευματικών λειτουργιών» εννοείται η διατάραξη που προκαλούν όλες οι μορφές παραφροσύνης, ή φρενοβλάβειας ή ολιγοφρένειας (ψυχώσεις, νευρώσεις, ψυχοπάθειες), ενώ στην έννοια της διατάραξης της συνείδησης συγκαταλέγονται όλες οι ψυχικές διαταραχές που δεν πηγάζουν από παθολογικά αίτια του εγκεφάλου, αλλά εμφανίζονται σε κατ'αρχήν υγιή άτομα και είναι εξ'ορισμού παροδικές. Οι ψυχώσεις

διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: I) τις οργανικές ή εξωγενείς ψυχώσεις που αποδεδειγμένα έχουν ως αιτία τους οργανικές βλάβες του εγκεφάλου όπως είναι π.χ. ψυχικές ανωμαλίες που οφείλονται σε όγκο ή τραύματα στον εγκέφαλο, σε νευροσύφιλη, σε αρτηριοσκληρυνση, σε επιληψία και II) τις λειτουργικές ή ενδογενείς ψυχώσεις, δηλαδή τις ψυχώσεις εκείνες που η σωματική τους αιτία δεν είναι μεν ειδικά εντοπισμένη και επομένως πλήρως αποδεδειγμένη, αλλά που η ύπαρξή της συνάγεται με βεβαιότητα. Την κατηγορία αυτή των ψυχώσεων αποτελούν οι δύο πιο γνωστές στο κοινό μορφές ψυχικής αρρώστειας η σχιζοφρένεια και η μανιοκαταθλιπτική ψύχωση⁷. Στο σημείο αυτό κι επειδή το ενδιαφέρον επικεντρώθηκε στη ποινική μεταχείριση του ψυχοπαθή εγκληματία, πρέπει να παρατηρηθεί ότι όπως έχει ήδη κριθεί από τα ελληνικά δικαστήρια, με την συνδρομή και των λοιπών όρων του άρθρου 34 Π.Κ., συνεπάγονται το μεν ακαταλόγιστο του άρθρου αυτού, μεταξύ άλλων, η σχιζοφρένεια, η παράνοια, η μανιοκαταθλιπτική ψύχωση και εν γένει οι κυκλοθυμικές ψυχώσεις, η γερωνική ψύχωση με εκπτώσεις της προσωπικότητας και οργανικές εκδηλώσεις, καθώς και με μειώσεις των ηθικών και φυλετικών συναισθημάτων, την δε ελαττωμένη ικανότητα για καταλογισμό του άρθρου 36 του Π.Κ., όλες οι ήπιες μορφές των ενδογενών και οργανικών ψυχώσεων καθώς και των ψυχικών διαταραχών που δεν πηγάζουν από παθολογικά αίτια, όπως κατά τον Άρειο Πάγο, ειδικότερα, η παρανοϊκή συνδρομή με καταδιωκτικό παραλήρημα και ακουστικές παραισθήσεις, ή η περίπτωση του ψυχοπαθητικού ατόμου με ανώμαλες αντιδραστικές ψυχικές εκδηλώσεις. Αντίθετα, τα δικαστήρια δέχθηκαν ότι α) η εκδήλωση άγχους ακαθόριστου περιεχομένου, όταν δεν συνάπτεται με ορισμένη και σαφώς προσδιορισμένη ψυχική αρρώστεια, δεν αποκλείει κατ'ανάγκη τον καταλογισμό, αλλ'ούτε και κατ'ανάγκη συνεπάγεται μείωση της ικανότητας γι αυτόν. Το ίδιο ισχύει και για την αγχώδη νεύρωση, β) ότι μόνον το γεγονός ότι ο δράστης παρουσιάζεται από τους ψυχιάτρους ως «άτομο κλεισμένο στο νοσηρό του κόσμο», ως μη συναλλασσόμενο φυσιολογικά, αλλά «συμπεριφερόμενο σχεδόν αντανάκλαστικά», δηλαδή «χωρίς τη παρεμβολή ανασταλτικών δυνάμεων» και «ως στερούμενο ενοχής και μεταμελείας», δηλαδή συναισθημάτων που θα προέκυπταν φυσιολογικά από άτομο στο οποίο η ηθική συνείδηση θα λειτουργούσε, δεν είναι ικανό να οδηγήσει το δικαστήριο σε κρίση περί ακαταλόγιστου, όταν μάλιστα η μεν έκθεση των ψυχιάτρων συντάχθηκε μετά από απλή ιατρική επίσκεψη, οι δε μάρτυρες τον παρουσιάζουν ως φυσιολογικά συμπεριφερόμενο άτομο, γ) ότι οι ηπιότερες μορφές σχιζοφρένειας (όπως είναι η μικρόνοια) και πολλές ψυχικές ανωμαλίες, κατά κανόνα, δεν επηρεάζουν τον καταλογισμό και μόνον κατ'εξαιρεση συνεπάγονται ελάττωση της ικανότητας για καταλογισμό.

B) ότι η διανοητική υγεία του κατηγορούμενου είναι ζήτημα πραγματικό, που ερευνάται κατά τρόπο εμπειρικό από τον δικαστή (με την άμεση δηλαδή παρατήρηση ή και την αξιολόγηση των μαρτυρικών καταθέσεων) και εκτιμάται κυριαρχικά από αυτόν. Επομένως, αν είναι φανερό η παραφροσύνη, ή αντίθετα, η ψυχική υγεία του κατηγορούμενου, τα δικαστήρια θεωρούν περιττή οποιαδήποτε ιατρική εξέταση και μόνον σε περίπτωση αμφιβολίας για τη διανοητική

κατάσταση του κατηγορούμενου ή όταν υπάρχουν υπόνοιες ότι η εκδηλωμένη διατάραξη των πνευματικών του ιδιοτήτων είναι υποκριτική, διατάσσουν –κατά τη κρίση τους πάντοτε– ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη. Όταν όμως απορρίπτουν αίτημα για τη διενέργεια τέτοιας πραγματογνωμοσύνης, πρέπει να αιτιολογούν πάντοτε και ειδικά την κρίση τους αυτή⁸. Εν τέλει, σε περίπτωση που διαταχθεί ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη, προκειμένου να αχθεί σε ασφαλή συμπεράσματα διατάσσεται η εισαγωγή του κατηγορούμενου σε δημόσιο ψυχιατρείο για παρακολούθηση υπό τους όρους του άρθρου 200 του Κ.Π.Δ., ήτοι εφόσον η ανάγκη προέκυψε στο ακροατήριο με ανέκκλητη απόφαση του δικαστηρίου, το οποίο συγχρόνως αναβάλλει τη συζήτηση μέχρι το τέλος της ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης, ενώ εάν προέκυψε στη κυρία ανάκριση, με διάταξη του ανακριτή κατά της οποίας ο κατηγορούμενος έχει δικαίωμα προσφυγής και ύστερα από σύμφωνη γνώμη του εισαγγελέα, σύμφωνη γνώμη των πραγματογνωμόνων, η οποία στη πράξη δεν ζητείται και μετά από ακρόαση του έστω και αυτεπαγγέλτως διοριζομένου δικηγόρου. Λόγω της βαρύτητας του μέτρου αυτού, το οποίο στερεί από τον κατηγορούμενο την προσωπική του ελευθερία, ιδιαίτερα όταν αυτός δεν τελεί σε προσωρινή κράτηση, γίνεται δεκτό από τους θεωρητικούς, με βάση τις αρχές της αναγκαιότητας και της αναγκαίας αναλογίας που διέπουν το στάδιο της ανάκρισης, ότι μπορεί αυτό να διαταχθεί μόνον εφόσον υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ενοχής σε βάρος του κατηγορούμενου και για σοβαρές μόνον υποθέσει. Σε κάθε περίπτωση, η διάρκεια της παραμονής στο ψυχιατρείο για τον παραπάνω σκοπό δεν μπορεί να υπερβεί τους έξι μήνες, ο χρόνος δε του εγκλεισμού αφαιρείται από τη ποινή που επιβλήθηκε σε περίπτωση καταδίκης, αναστέλλει όμως τη προσωρινή κράτηση. Εδώ επισημαίνουμε, ότι η απερίσκεπτη απόρριψη του αιτήματος για διενέργεια πραγματογνωμοσύνης από τον ανακριτή, οδηγεί συχνά στην επιστράτευση στο ακροατήριο ψυχιάτρων ως μαρτύρων, γεγονός που στερεί την αξιοπιστία τους, διότι ως μάρτυρες κυρίως μεριμνούν για τα συμφέροντα εκείνου που τους επιστράτευσε, οι επιστημονικές παρατηρήσεις τους στηρίζονται σε συμπεράσματα μιάς πρόχειρης και γρήγορης παρακολούθησης, επί πλέον δε στερείται και ο διάδικος την δυνατότητα να ζητήσει την εξαίρεσή τους, όπως θα μπορούσε αν είχαν την ιδιότητα του πραγματογνώμονα. Τώρα, όσον αφορά το έργο του ψυχιάτρου πραγματογνώμονα στη προκειμένη περίπτωση, επικεντρώνεται, ως γνωστόν, στο να διερευνήσει τη ψυχική κατάσταση του δράστη κατά τον χρόνο της εξέτασής του και στηριζόμενος στα ψυχιατρικά αυτά ευρήματα, λαμβάνοντας υπόψη τόσο τον χρόνο που διέρρευσε μεταξύ της τέλεσης της πράξης και της εξέτασης, όσο και το είδος της ψυχικής του πάθησης, να εξάγει συμπεράσματα για την ψυχοπαθολογική κατάστασή του κατά τον χρόνο τέλεσης της αξιόποινης πράξης. Πιο συγκεκριμένα, ο πραγματογνώμονας θα προσπαθήσει καταρχήν να διακρίνει από το σύνολο των συμπτωμάτων τα κυριότερα και να τα συνθέσει καθορίζοντας έτσι το συγκεκριμένο ψυχοσύνδρομο. Στη συνέχεια, θα πρέπει να διακρίνει ανάμεσα στις παθήσεις, όπου συναντάται το σύνδρομο αυτό και κάνοντας διαφορική διάγνωση, να καθορίσει τη ταυτότητα της πάθησης και να την

αξιολογήσει ιδιαίτερα στη σχέση της με το σύνολο της προσωπικότητας του δράστη και τις ενδεχόμενες επιδράσεις που η παθογόνος κατάσταση ασκεί στην προσωπικότητα του εξεταζόμενου, καθώς και να διαμορφώσει μία εικόνα για τη δυναμική σχέση ανάμεσα σε πάθηση και προσωπικότητα ενόψει της συγκεκριμένης αξιόποινης πράξης.

Έτσι, καλείται τέλος, να αποφανθεί αν κατά τον χρόνο τέλεσης, η υφιστάμενη ψυχική κατάσταση του δράστη του επέτρεπε να αντιληφθεί τον άδικο χαρακτήρα της πράξης του και να ενεργήσει σύμφωνα με την αντίληψη αυτή, παρέχοντας με τον τρόπο αυτό συνδρομή στο δικαστήριο, το οποίο πρέπει να αποφασίσει για την ανικανότητα (άρθρο 34 Π.Κ.), ή την ελαττωμένη ικανότητα καταλογισμού (άρθρο 36 Π.Κ.) του δράστη, αλλά και για τον βαθμό επικινδυνότητάς του για τη δημόσια ασφάλεια προκειμένου να μορφώσει άποψη για την επιβολή μέτρων ασφαλείας των άρθρων 38 και 69 Π.Κ. Το Δικαστήριο ή το Δικαστικό Συμβούλιο εκτιμά καταρχήν ελεύθερα την έκθεση πραγματογνωμοσύνης σύμφωνα με την εκ του άρθρου 177 Κ.Π.Δ. αρχή της ηθικής αποδείξεως, σε συσχετισμό προς το σύνολο των λοιπών αποδεικτικών μέσων, η κρίση του όμως δεν μπορεί να αποστεί από τα πορίσματα αυτής, παρά μόνον όταν υπάρχουν ουσιώδη ποινικώς αξιολογήσιμα αντίθετα στοιχεία, που -συνεκτιμώμενα- είτε αναιρούν την επιστημονική ορθότητα και πληρότητα της πραγματογνωμοσύνης, είτε εισφέρουν εύλογη αιτία αμφισβήτησης της αντικειμενικότητάς της. Έτσι, ο δικαστής δεν επιτρέπεται να αποδέχεται άκριτα, ούτε να απορρίπτει ανατιολόγητα την έκθεση πραγματογνωμοσύνης που είναι μάλιστα ομόφωνη, άλλως η απόφασή του αναιρείται κατ'άρθρο 510 παρ. 1 στοιχ. θ του Κ.Π.Δ. για υπέρβαση εξουσίας⁸. Εδώ, επισημαίνουμε ότι στη πράξη πολύ συχνά το δικαστήριο δεν αποδέχεται τα πορίσματα και τις γνωματεύσεις των ψυχιάτρων-πραγματογνωμόνων, είτε διότι αυτές διαφέρουν από εκείνες των τεχνικών συμβούλων, είτε λόγω της υπερβολικής πολλές φορές τάσης των ψυχιάτρων να συναινούν στην ανικανότητα ή την ελαττωμένη ικανότητα για καταλογισμό, είτε διότι με τη τοποθέτησή τους σχετικά με την εφαρμογή ή μη εφαρμογή των άρθρων 34 και 36 Π.Κ. πάνω στο συγκεκριμένο δράστη, θεωρούνται ότι από κάποιους δικαστικούς λειτουργούς ότι αναμειγνύονται στο έργο τους. Το τελευταίο μάλιστα έρεισμα είναι κατά την άποψή μας έωλο, δεδομένου ότι η αξιολόγηση του νομικού ερωτήματος της ικανότητας του κατηγορούμενου για καταλογισμό κατά την έννοια των άρθρων 34 και 36 Π.Κ., από τον ψυχίατρο -πραγματογνώμονα, έστω και καθ' υπέρβαση της αρμοδιότητάς του, μπορεί να είναι απόλυτα χρήσιμη, αφού, λόγω μιάς εκτεταμένης δικαστηριακής εμπειρίας, είναι σε θέση να επισημάνει στο δικαστή κάτω από ποιές προϋποθέσεις άλλα δικαστήρια σε συγκρίσιμες περιπτώσεις έχουν αποφασίσει προς αυτή ή την άλλη κατεύθυνση, ενώ εξ άλλου, η τοποθέτηση αυτή δεν απαλλάσσει το δικαστήριο από το βαρύ έργο να επιχειρήσει να σχηματίσει αυτοτελώς τη δική του κρίση και πεποίθηση αιτιολογώντας φυσικά την απόρριψη της γνώμης του πραγματογνώμονα, ή υιοθετώντας τη νομική του αντίληψη μετά από δικαστική βάση και έρευνα.

Περαιτέρω, όσον αφορά ειδικότερα τη ποινική μεταχείριση του ψυχοπαθή εγκληματία, σε περίπτωση που αποδεικνύεται ότι αυτός κατά τον χρόνο τέλεσης της πράξης που του αποδίδεται λόγω νοσηρής διατάραξης των πνευματικών του λειτουργιών δεν είχε την ικανότητα να αντιληφθεί το άδικο της

πράξης του ή να ενεργήσει σύμφωνα με την αντίληψή του για το άδικο αυτό και επομένως ότι δεν είχε ικανότητα για καταλογισμό, τα δικαστήρια άγονται σε απαλλακτική απόφαση. Η πάγια αυτή θέση επικρίνεται από την πανεπιστημιακή διδασκαλία, που τονίζει ότι ο κατηγορούμενος πρέπει να αθωώνεται και όταν υπάρχει βάσιμη αμφιβολία για την ικανότητά του για καταλογισμό, σύμφωνα με την αρχή in dubio pro reo. Από την άλλη πλευρά, τα δικαστήρια δέχονται μέτρια σύγχυση του δράστη (άρθρο 36 Π.Κ.) σαν διέξοδο (μέτρα λύση) από την αμηχανία τους εάν ο δράστης είναι ακαταλόγιστος ή όχι⁹, χωρίς αυτό να είναι ορθό, αφού η εφαρμογή του άρθρου 36 Π.Κ. προϋποθέτει καταρχήν ικανό δράστη, του οποίου, ωστόσο, η ικανότητα για σύννομη συμπεριφορά είναι ουσιωδώς μειωμένη εξ αιτίας του βιολογικού λόγου. Εξ άλλου, η παραπάνω αρχή ισχύει και στην περίπτωση της ελαττωμένης ικανότητας για καταλογισμό και μάλιστα προς αμφότερες τις κατευθύνσεις: Εφόσον δημιουργηθούν θεμελιώδεις αμφιβολίες για το εάν ο δράστης ήταν κατά το χρόνο της πράξεως πλήρως ικανός ή περιορισμένα ικανός για καταλογισμό, τότε θα πρέπει να γίνει δεκτή η ελαττωμένη ικανότητα για καταλογισμό, ενώ εάν οι αμφιβολίες αναφέρονται στο εάν υπάρχει περιορισμένη ικανότητα ή ανικανότητα για καταλογισμό, τότε θα πρέπει να εφαρμοσθεί το άρθρο 34 Π.Κ. και να απαλλαγεί¹⁰. Τελικά, εφόσον γίνει δεκτή η ελαττωμένη ικανότητα του δράστη για καταλογισμό, σύμφωνα με τα παραπάνω, το δικαστήριο επιβάλλει σ' αυτόν ποινή μειωμένη, κατά την επιμέτρηση του άρθρου 83 του Π.Κ. (ήτοι, αντί της ποινής της ισόβιας κάθειρξης, πρόσκαιρη κάθειρξη δέκα έως είκοσι ετών, αντί της ποινής της κάθειρξης άνω των δέκα ετών, δύο έως δώδεκα χρόνια, αντί της ποινής της κάθειρξης έως δέκα ετών, ένα έως έξι χρόνια, και σε κάθε άλλη περίπτωση ο δικαστής μειώνει ελεύθερα τη ποινή έως το όριο του είδους αυτής, ενώ σε περίπτωση που ο νόμος προβλέπει αθροιστικά ποινή στερητική της ελευθερίας και ποινή χρηματική, μπορεί να επιβληθεί και μόνον αυτή η τελευταία). Μέσα στο ηπιότερο πλαίσιο ποινής του άρθρου αυτού οφείλει να προσδιορίσει το συγκεκριμένο μέγεθος της ποινής με βάση τις γενικές αρχές επιμέτρησης του άρθρου 79 Π.Κ. Η ποινή τελικά που επιβάλλεται στον μειωμένης ικανότητας ψυχοπαθή δράστη εκτελείται σε ιδιαίτερα ψυχιατρικά καταστήματα ή παραρτήματα των φυλακών κατ'άρθρο 37 του Π.Κ. προς αποφυγήν αφενός του ενδεχόμενου ατόπου η παραμονή του καταδίκου στις φυλακές να επιδεινώσει τη ψυχική του διαταραχή, αφετέρου των από σωφρονιστικής απόψεως εμφανιζόμενων δυσχερειών όταν στην ίδια φυλακή με υγιείς εγκληματίες κρατούνται ψυχοπαθείς. Εάν η ανάγκη ειδικής μεταχείρισης του εν λόγω άρθρου προκύψει στο στάδιο εκτέλεσης της ποινής, τότε αρμόδια για την εφαρμογή του άρθρου είναι η σωφρονιστική υπηρεσία⁷. Περαιτέρω, όσον αφορά τη μεταχείριση του ακαταλόγιστου ή μειωμένης ικανότητας για καταλογισμό επικίνδυνου εγκληματία έχει γίνει ήδη λόγος παραπάνω.

V. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Κλείνοντας, γνωρίζω ότι δεν κομίζω γλαύκα, επισημαίνοντας την ανάγκη επιμόρφωσης των κλινικών ψυχιάτρων, αλλά και των δικαστών στη Δικαστική Ψυχιατρική και Ψυχολογία για έναν εποικοδομητικότερο μεταξύ τους διάλογο εκεί όπου τα αντικείμενά τους συναντώνται. Μέχρι την ίδρυση, ωστόσο, Ινστιτούτου Δικαστικής Ψυχιατρικής και Ψυχολογίας για τον

σκοπό αυτό, αλλά και ειδικής Ψυχιατροδικαστικής Κρατικής Υπηρεσίας τη διενέργεια, μεταξύ άλλων, αυξημένου κύρους ψυχιατρικής κατ'άρθρο 200 του Κ.Π.Δ. πραγματογνωμοσύνης, παραμένει επιτακτική η ανάγκη επιστημονικής τεκμηρίωσης και πληρότητας αιτιολογίας της σχετικής έκθεσης, στοιχείων που θα συμβάλλουν αποφασιστικά στην επιτάχυνση της παραπάνω διαδικασίας με την αποφυγή των αναβολών για

διεξαγωγή νέας πραγματογνωμοσύνης, αλλά και περαιτέρω στη διαμόρφωση ορθής δικαστικής κρίσης και στην έκδοση αιτιολογημένης, σύμφωνα και με την Ε.Σ.Δ.Α. δικαστικής απόφασης για την επιβολή ενός τσοτού επαχθούς για την ανθρώπινη ελευθερία και αξιοπρέπεια μέτρου, όπως αυτό του εγκλεισμού ψυχοπαθή, το οποίο ήδη αναπτύχθηκε.

LEGAL – JUDICIAL RESTRAINTS BUT ALSO THE POSIBILITIES OF CONFRONTATION OF CRIMINALITY OF PSYCHIATRIC PATIENTS

Chistouli V.

The need for a major reformation of the legislation on compulsory admission, in Greece was enforced by the promotion of programs provided in the EEC regulation 815/1984 for “vocational training and social rehabilitation of persons suffering from mental disorders” and the results of these efforts were embodied in the General Health Law 2071/92 entitled “Modernization and Organization of the Health System”, articles 94-100, and in the Law 2716/1999 entitled “Development and Modernization of Mental Health Services”.

In the present review we are presenting the legislation with regard to the involuntary admission in Greece. We also compare this legislation to the one affecting the mentally disordered offenders who are hospitalized for reasons of security.

Finally it is presented a study that concerns the effectiveness of this legislation at her application, in the practice, in the regions of the two biggest towns in Greece Athens and Thessaloniki. (*Hellenic J Gen Hosp Psychiatry 2004; 2(1):19-27.*)

Keywords: involuntary admission, legislation, mentally ill persons.

Βιβλιογραφία

1. Παρασκευόπουλος Ν, Κοσμάτος Κ. «Ο αναγκαστικός εγκλεισμός του ψυχικά ασθενή σε Ψυχιατρείο». σελ. 33-62, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα Κομοτηνή 1997.
2. Richard L O' Reilly, Michelle Kelly, Sandra Dunbar, John E Gray. Discourse of the law in psychiatric illness: “ To be or not to be” Presented in “Adjudicating Mental Illness. Dilemmas in the Courtroom and in practice.” Ontario Canada, July 5, 2002.
3. Αλεξιάδης Στέργιος. «Η επικινδυνότητα του εγκληματία ένα στοιχείο πλαστό», Μνήμη Χωραφά Ν, Γάφου Η, Γαρδίκια Κ. ΙΙ, σελ. 136-139, Εκδόσεις Αντώνη Σάκκουλα, Αθήνα 1996.
4. Α.Π. 98/94, Π.Χρ. ΜΔ 601.
5. Κονταξής Κ Αθανάσιος. Ποινικός Κώδικας, Τόμος Α', ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ, σελ. 549, 550, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα 1987.
6. Πεντ. Ναυτ. Πειρ. 427/99, Ποιν. Δικ, 2001, 603.
7. Κονταξής Κ Αθανάσιος. Ποινικός Κώδικας, Τόμος Α', άρθρα 1- 234, υπό το άρθρο 34 του Π.Κ., σελ. 746-791, Έκδοση Γ', Αθήνα 2000.
8. Κοτσαλής Γ. Λεωνίδας «Η κατ'άρθρο 200 Κ.Π.Δ. ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη», ΜΝΗΜΗ ΙΙ Ι. Δασκαλόπουλου, Κ. Σταμάτη, Χρ. Μπάκα Β, Μελέτες Ποινικής Δικονομίας, σελ. 569-582, Εκδόσεις Αντ. Σάκκουλα, Αθήνα 1996.
9. Σταθόπουλος Χ Κωνσταντίνος. «Η διατάραξη των πνευματικών λειτουργιών ή της συνειδήσεως και η ελαττωμένη ικανότητα για καταλογισμό από τη σκοπιά της δικαστηριακής πρακτικής», ΠΧρ. ΛΓ 668-672.
10. Κοτσαλής Γ Λεωνίδας. «Ζητήματα της ελαττωμένης ικανότητας για καταλογισμό», ΠΧρ. ΛΓ/ 677.

Αθήνα 2004

Χριστούλη Βασιλική
Εισαγγελία Πρωτοδικών Πατρών
Δικαστικό Μέγαρο
Γούναρη 30, τ.κ. 26222