

Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα σχετικά με την αναγκαστική ψυχιατρική νοσηλεία

Στέλιος Στυλιανίδης,¹ Λίλη Πέππου,² Νεκτάριος Δρακωνάκης³

¹Καθηγητής Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Πάντειο Πανεπιστήμιο

²Ψυχολόγος-Ερευνήτρια, ΕΠΑΨΥ

³Ψυχίατρος, Επιμελητής Β΄ ΕΣΥ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η άσκηση της Ψυχιατρικής μέσα από την τεκμηρίωση και τη διαρκή ανανέωση της επιστημονικής γνώσης πρέπει να συναρθρώνεται με την εφαρμογή των ηθικών αρχών και των αρχών ιατρικής δεοντολογίας στην κλινική πρακτική. Η σημασία της συστηματικής μελέτης της αναγκαστικής νοσηλείας σε όλες τις πτυχές της (εννοιολογική, κλινική, νομική, ηθική, ερευνητική, βιοματική-αφηγηματική από την πλευρά των ασθενών) φαίνεται να έχει υποβαθμιστεί από τη Διεθνή Επιστημονική Ψυχιατρική Κοινότητα, σε αντίθεση με τη θεμελιακή θέση που καταλαμβάνει στην προβληματική της φιλοσοφίας, της κριτικής κοινωνιολογίας, της βιοηθικής, των πολιτικών κινήματων χειραφέτησης του σύγχρονου ανθρώπου και των νέων συλλογικοτήτων των ληπτών και των οικογενειών στον χώρο της ψυχικής υγείας.

Υπάρχει ένα χάσμα ανάμεσα στο ισχύον ηθικό-δεοντολογικό πλαίσιο, την ανάγκη για επαρκή και τεκμηριωμένη θεραπεία και την καθημερινή ψυχιατρική πρακτική. Αυτή η δυσαρμονία θεωρίας/πράξης έχει τις εξής ορατές συνέπειες:

- α. Η χρήση του μέτρου της αναγκαστικής νοσηλείας είναι πολύ συχνότερη του επιθυμητού, αν και διαφέρει από χώρα σε χώρα (κυμαίνεται από 3% στην Πορτογαλία ως 55% στην Ελλάδα). Ο αριθμός των αναγκαστικών θεραπειών σχετίζεται με την πολιτική ψυχικής υγείας και τους στόχους που αυτή θέτει σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο, σε συνάφεια με τις θεσμικές, οργανωτικές, ιστορικές και πολιτισμικές συνθήκες της κάθε χώρας
- β. Η αναγκαστική θεραπεία δεν λαμβάνει πλέον χώρα μόνο σε ψυχιατρικά νοσοκομεία ή σε Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων, αλλά και σε άλλο θεσμικό πλαίσιο όπως στα Κέντρα Κρίσης, στα Πολυδύναμα ΚΨΥ ή και στην οικία των ασθενών με συγκεκριμένες δικαστικές προϋποθέσεις και αμφιλεγόμενα αποτελέσματα ως προς την έκβαση αυτού του μέτρου
- γ. Η δυσκολία εφαρμογής της ισχύουσας νομοθεσίας στις διάφορες χώρες αποτελεί ένα συγκρουσιακό πεδίο μεταξύ ψυχιατρικής κοινότητας, δικαστικού σώματος, ανεξάρτητων σωμάτων συνηγορίας και οργανώσεων ληπτών και οικογενειών στον χώρο της ψυχικής υγείας
- δ. Υπάρχει έλλειμμα επιστημονικά έγκυρων ερευνητικών δεδομένων σχετικά με τους δείκτες έκβασης του μέτρου της αναγκαστικής νοσηλείας και της παραβίασεως βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ασθενών
- ε. Η ανάγκη ουσιαστικής έρευνας και διεύρυνσης τεκμηριωμένων καλών πρακτικών και καινοτομιών, προκειμένου να μειωθεί δραστικά η προσφυγή στο μέτρο της αναγκαστικής νοσηλείας-θεραπείας
- στ. Η έμφαση που πρέπει να δοθεί στο επείγον και κατ' εξαίρεση μέτρο προσφυγής στην αναγκαστική νοσηλεία, ώστε να περιορίζεται η σύνδεση μεταξύ στιγματισμού, αυτο-στιγματισμού και θεραπευτικού μέτρου με προσωρινό χαρακτήρα
- ζ. Η επείγουσα ανάγκη ενδυνάμωσης ενός ουσιαστικού διαλόγου μεταξύ Υπουργείων Υγείας και Δικαιοσύνης, Ψυχιατρικής Κοινότητας, Δικαστικού Σώματος και Οργανώσεων ληπτών και οικογενειών στον χώρο της Ψυχικής Υγείας.

Ο νέος ηθικο-πρακτικός προβληματισμός γεννήθηκε στη βάση ενός αιτήματος να αντιμετωπισθούν πολλές προκλήσεις: η αντίθεση μεταξύ κοινωνικού ελέγχου και θεραπείας, η αναγνώριση των ορίων της κλασικής δεοντολογικής αυτορρύθμισης στην Ψυχιατρική και στην Ιατρική, η διερώτηση του επικρατούντος ιατρικού/ψυχιατρικού πατερναλισμού που ασκείται σε βάρος της αυτονομίας και ελευθερίας των ψυχικά ασθενών, η ενεργός συμμετοχή των κινημάτων των οικογενειών και των ληπτών στη διεκδίκηση μιας καλύτερης ποιότητας ψυχιατρικής φροντίδας, και η έμφαση στη συνηγορία καθώς και η βούλησή τους για ουσιαστική συμμετοχή στον σχεδιασμό και τη διαχείριση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Στο πλαίσιο αυτού του κεφαλαίου, μέσα από την παρουσίαση της ευρωπαϊκής και ελληνικής πραγματικότητας, και λαμβάνοντας υπόψη πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα, τίθεται ως στόχος η ανάδειξη ενός προβληματισμού σχετικού με τα θεμελιακά ηθικά ζητήματα στον χώρο της αναγκαστικής νοσηλείας.

2. ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ: ΣΥΓΚΛΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΙΣΕΙΣ

Τα νομοθετικά πλαίσια των Ευρωπαϊκών χωρών στη συντριπτική τους πλειοψηφία διαπνέονται από το σκεπτικό πως η ακούσια νοσηλεία αποτελεί μια παρέμβαση τελευταίας επιλογής, όταν όλες οι άλλες –λιγότερο περιοριστικές– εναλλακτικές δεν επαρκούν ή έχουν εξαντληθεί. Αν και το σύνολο των χωρών ενσωματώνουν στη σχετική τους νομοθεσία τις βασικές αρχές των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, όπως αυτές έχουν διατυπωθεί από τα Ηνωμένα Έθνη, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, κεντρικές διαφορές παραμένουν ανάμεσα στις νομοθεσίες κάθε κράτους. Οι διαφορές μεταξύ χωρών εντοπίζονται κατά κύριο λόγο στα κριτήρια ακούσιας νοσηλείας, τη διαμόρφωση γνωματεύσεων, την ευθύνη για τη λήψη της τελικής απόφασης νοσηλείας, και τα ανθρώπινα δικαιώματα των ασθενών. Η παρουσία ψυχικής ασθένειας αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ακούσια νοσηλεία σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες. Το «κριτήριο της επικινδυνότητας» αποτελεί επαρκή προϋπόθεση για την ακούσια νοσηλεία στην Αυστρία, το Βέλγιο, τη Γαλλία, τη Γερμανία, το Λουξεμβούργο και την Ολλανδία. Αντίθετα, η επιτακτική ανάγκη για λήψη θεραπείας και προστασία της υγείας του ασθενούς αποτελεί επαρκή προϋπόθεση ακούσιας νοσηλείας σε χώρες όπως η Ιταλία, η Ισπανία και η Σουηδία. Ένα εκ των δύο κριτηρίων αρκεί για την ακούσια νοσηλεία σε χώρες όπως η Δανία, η Ελλάδα, η Ιρλανδία, η Πορτογαλία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Ωστόσο, το πώς ορίζεται η ψυχική ασθένεια και τι περικλείει το κριτήριο της επικινδυνότητας παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις χώρες αυτές.

Οι ευρωπαϊκές νομοθεσίες διαφοροποιούνται και ως προς το πρόσωπο που διαθέτει την επιστημονική επάρκεια και τη νομική ευθύνη αξιολόγησης και γνωμάτευσης για το αν πληρούνται τα κριτήρια ακούσιας νοσηλείας - θεραπείας ύστερα από εξέταση. Σε χώρες όπως το Βέλγιο, η Δανία, η Ιταλία και η Σουηδία το πρόσωπο αυτό μπορεί να είναι ιατρός - μη ψυχίατρος, ενώ σε χώρες όπως η Αυστρία, η Ελλάδα, η Ιρλανδία και η Ισπανία, την ευθύνη της γνωμάτευσης φέρουν οι ειδικευμένοι ψυχίατροι.

Η ευθύνη για την τελική απόφαση ακούσιας νοσηλείας είναι αντικείμενο αποφάσεων από το δικαστικό σώμα, την τοπική αυτοδιοίκηση, ακόμα και την Κοινωνική Υπηρεσία σε χώρες όπως η Αυστρία, το Βέλγιο, η Γαλλία, η Ελλάδα, η Ιταλία, μεταξύ άλλων. Αντίθετα σε χώρες όπως η Δανία, η Ιρλανδία, η Σουηδία κ.ά., η σχετική νομοθεσία ορίζει πως η τελική απόφαση αποτελεί αποκλειστικά ιατρική ευθύνη. Ως προς τη διασφάλιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ασθενών, το βασικό δικαίωμα του ασθενούς να προσφύγει σε δικαστήριο κατά της απόφασης για ακούσια νοσηλεία του ενσωματώνεται στη σχετική νομοθεσία όλων των ευρωπαϊκών χωρών. Ωστόσο η υποχρεωτική ενημέρωση και εμπλοκή ενός νομικού εκπροσώπου (π.χ. κοινωνικού λειτουργού, λειτουργού υγείας, συμβούλου-συνηγόρου), καθώς και η δωρεάν νομική υποστήριξη, δεν απαντώνται σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες.

Οι διαφορές στα νομοθετικά πλαίσια αποκτούν βαρύνουσα σημασία, καθώς έχουν βρεθεί να εξηγούν εν μέρει τόσο τις διαφορές στα ποσοστά ακούσιων νοσηλειών ανάμεσα στις χώρες, όσο και τις διαφορετικές απόψεις που εκφράζονται από τους ίδιους τους ασθενείς αναφορικά με τα οφέλη της ακούσιας νοσηλείας. Ενδεικτικά αναφέρεται

ότι στη μελέτη των Priebe και συνεργατών, στο πλαίσιο του προγράμματος EUNOMIA βρέθηκε πως σε χώρες όπως η Σλοβακία και η Γερμανία –που χαρακτηρίζονται από περισσότερο προστατευτικές νομοθετικές ρυθμίσεις– οι ασθενείς εξέφρασαν τις θετικότερες απόψεις για την ακούσια νοσηλεία. Αντίθετα, οι αρνητικότερες διατυπώσεις για τη νοσηλεία εκφράστηκαν στην Αγγλία, μια χώρα που σύμφωνα με τους ερευνητές διατηρεί τις λιγότερο προστατευτικές ρυθμίσεις.

3. ΔΥΣΑΡΜΟΝΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΗΘΙΚΑ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Στο κεφάλαιο αυτό θα περιγραφούν σχηματικά το ιστορικό, νομοθετικό και ψυχιατρικό πλαίσιο άσκησης της ισχύουσας πρακτικής στη χώρα μας (πίνακες 1–3). Θα παρουσιασθεί επίσης ένα κλινικό περιστατικό που τεκμηριώνει τα ανωτέρω και θέτει ουσιώδη ζητήματα αλλαγής της επικρατούσας ψυχιατρικής πρακτικής. Στον πίνακα 1 περιληπτικά παρουσιάζεται μια ιστορική αναδρομή του νομικού πλαισίου για την ακούσια νοσηλεία στην Ελλάδα.

Από τις επισημάνσεις στον πίνακα 2 προκύπτει πως όλες οι ακούσιες νοσηλείες που έχουν διαταχθεί από εισαγγελέα είναι εκτός νόμου, συνεπώς δημιουργούνται ζητήματα αστικής (ιατρικής) ευθύνης για αποζημίωση, αστικής ευθύνης του δημοσίου (νοσοκομείου) αλλά και ποινικής ευθύνης για παράνομη κατακράτηση (άρ. 326 ΠΚ) ή ακόμα και σωματικές βλάβες (άρ. 308 ΠΚ) ή παράνομη βία (άρ. 330 ΠΚ). Εξίσου εκτός νόμου μπορεί να θεωρηθούν και όλες οι νοσηλείες που αποφασίστηκαν με μοναδικό κριτήριο την επικινδυνότητα του ασθενούς.

Στην καθημερινή ψυχιατρική πρακτική δεν φαίνεται ωστόσο να τηρούνται οι ρυθμίσεις που παρουσιάστηκαν συνοπτικά στον πίνακα 3. Ειδικότερα, ως προς τις ψυχιατρικές γνωματεύσεις, η μεγάλη πλειοψηφία αυτών δεν περιέχουν τη στοιχειώδη αιτιολογία που θα κάλυπτε τις απαιτήσεις μιας ιατρικής διαγνωστικής κρίσης. Όροι όπως «ψυχωτι-

Πίνακας 1. Ιστορικό πλαίσιο.

Ιστορικό Πλαίσιο Νομοθεσίας της Ακούσιας Νοσηλείας

- Ο νόμος ΨΜΒ/1862 «περί συστάσεως φρενοκομείων» επί Όθωνος, εγκαθίδρυσε το άσυλο ως χώρο εγκλεισμού και νοσηλείας των ψυχικά πασχόντων, ακολουθώντας ως πρότυπο τη γαλλική ψυχιατρική νομοθεσία του 1838.
- Ο νόμος ΝΔ 104/1973 «περί ψυχικής υγιεινής και περιθάλψεως των ψυχικώς πασχόντων», που ψηφίστηκε επί χούντας, δημιούργησε ένα μοντέλο αναγκαστικού εγκλεισμού, στο οποίο ο ψυχικά ασθενής στερείτο στοιχειωδών δικαιωμάτων του ως πολίτης και ως υποκείμενο δικαίου.
- Ο νόμος Ν 2071/1992 έθεσε πλέον σε σύγχρονες δημοκρατικές και ορθολογικές βάσεις το όλο πλαίσιο της ακούσιας νοσηλείας, εναρμονιζόμενο με την ευρωπαϊκή νομοθεσία και τη διαδικασία ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα.

Πίνακας 2. Νομοθετικό πλαίσιο.

Νομοθετικό Πλαίσιο 2071/1992

Τερματίζεται με σαφή τρόπο η διεκκυστίνδα μεταξύ θεραπείας και φύλαξης υπέρ της πρώτης, δημιουργώντας μεταξύ τους σχέση σκοπού προς μέσο.

Για την εισαγωγή απαιτείται: (α) ψυχική διαταραχή και ανικανότητα ασθενούς να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του, η κατάσταση της οποίας πρόκειται να επιδεινωθεί ή η βελτίωσή της να αποκλειστεί αν δεν υποβληθεί σε θεραπεία, ή/και (β) ψυχική διαταραχή και ανάγκη νοσηλείας για την αποτροπή πράξεων βίας.

Μετά την τροποποίηση του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας, το Πολυμελές Πρωτοδικείο, που αποφάσιζε για την ακούσια νοσηλεία, έγινε μονομελές.

Με τη Σύμβαση του Οβιέδο καταργείται το δεύτερο ζεύγμα προϋποθέσεων της ακούσιας νοσηλείας (ψυχική διαταραχή και επικινδυνότητα). Επομένως, έχει μείνει μόνο η πρώτη προϋπόθεση ακούσιας νοσηλείας.

Με τον Ν. 2447/1996 τροποποιήθηκε ο Αστικός Κώδικας στο μέρος που αφορά στη δικαστική συμπαράσταση, ενώ εισήχθη και ειδική διάταξη σύμφωνα με την οποία η ακούσια νοσηλεία προσώπου επιτρέπεται «μετά από προηγούμενη άδεια του δικαστηρίου».

Πίνακας 3. Εφαρμογή του Ν. 2071/1992.

Διαδικασία Εφαρμογής του Ν. 2071/1992 στην Ψυχιατρική Πρακτική

Την ακούσια νοσηλεία μπορούν να ζητήσουν με αίτησή τους προς τον εισαγγελέα Πρωτοδικών, ο/η σύζυγος του ασθενούς ή οι συγγενείς. Εναλλακτικά, μπορεί να τη ζητήσει αυτεπάγγελα ο εισαγγελέας πρωτοδικών του τόπου κατοικίας ή διαμονής του ασθενούς.

Την αίτηση πρέπει να συνοδεύουν αιτιολογημένες γραπτές γνωματεύσεις δύο ψυχιάτρων, ή επί αδυναμίας εξευρέσεως, ενός ψυχιάτρου κι ενός ιατρού παρεμφερούς ειδικότητας.

Ο εισαγγελέας διατάσσει τη μεταφορά του ασθενούς σε κατάλληλη μονάδα ψυχικής υγείας που υπάρχει στον τομέα ψυχικής υγείας της κατοικίας του ασθενούς. Συγχρόνως με αίτησή του ζητά να επιληφθεί το Πολυμελές Πρωτοδικείο για να ληφθεί απόφαση για τη νοσηλεία.

Κατά τη μεταφορά του ασθενούς στην κατάλληλη μονάδα ψυχικής υγείας, οι συνθήκες που επικρατούν πρέπει να εξασφαλίζουν τον σεβασμό και την αξιοπρέπεια του ασθενούς.

Αμέσως μόλις γίνει η μεταφορά, ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται για τα δικαιώματά του, και ειδικότερα για το δικαίωμά του να ασκήσει ένδικο μέσο. Για την ενημέρωσή του συντάσσεται πρακτικό που υπογράφεται –εκτός από τον υποχρεωμένο να ενημερώσει– και από τον συνοδό του ασθενούς.

Η παραμονή του στη μονάδα ψυχικής υγείας για τις αναγκαίες εξετάσεις δεν μπορεί να διαρκέσει περισσότερες από 48 ώρες.

Το Πολυμελές Πρωτοδικείο πρέπει να συνεδριάσει εντός 10 ημερών, κεκλεισμένων των θυρών, για να διασφαλιστεί η ιδιωτική ζωή του ασθενούς. Στη συνεδρίαση καλείται και ο ασθενής, ο οποίος δικαιούται να παραστεί με δικηγόρο και με ψυχίατρο ως τεχνικό σύμβουλο.

Κατά της απόφασης του Πρωτοδικείου χωρεί έφεση και ανακοπή.

Το ανώτατο όριο ακούσιας νοσηλείας ορίζεται αυτό των 6 μηνών, και για παράταση της νοσηλείας άνω των 3 μηνών, ζητείται ανανέωση της εισαγγελικής εντολής

κού τύπου εκδηλώσεις» ή «ψυχωσική συνδρομή» ή «διαταραχή προσωπικότητας» ή «σχιζο-συναισθηματική διαταραχή» αρκούν για να αιτιολογηθεί η ανάγκη αναγκαστικής νοσηλείας. Αν και η εισαγγελική εντολή για ακούσια εξέταση δεν μπορεί να υπερβεί τις 48 ώρες, οι 48 ώρες αφορούν σε εργάσιμες ημέρες και όχι σε αργίες, και συχνά παρατηρείται πως αν η διαδικασία συμπέσει με αργίες ή Σαββατοκύριακα, ή αφορά σε άτομα που ζουν σε νησιωτικές ή απομακρυσμένες περιοχές, η διάρκειά της μπορεί να υπερβεί και τις 4 ημέρες. Αναφορικά με τη σύγκληση του Πρωτομελούς Πρωτοδικείου, μόνο στο 9,6% των περιπτώσεων τηρείται το δεκαήμερο ανάμεσα στη συζήτηση και την έκδοση απόφασης, ενώ ο ασθενής δεν παρίσταται συνήθως στην ακρόαση. Η απουσία του αυτή συνήθως αιτιολογείται με ιατρική βεβαίωση από το ψυχιατρικό τμήμα νοσηλείας, που αναφέρει ότι ο ασθενής δεν δύναται να προσέλθει λόγω εμμένουσας συμπτωματολογίας. Επομένως, ο ασθενής δικάζεται ερήμην και χωρίς την προβλεπόμενη νομική και ψυχιατρική συμπαράσταση. Αξίζει να σημειωθεί ότι από σχετική έρευνα του Συνηγούρου του Πολίτη προέκυψε πως οι ασθενείς δεν ενημερώνονται επαρκώς για τα δικαιώματά τους κατά τη μεταφορά, και ειδικότερα για το δικαίωμά τους να ασκήσουν ένδικο μέσο κατά της ακούσιας νοσηλείας τους. Αυτό πιθανώς να εξηγεί και το εύρημα μελέτης στη Θεσσαλονίκη που καταδεικνύει πως από 903 υποθέσεις σε διάρκεια 10 ετών, μόνο σε μία ασκήθηκε το δικαίωμα έφεσης. Είναι σαφές πλέον πως οι προϋποθέσεις του νόμου μοιάζει να αποτελούν μια «τυπολατρική» και γραφειοκρατική δυσλειτουργία για την πλειοψηφία της ψυχιατρικής κοινότητας. Πρόσφατα άλλωστε η European Committee for the Prevention of Torture & Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) ζήτησε από τις ελληνικές αρχές να εξασφαλίσουν την πλήρη εφαρμογή του Ν. 2071/1992. Η σύσταση αυτή είναι σε άμεση συνάφεια με την «Υπόθεση Βενιού», η οποία αποτελεί την πρώτη υπόθεση καταδίκης της ψυχιατρικής πρακτικής της Ελλάδας στο Ευρωπαϊκό Δικαστήριο.

4. ΤΑ ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗ ΣΧΕΤΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ – ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Η Α. είναι 27 ετών και ζει κυρίως με τον σύντροφό της και ενίοτε στο πατρικό της με τη μητέρα και τη γιαγιά της. Η έναρξη νόσου προσδιορίζεται στις αρχές του 2009, με αναφερόμενο, κατά τα λεγόμενα της μητέρας της, «νευρικό κλονισμό» μετά τη συγκατοίκηση με τον φίλο της σε σπίτι που έμοιαζε με «μπουντρούμι». Έχει νοσηλευτεί ακούσιως σε Δημόσιο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της περιφέρειας για έναν μήνα περίπου (3/2011) και εξήλθε με διάγνωση «Συναισθηματική διαταραχή με ψυχωσιόμορφες εκδηλώσεις». Νοσηλεύτηκε εκ νέου τον 2/2012 στο ίδιο τμήμα, κατόπιν αίτησης που υπέβαλε η μητέρα της στον εισαγγελέα για ακούσια νοσηλεία. Στην αίτησή της η μητέρα ανέφερε μόνο στοιχεία παραμέλησης εαυτού, κλινοφιλία και άσκοπη περιπλάνηση. Επίσης δεν είχε προσκομίσει το εξιτήριο από την προηγούμενη νοσηλεία. Ο εισαγγελέας, παρόλ' αυτά, έδωσε εντολή στο ΑΤ της περιοχής της για ακούσια εξέταση σε δημόσιο ψυχιατρείο του νομού κατοικίας της ασθενούς. Κατά την άφιξή της στο νοσοκομείο, δεν της έγινε καμία ενημέρωση σχετικά με τα νόμιμα δικαιώματά της και τα ένδικα μέσα στα οποία θα μπορούσε να προσφύγει. Επίσης, ουδεμία ενημέρωση επί των ανωτέρω έγινε στους οικίους της, και δεν υπογράφηκε κανένα πρακτικό ενημέρωσης όπως ορίζει ο νόμος.

Τηρήθηκε
μείο, και ο
μπτωματο
ραμέληση
δικτικό κ
ριπλάνησ
ποιος κίνη
ήταν θέμα
αυτή η πλ
ται εριστικ
στεί στη δι
ρες αργότε
λόγω εμμέ
σχετικό έγ
εγκλεισμό
αταραχή».
εξωνοσκο
κατοικίας τ
της φάκελο
ρω δίκη, πο
βε γνώση τ

Η περίπτω
και ηθικής:

- Η οποιαδ
τόν νωρίτ
- Η γενική ε
ρες υπεύθ
νής επεξε
- Η αποφυγ
ρισης) μετ
- Η προσπά
- Η προσπά
διασμό είν
ενός ψυχι
νοϊκές αντ
αυτάπατη

5. ΗΘΙΚΑ ΚΑΤΑ

Το επιχειρη
χνά με το ισ
βλάβης που ο

Τηρήθηκε η προθεσμία της εξέτασης εντός 48 ωρών από την άφιξή της στο νοσοκομείο, και οι γνωματεύσεις των δύο ψυχιάτρων που την εξέτασαν ανέφεραν την εξής συμπτωματολογία: άγχος, μειωμένη διάθεση, κλινοφιλία, ψυχοκινητική επιβράδυνση, παραμέληση εμφάνισης και υγιεινής, άρνηση τροφής και υγρών, καχυποψία προς οικείους, διωκτικό και ζηλοτυπικό παραλήρημα, ευερεθιστότητα, επιθετικότητα και άσκοπη περιπλάνηση. Σε αίτημα της ασθενούς να δει την εισαγγελική παραγγελία και να μάθει ποιος κίνησε τη διαδικασία, της δινόταν η απάντηση από τη θεραπευτική ομάδα ότι ήταν θέμα «απορρήτου», διότι οι οικείοι της δεν επιθυμούσαν να της γνωστοποιηθεί αυτή η πληροφορία. Συνέπεια αυτής της άρνησης ενημέρωσης ήταν η ασθενής να γίνεται εριστική και επιθετική. Την 24η ημέρα νοσηλείας της έλαβε κλήτευση για να παραστεί στη δίκη ενώπιον του Πολυμελούς Πρωτοδικείου, η οποία είχε οριστεί πέντε ημέρες αργότερα. Όμως χωρίς να ενημερωθεί η ίδια, οι θεράποντες ιατροί αποφάσισαν ότι λόγω εμμένουσας συμπτωματολογίας δεν ήταν δυνατόν να παρευρεθεί, και έστειλαν σχετικό έγγραφο στην εισαγγελία, χωρίς η ασθενής να εκπροσωπηθεί από κανέναν. Ο εγκλεισμός της διήρκεσε 45 ημέρες και εξήλθε με διάγνωση «σχιζοσυναισθηματική διαταραχή». Στο εξιτηρίό της δεν υπήρχε καταγεγραμμένη καμία επίσημη παραπομπή σε εξωνοσοκομειακή δομή του κοινοτικού δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας του νομού κατοικίας της για τη διασφάλιση της συνεχούς φροντίδας της. Επίσης, στον διοικητικό της φάκελο δεν υπήρχε κατά την ημέρα του εξιτηρίου κανένα έγγραφο από την ανωτέρω δίκη, παρά μόνο τα αστυνομικά στοιχεία μεταφοράς της. Ουδέποτε η ασθενής έλαβε γνώση της απόφασης του δικαστηρίου σχετικά με την υπόθεσή της.

Η περίπτωση της Α. θέτει συν τοις άλλοις τα εξής ζητήματα θεραπευτικών χειρισμών και ηθικής:

- Η οποιαδήποτε παρέμβαση στον ασθενή είναι προτιμότερο να γίνεται όσο το δυνατόν νωρίτερα.
- Η γενική εκτίμηση του ασθενούς και της ενδεχόμενης επικινδυνότητάς του, οι διάφορες υπευθυνότητες και οι αποφάσεις, είναι καλύτερο να καθίστανται αντικείμενο κοινής επεξεργασίας μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας.
- Η αποφυγή αναμετρήσεων εξουσίας (άρνηση πληροφόρησης, βίωμα άδικης μεταχείρισης) μεταξύ προσωπικού και ασθενούς.
- Η προσπάθεια να ελεγχθεί όχι ο ασθενής αλλά η συνολική κατάσταση.
- Η προσπάθεια να κερδηθεί χρόνος για διαγνωστικές εκτιμήσεις και θεραπευτικό σχεδιασμό είναι πάντα βοηθητικός κανόνας, στον βαθμό που επιτρέπει τη δημιουργία ενός ψυχικού χώρου διαπραγμάτευσης μεταξύ του ασθενούς (ανάγκες, φόβοι, παρανοϊκές αντιδράσεις) και της θεραπευτικής ομάδας (ενσυναίσθηση, ενοχή, συλλογική αυταπάτη παντοδυναμίας).

5. ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΑ ΒΙΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΚΟΥΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Το επιχείρημα υπέρ της ακούσιας νοσηλείας στην ψυχιατρική φροντίδα συνδέεται συχνά με το ισοζύγιο οφέλους/βλάβης, δηλ. αν τα οφέλη από τη νοσηλεία υπερέχουν της βλάβης που αυτή προκαλεί. Σε αυτό το πλαίσιο, οι σχετικές μελέτες έχουν επικεντρω-

θεί στην κλινική και κοινωνική έκβαση της νοσηλείας, καθώς και στις απόψεις των ατόμων που έχουν νοσηλευθεί. Οι τελευταίες στηρίζονται στη συχνά διατυπωμένη υπόθεση, γνωστή ως "thank you theory", σύμφωνα με την οποία οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να αναγνωρίσουν την ανάγκη για θεραπεία όταν βρίσκονται σε οξεία φάση, ωστόσο εκφράζουν την ευγνωμοσύνη τους για την ακούσια θεραπεία τους όταν επέλθει ύφεση των συμπτωμάτων τους.

Αναφορικά με την έκβαση της ακούσιας νοσηλείας, συστηματική ανασκόπηση των Kallert et al κατέδειξε πως η διάρκεια νοσηλείας, οι πιθανότητες επανεισαγωγής και οι πιθανότητες ακούσιας επανεισαγωγής είναι ίσες ή και μεγαλύτερες για τους ακούσιους ασθενείς συγκριτικά με τους εκούσιους. Παράλληλα, οι ακούσιοι ασθενείς βρέθηκαν να έχουν χαμηλότερη κοινωνική λειτουργικότητα από τους εκούσιους ασθενείς, τόσο κατά την εισαγωγή όσο και μετά το εξιτήριο. Διαφορές ανάμεσα στους εκούσιους και τους ακούσιους ασθενείς δεν εντοπίστηκαν ως προς τη γενικότερη ψυχοπαθολογία και τη «συναίνεση» με τη θεραπεία μετά το εξιτήριο. Τέλος, οι ακούσιοι ασθενείς βρέθηκαν να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από τη νοσηλεία τους.

Αναφορικά με την υποκειμενική άποψη των ασθενών για την ακούσια νοσηλεία, η υπάρχουσα βιβλιογραφία αναδεικνύει τρεις διαφορετικές ομάδες ασθενών: όσους διατηρούν θετική άποψη, όσους διατηρούν αρνητική και όσους εμφανίζονται αμφιθυμικοί. Οι πρώτοι φαίνεται να διατείνονται πως η ακούσια νοσηλεία τους εξασφάλισε τη λήψη θεραπείας, απέτρεψε περαιτέρω βλάβη και τους έδωσε την ευκαιρία να αναρρώσουν σε ένα ασφαλές μέρος. Όσοι εκφράζουν αρνητική άποψη φαίνεται να θεωρούν πως τα προβλήματα τους μπορούσαν να διευθετηθούν με λιγότερο περιοριστικά μέτρα και πως η νοσηλεία τους αποτελεί άδικη παραβίαση της αυτονομίας τους, η οποία θέτει μια μόνιμη πλέον απειλή στην ανεξαρτησία τους. Τέλος, οι αμφιθυμικοί ασθενείς βρίσκονται κάπου ανάμεσα στις δύο αυτές απόψεις, διατηρώντας την πεποίθηση πως η θεραπεία ήταν αναγκαία, αλλά θα μπορούσε να ληφθεί με λιγότερα περιοριστικά μέτρα ή με νοσηλεία μικρότερης διάρκειας. Περαιτέρω μελέτη καταδεικνύει πως οι γυναίκες ασθενείς, όσοι μένουν μόνοι τους και άτομα με διάγνωση ψυχωσικής συνδρομής διατηρούν τις αρνητικότερες απόψεις. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι ολοένα και περισσότερες έρευνες φαίνεται να υποστηρίζουν πως οι αρνητικές επιπτώσεις της ακούσιας νοσηλείας μπορούν να μετριαστούν από τη θετική και ουσιαστική αλληλεπίδραση με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, και την αίσθηση πως παρά τον ακούσιο χαρακτήρα της νοσηλείας, ο ασθενής βρίσκεται σε ασφαλές μέρος, όπου τον σέβονται και τον φροντίζουν.

Τα συγκεκριμένα ευρήματα αποκτούν επιπλέον βαρύτητα, όταν συνδεθούν με κλινικές μεταβλητές. Οι ασθενείς που αντιλαμβάνονται τη νοσηλεία τους θετικά σημειώνουν σημαντική κλινική βελτίωση, έχουν λιγότερες πιθανότητες ακούσιας επανεισαγωγής, μεγαλύτερη συνέπεια στην επαφή τους με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας μετά το εξιτήριο και καλύτερες θεραπευτικές.

Στην Ελλάδα οι απόψεις των ακούσιων ασθενών για τη νοσηλεία τους δεν έχουν προσελκύσει ιδιαίτερο επιστημονικό ενδιαφέρον. Στο πλαίσιο επιδημιολογικής μελέτης με αντικείμενο τις ακούσιες νοσηλείες στην Αθήνα, συλλέχθηκαν και παρατίθενται αποσπάσματα από αφηγήσεις ασθενών που αναφέρουν πώς βιώνουν τη νοσηλεία τους:

«Εδώ είναι ο θάνατός σου η ζωή μου. Υπάρχει πολύς πόνος. Υπάρχει πολύς πόνος. Όταν είσαι σε ψυχιατρείο, είσαι σε ψυχιατρείο».

(Άνδρας, 52 ετών)

«Με έχει επηρεάσει πάρα πολύ η νοσηλεία μου, γιατί αισθάνομαι κάτι εξαναγκαστικό που επιβάλλεται απ' έξω, ενώ θα μπορούσα να έχω μια εσωτερική ανάγκη για κάτι παρόμοιο με αυτό που γίνεται εδώ πέρα, αλλά όχι με αυτόν τον τρόπο. Καθόλου με αυτόν τον τρόπο».

(Άνδρας, 40 ετών)

«Η νοσηλεία μου είναι η καταπάτηση κάθε έννοιας ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Με επηρέασε πάρα πολύ, αλλά το κατάπια γιατί έπρεπε να καταλάβω γιατί συνέβη αυτό σε εμένα, σε εμένα ιδιαίτερα».

(Άνδρας, 32 ετών)

«Η ακούσια νοσηλεία ήταν μεγάλη εμπειρία για εμένα, την οποία αξιοποίησα μέσα μου. Τίποτα δεν πάει χαμένο για εμένα. Επομένως μου ήταν χρήσιμο παρά το επώδυνο των 2 μηνών, πάρα πολύ επώδυνο σας πληροφορώ (βάζει τα κλάματα)».

(Γυναίκα, 27 ετών)

6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από τα ανωτέρω σημεία που αναπτύχθηκαν, θα διατυπώσουμε σχηματικά ορισμένα βασικά ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα που τίθενται κατά την πρακτική της αναγκαστικής νοσηλείας.

1. **Στέρηση ελευθερίας-προσβολή αξιοπρέπειας του ατόμου:** Η σημερινή πρακτική πρέπει να μετασχηματιστεί από μια σχέση επιμέλειας και εξάρτησης μετά την αναγκαστική νοσηλεία σε μια σχέση ενδυνάμωσης της ελεύθερης βούλησης ενός πολίτη με πλήρη δικαιώματα, χωρίς αναγκαστική επιμέλεια της κοινωνικής ζωής του ατόμου.
2. Η εφαρμογή του Ν. 2071/92 για τις αναγκαστικές νοσηλείες πρέπει να αποσυνδεθεί στην πράξη από την έννοια της επικινδυνότητας προς όφελος της ανάγκης για θεραπεία, του συνεχούς της φροντίδας και της ευθύνης (νομικής, ηθικής, θεραπευτικής) του δικτύου των υπηρεσιών ψυχικής υγείας για τη μετα-νοσοκομειακή παρακολούθηση, και τη διαδικασία ανάρρωσης των ληπτών με την ενεργή συμμετοχή τους.
3. Η παρέμβαση της εισαγγελίας και του υγειονομικού συστήματος σε περίπτωση μη συναίνεσης για θεραπεία του ασθενούς και ανεπιτυχούς διαμεσολάβησης μεταξύ ασθενούς, οικογένειας, υποστηρικτικού δικτύου και θεραπευτικής ομάδας, πρέπει να γίνεται μέσα από την οπτική της προστασίας της ψυχικής υγείας του με εισαγγελική εντολή. Η προστασία της υγείας του πρέπει να είναι ΗΘΙΚΑ επιβεβλημένη και να μη συρρικνώνεται στις ακολουθούμενες «διεκπεραιωτικές» γραφειοκρατικές διαδικασίες με την έμφαση που δίνεται στη διαχείριση της κοινωνικής επικινδυνότητας του ασθενούς.
4. Παρατηρείται συχνά μια **ασυμβατότητα μεταξύ οφέλους** του συγκεκριμένου ασθενούς και του περιβάλλοντός του (διαχείριση περιουσίας, αυτοδιάθεση του χρόνου του και του σώματός του, των κοινωνικών του σχέσεων). Όλα αυτά οδηγούν στη χρήση του έκτακτου μέτρου της αναγκαστικής νοσηλείας. Η παρουσία σοβαρών και οξέων συ-

μπτωμάτων, προσωπικής οδύνης του ασθενούς, και συχνά έκφρασης οδύνης από μέλη του οικογενειακού περιβάλλοντος (που ενδεχομένως ζητά την άμεσα αναγκαστική νοσηλεία του), μπορεί να αναστέλλει κάθε άμεση θεραπευτική επέμβαση για αποτελεσματική διαχείριση της κρίσης. Εξάλλου η πατερναλιστική στάση της παραδοσιακής Ψυχιατρικής «φαίνεται πλέον σαν αναχρονιστική, ενοχλητική, σαν στοιχείο παραίτησης από μια καλύτερη ποιότητα φροντίδας». Αντίθετα, η στάση της θεραπευτικής ομάδας οφείλει να ενδυναμώνει την ικανότητα του ατόμου να επιλέγει, να αυτονομείται σταδιακά, να «θέλει να θέλει».

Αυτά τα 3 στοιχεία στην ολότητα και αλληλεπίδρασή τους αποτελούν την «αντικειμενική ασθένεια» της αναγκαστικής νοσηλείας, δηλαδή η ασυμβατότητα των «συμπερόντων», η σύγκρουση των αιτημάτων, και η οξεία υποκειμενική οδύνη και η ανάγκη διαχείρισής της.

5. Η *ανάγκη της θεραπείας* απέναντι στην εντολή κοινωνικού ελέγχου: Με την ένταση της οικονομικής κρίσης, των κοινωνικών ανισοτήτων και της αποδόμησης του κοινωνικού κράτους, είναι ορατός ο κίνδυνος ενίσχυσης της κοινωνικής εντολής και των κατασταλτικών μηχανισμών του κράτους για ψυχιατροποίηση των κοινωνικών παρεκκλίσεων-αντιθέσεων και της διαφορετικότητας.

Επομένως, είναι σημαντικό να ενδυναμωθεί η ιδεολογία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, να προαχθεί μια κουλτούρα προστασίας, αλληλεγγύης και συνέργειας μεταξύ των φορέων φροντίδας, υγείας και κοινωνικής προστασίας, προκειμένου να μειωθεί το φαινόμενο της ιατροποίησης-ψυχιατροποίησης (ψυχικά ασθενείς, εξαρτημένα άτομα, φορείς AIDS, άστεγοι, παράνομοι μετανάστες, κ.λπ.) κοινωνικά ευπαθών ομάδων που να καθίστανται αντικείμενο κάθε ξεχωριστής ειδικότητας και υπηρεσίας.

Αντίθετα, πρέπει να πολλαπλασιαστούν οι μηχανισμοί διαμεσολάβησης - δικτύωσης, με στόχο την ολιστική απάντηση στις πολύπλοκες ανάγκες των ατόμων σε κοινωνικό αποκλεισμό, όπως και να δημιουργηθεί ένα σύγχρονο ειδικό ψυχιατροδικαστικό τμήμα για περιστατικά των οποίων η διαχείριση, λόγω της σοβαρής ψυχοπαθολογίας και ενδεχομένως παραβατικότητας, καθίσταται ανέφικτη από άλλες υπηρεσίες.

6. Η εφαρμογή των αρχών της διακήρυξης της Μαδρίτης της WPA πρέπει να οδηγεί στη λειτουργία της θεραπευτικής υποστήριξης και υπεράσπισης της αξιοπρέπειας και των δικαιωμάτων του ασθενούς από τη θεραπευτική ομάδα, στον βαθμό που η στέρηση της ελευθερίας και το έλλειμμα της διαδικασίας διαμεσολάβησης ταυτίζονται με τον κατασταλτικό χαρακτήρα διαχείρισης της κρίσης.

Συνεπώς, η μη διεξοδική επιδίωξη μιας «συναίνεσης» εκ μέρους της ψυχιατρικής ομάδας προς όφελος του ασθενούς επιτρέπει ένα πλέγμα παραβιάσεων του προτεινόμενου από τη διακήρυξη Ηθικού και Δεοντολογικού πλαισίου άσκησης της ψυχιατρικής.

7. Η ενίσχυση της εκπαίδευσης των νέων ψυχιάτρων σε δεξιότητες αποκλιμάκωσης της κρίσης και της εκτίμησης της κατάστασης είναι επιβεβλημένη.

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ίσως η αποδοχή της μη ακριβούς πρόγνωσης της Ψυχιατρικής όσον αφορά στην αβεβαιότητα διαχείρισης επιθετικών/βίαιων πράξεων να αποτελέσει προοπτικά ένα κίνητρο αλλαγής της σκέψης, της πρακτικής και της οργάνωσης του συστήματος των υπηρεσιών ψυχικής υγείας προς όφελος του ασθενούς, της θεραπείας του και της έμπρακτης άσκησης δικαιωμάτων και του σεβασμού της αξιοπρέπειας και της προσωπικότητας του ατόμου, ενός πολίτη σε στιγμή έντονης υποκειμενικής οδύνης.

Η ηθική αφορά την αξιολόγηση του πεδίου της ανθρώπινης δραστηριότητας. Ο συλλογισμός και η προβληματική που οφείλει να αναπτυχθεί σχετικά με αυτή τη δραστηριότητα δεν έχει μοναδικό νόημα να περιγράψουμε ή να αποτιμήσουμε τι συμβαίνει, ή να εξηγήσουμε τι έχει συμβεί, αλλά να καθοδηγήσουμε τη δραστηριότητά μας στο μέλλον, εναρμονιζόμενοι με τις βασικές αρχές του ηθικού-δεοντολογικού πλαισίου της ΕΕ, του ΠΟΥ και των άλλων διεθνών οργανισμών στον χώρο της ψυχικής υγείας (WPA, WAPR, WFMH).

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

- Alexander V, Bursztajn H, Brodsky A et al. Involuntary commitment. In: Gutheil T, Bursztajn H, Brodsky A, Alexander V (eds) *Decision Making in Psychiatry and the Law*. Williams & Wilkins, Baltimore, 1991
- Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 5th ed. Oxford University Press, New York, 2001
- Burns T. Paternalism in mental health-when boots are superior to Pushkin. In: Kallert TW, Mezzich JE, Monahan J (eds) *Coercive Treatment in Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical Aspects*. Wiley-Blackwell, West Sussex, 2011:175-183
- Chevallier P, Greacen T. *Folie et justice*. Toulouse Ed. Erès, 2009
- Drew N, Funk M, Tang S. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *Lancet* 2011, 378:1664-1675
- Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές. *Πεπραγμένα έτους 2008-2009*. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα, 2010
- Ελληνική Δημοκρατία Υπουργείο εξωτερικών, Επίσημη Μετάφραση, Νο: 4429. Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Υπόθεση Βένιος κατά Ελλάδας (Προσφυγή αριθ. 33055/08). Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων. Στρασβούργο: 5 Ιουλίου, 2011
- Frankfurt HG. Freedom of the will and the concept of a person. *J Phil* 1971, LXVII:5-20
- Gaebel W, Zäske H. Coercive Treatment and Stigma-Is there a link? In: Kallert TW, Mezzich JE, Monahan J (eds) *Coercive Treatment in Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical Aspects*. Wiley-Blackwell, West Sussex, 2011:13-32
- Kallert TW, Glockner M, Onchev G et al. The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data. *World Psychiatry* 2005, 4:168-172
- Kallert TW, Glockner M, Schutzwahl M. Involuntary vs voluntary hospital admission. A systematic literature review on outcome diversity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008, 258:195-209
- Kallert TW, Mezzich JE, Monahan J. Introduction. In: Kallert TW, Mezzich JE, Monahan J (eds) *Coercive Treatment in Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical Aspects*. Wiley-Blackwell, West Sussex, 2011:xi-xxii
- Kallert TW, Rymaszewska J, Torres-Gonzalez F. Differences of legal regulations concerning involuntary psychiatric hospitalization in twelve European countries: implications for clinical practice. *Int J Forensic Ment Health* 2007, 6:197-207
- Katsakou C, Priebe S. Patients' experiences of involuntary hospital admission and treatment: a review of qualitative studies. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2007, 16:172-178
- Katsakou C, Rose D, Amos T et al. Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalization was right or wrong: a qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012, 47:1169-1179

- Κοσμάτος Κ. Η ακούσια νοσηλεία σε μονάδα ψυχικής υγείας. Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα, 2002
- Kisely S, Campbell L, Scott A et al. Randomized and non-randomized evidence for the effect of compulsory community and involuntary out-patient treatment on health service use: systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2007, 37: 3-14
- Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. *The treatment gap in mental health care*. Bull World Health Organ (serial on the Internet). 2004 Nov (cited 2012 July 02), 82:858-866. Available from: <http://www.scielosp.org>
- Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice. *World Psychiatric Association* 1996, 25 Aug
- O' Donogue B, Lyne J, Hill M et al. Involuntary admission from the patients' perspectives. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010, 45:631-638
- Oviedo Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. *Council of Europe* 1997. Available from: <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/html/164.htm>
- Ploumpidis D, Stylianidis S. Lettre de Grèce. *Inform Psychiatr* 1993, 4:313-314
- Πολίτης Α, Τρίκκας Γ, Πεχλιβανίδης Α, Μουρτζούχου Π, Χριστοδούλου ΓΝ. Ακούσια νοσηλεία: Η αναγκαιότητα για εναλλακτική προσέγγιση. *Ψυχιατρική* 2003, 14:101-109
- Priebe S, Katsakou C, Amos T et al. Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalization. *Br J Psychiatry* 2009, 194:49-54
- Priebe S, Katsakou C, Glockner M et al. Patients' views on involuntary hospital admission in psychiatry after one and three months: a prospective study in eleven European countries. *Br J Psychiatry* 2010, 196:179-185
- Report to the Government of Greece on the visit to Greece carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading treatment or punishment 2005, Adopted on 10 March 2006, § 151
- Richardson M, Katsakou C, Priebe S. Association of treatment satisfaction and psychopathological sub-syndromes among involuntary patients with psychotic disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011, 46:695-702
- Salize HJ, Dressing H, Peitz M. Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients - Legislation and Practice in EU-Member States: Final Report. Mannheim: *Central Institute of Mental Health*, 2002
- Sibitz I, Scheutz A, Lakeman R et al. Impact of coercive measures on life stories: a qualitative study. *Br J Psychiatry* 2011, 199:239-244
- Στουραϊτού Σ, Στυλιανίδης Σ, Παντελίδου Σ, Σταυρογιαννόπουλος Μ, Χονδρός Π, Δρακωνάκης Ν, Δρομπόνη Φ, Παπασάικα Ε. Ακούσιες Ψυχιατρικές νοσηλείες στο Νομό Κυκλάδων καταγραφή και παρατηρήσεις. *Τετρ Ψυχιατρ* 2007, 107:66-79
- Stylianidis S, Chondros P. Crise économique, crise de la réforme psychiatrique en Grèce: indice de déficit démocratique en Europe? *Information Psychiatrique* 2011, 87:625-627
- Stylianidis S, Ghionakis N, Chondros P. La riforma psichiatrica greca attraverso lo spettro dell'esperienza della riforma italiana. *Psichiatri di commun* 2010, 1:93-106
- Στυλιανίδης Σ, Πέππου Λ. Ακούσια Νοσηλεία-Ισχύον Νομικό Πλαίσιο: Προβληματισμοί & Προτάσεις. Στρογγυλή τράπεζα στην Ημερίδα με θέμα: Ακούσια Νοσηλεία. *Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία*, 2 Μαρ. Αθήνα, Παλαιό Πανεπιστήμιο, 2012
- Στυλιανίδης Σ. Το πείραμα της Εύβοιας: Μια απόπειρα μεταξύ κατανόησης και πράξης. *Τετρ Ψυχιατρ* 1992, 40:108-118
- Στυλιανίδης Σ, Χονδρός Π. Η φροντίδα της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα σήμερα: σύγχρονα δεδομένα και κριτικές παράμετροι πολιτικής υγείας και κοινωνικής πολιτικής. *Σύγχρ Θέμ* 2010, 111:106-107
- Συνήγορος του Πολίτη. Αυτεπάγγελτη Έρευνα του Συνηγόρου του Πολίτη για την Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών. Συνήγορος του Πολίτη, Αθήνα 2007
- UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York, 13th December 2006. Available from: http://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-15&chapter=4&lang=en
- WHO *QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities*. Geneva, World Health Organization, 2012
- Zinkler M, Priebe S. Detention of the mentally ill in Europe: a review. *Acta Psychiatr Scand* 2002, 106:3-8