

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ – ΤΟΜΕΑΣ ΕΓΚΛΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ:

«Η ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΓΚΛΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ»

ΘΕΜΑ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

**«Η ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ
ΠΡΑΓΜΑΤΟΓΝΩΜΟΣΥΝΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ»**

ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

A.M.: 3209M003



ΜΕΛΗ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ:

ΜΑΓΓΑΝΑΣ ΑΝΤ. Επιβλέπων καθηγητής

ΖΑΡΑΦΩΝΙΤΟΥ ΧΡ.

ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ Γ.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	05
---------------	----

ΜΕΡΟΣ Ι: ΒΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ – ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ
--

1.1. ΕΓΚΛΗΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΒΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ.....	12
1.2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ.....	14
1.3. Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ.....	16
1.4. Η ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΓΚΛΗΜΑΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ – ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΤΗΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ.....	19

ΜΕΡΟΣ ΙΙ: ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΕΓΚΛΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

2.1. ΓΕΝΙΚΟΤΗΤΕΣ.....	23
2.2. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΕΓΚΛΗΜΑ-ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	24
2.3. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	31
2.4. ΝΕΥΡΩΣΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	36
2.5. ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ ΚΑΙ ΕΓΚΛΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ- ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	40
2.6. ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	44
2.7. ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΣΕ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	46
2.8. ΟΡΙΑΚΗ (ΜΕΤΑΙΧΜΙΑΚΗ) ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	53
2.9. ΑΝΤΙΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	56

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ: ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΛΟΓΙΣΜΟΣ

3.1.	ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΚΑΤΑΛΟΓΙΣΜΟΥ.....	60
3.2.	ΔΙΑΤΑΡΑΞΗ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ Η' ΤΗΣ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΛΑΤΤΩΜΕΝΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΚΑΤΑΛΟΓΙΣΜΟ.....	60
3.3.	ΔΥΝΑΤΕΣ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΛΥΣΕΙΣ. Η ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΚΩΔΙΚΑ.....	71
3.4.	ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΔΙΚΑΣΤΗ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΟΓΝΩΜΟΝΑ.....	72

ΜΕΡΟΣ ΙV: ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΟΓΝΩΜΟΣΥΝΗ

4.1.	ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	76
4.2.	ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ.....	77
4.3.	ΣΥΜΦΩΝΙΑ ΑΜΟΙΒΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΟΙΟΣ ΑΝΑΛΑΜΒΑΝΕΙ ΠΟΙΑ ΕΞΟΔΑ.....	80
4.4.	ΣΥΛΛΟΓΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ.....	81
4.5.	ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ-ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΤΗΤΑ.....	87
4.6.	ΣΥΛΛΟΓΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΑΠΟ ΑΛΛΕΣ ΠΗΓΕΣ.....	89
4.7.	ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	91
4.8.	ΣΥΓΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΡΑΓΜΑΤΟΓΝΩΜΟΣΥΝΗΣ.....	92
4.9.	ΚΛΗΣΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΟΥ ΠΡΑΓΜΑΤΟΓΝΩΜΟΝΑ ΣΤΟ ΑΚΡΟΑΤΗΡΙΟ.....	97

ΜΕΡΟΣ V: Η ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΤΙΣ ΑΝΑΠΤΥΓΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ

5.1.	Η ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΕ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ Η.Π.Α.....	101
5.2.	Η ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	104
	ΕΠΙΛΟΓΟΣ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ.....	108
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	113

Σε αυτούς που με ανάθρεψαν
και πάντα μου συμπαραστέκονταν στην
εκπλήρωση των ονείρων μου
Μαρία Κ. Παναγιωτοπούλου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Ποινικό Δίκαιο περιλαμβάνει τους κανόνες δικαίου, οι οποίοι προβλέπουν την επιβολή ποινικών κυρώσεων για πράξεις, που θεωρούνται ιδιαίτερα αποδοκιμαστέες και χαρακτηρίζονται ως εγκλήματα. Ένα μεγάλο μέρος των ποινικών κανόνων βρίσκεται καταχωρημένο στον ισχύοντα από το 1951 Ποινικό Κώδικα, ενώ υπάρχουν και αρκετοί ποινικοί νόμοι.

Η ψυχιατροδικαστική ή δικαστική ψυχιατρική, υποδηλώνει τον επιστημονικό κλάδο που ασχολείται με ζητήματα που άπτονται της ψυχιατρικής ταυτόχρονα όμως και της νομικής, υποδηλώνει δηλαδή την ειδικότητα που ασχολείται με ζητήματα ατόμων με ψυχικά προβλήματα τα οποία εμπλέκονται στη δικαιοδοσία των αρχών του δικαίου. Γενικότερα η ψυχιατρική εμπλέκεται με το Δίκαιο σε ζητήματα αστικού δικαίου (ακούσιος ψυχιατρικός εγκλεισμός και θεραπεία, ικανότητα για δικαιοπραξία, δικαστική συμπαράσταση) αλλά και του ποινικού δικαίου (αντιμετώπιση ψυχικά διαταραγμένων παραβατών).

Όλα τα κράτη μέλη παρέχουν συγκεκριμένους νόμους, κώδικες ή και άλλα αρμόδια νομικά όργανα για τη ρύθμιση των δικαστικών διαδικασιών σχετικά με την αξιολόγηση των ατόμων που κατηγορούνται για ένα έγκλημα και που παραπέμπονται για ψυχιατρική αξιολόγηση.

Στην Ελλάδα ορίζεται ως νομική προϋπόθεση η εξέταση της ψυχικής υγείας στην δίκη ενός υπόπτου που θεωρείται ψυχικά άρρωστος ή διαταραγμένος. Ο κύριος στόχος της ψυχιατροδικαστικής αξιολόγησης είναι να αξιολογηθεί η ψυχολογική κατάσταση ενός ατόμου που κατηγορείται για ένα έγκλημα. Ο εμπειρογνώμονας πρέπει επίσης να αξιολογήσει και άλλες ιατρο-νομικές πτυχές, όπως η δυνατότητα του κατηγορούμενου να ελέγχει τις ενέργειες του ή την ικανότητα πλήρους ή μερικού καταλογισμού για το άδικο της πράξης του. Ο εμπειρογνώμονας πρέπει να αξιολογήσει το βαθμό στον οποίο μια παράβαση ήταν άμεση συνέπεια μιας ψυχικής διαταραχής. Αυτό θα βοηθήσει στην μη συσσώρευση ψυχικά αρρώστων παραβατών που φυλάσσονται στα ψυχιατρικά νοσοκομεία με διατάξεις του Ποινικού Κώδικα, όπως το άρθρο 69.

Για να είναι μια άδικη πράξη καταλογιστή στο δράστη, δηλαδή να αποδοκιμάζεται προσωπικά αυτός για ότι έπραξε και να κρίνεται καταρχήν άξιος τιμωρίας, θα πρέπει: α) Ο δράστης να είναι ηλικίας άνω των 12 ετών (άρθρο 126, Ποινικού Κώδικα), β) Να συντρέχει είτε δόλος (άρθρο 27, Ποινικού Κώδικα), είτε αμέλεια (άρθρο 28, Ποινικού Κώδικα). Δόλος υπάρχει, όταν ο δράστης επιδιώκει ή αποδέχεται να παραχθούν τα περιστατικά που συνιστούν την αξιόποινη πράξη. Αμέλεια υπάρχει, όταν ο δράστης δεν έδειξε την προσοχή που έπρεπε και μπορούσε να δείξει ώστε να μην επέλθουν οι αξιόποινες συνέπειες, γ) Να μην υπάρχει πραγματική ή νομική πλάνη (άρθρο 30 και 31 Ποινικού Κώδικα). Πραγματική πλάνη υπάρχει, όταν ο δράστης αγνοεί τα περιστατικά που συνιστούν την παράνομη πράξη, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση ιδιοποίησης ξένου πράγματος το οποίο ο δράστης νομίζει ότι του ανήκει (άρθρο 30 Ποινικού Κώδικα). Νομική πλάνη υπάρχει, όταν ο δράστης πιστεύει εσφαλμένα, ότι η πράξη δεν είναι παράνομη, όπως για παράδειγμα μπορεί να συμβαίνει σε σχέση με ορισμένες αγορανομικές διατάξεις ή διατάξεις για την οδική κυκλοφορία πρόσφατα θεσπισμένες (άρθρο 31 Ποινικού Κώδικα). Και στις δύο ανωτέρω περιπτώσεις η πλάνη θα πρέπει να μην οφείλεται σε αμέλεια, δ) Να μην συντρέχει διατάραξη των πνευματικών λειτουργιών ή της συνείδησης του δράστη σε βαθμό που αυτός να μην έχει την ικανότητα «να αντιληφθεί το άδικο της πράξης του ή να ενεργήσει σύμφωνα με την αντίληψη για το άδικο αυτό» (άρθρο 34 Ποινικού Κώδικα). Αν η ανωτέρω αναφερθείσα ικανότητα δεν έχει εκλείψει, αλλά έχει περιοριστεί σημαντικά, υπάρχει ελαττωμένη ικανότητα προς καταλογισμό και επιβάλλεται μειωμένη ποινή (άρθρο 36 Ποινικού Κώδικα).

Τα τελευταία χρόνια η δραστηριότητα του ψυχιάτρου-πραγματογνώμονα, έχει επεκταθεί τόσο στην πρόγνωση της μελλοντικής συμπεριφοράς του δράστη όσο και την επιλογή κατάλληλων θεραπευτικών μέτρων. Εντούτοις ο εκτεταμένα διαφοροποιημένος κατάλογος των μέτρων (αναμορφωτικών, θεραπευτικών, ασφαλείας), που προβλέπονται από τις σύγχρονες ποινικές νομοθεσίες, οι δυνατότητες επιβολής τους καθώς και η δημιουργία πρόσθετων υποχρεώσεων θέτουν τον ψυχίατρο-πραγματογνώμονα σήμερα σιγά-σιγά αντιμέτωπο με σαφώς μεγαλύτερες υποχρεώσεις από άλλοτε: ευρύτερη ανάλυση της προσωπικότητας του

δράστη, κυρίως δε πρόγνωση της μελλοντικής του συμπεριφοράς και υπόδειξη των κατάλληλων γι' αυτόν θεραπευτικών μέτρων.

Η Δικαστική Ψυχιατρική κατά συνέπεια, διαπλέκεται με το ερώτημα, εάν, μέχρι ποίου βαθμού και με ποια ιατρικά και κοινωνικά αποτελέσματα (για παράδειγμα για το θεραπεύσιμο αλλά ακόμα και σχετικά με την επικινδυνότητα), ένας αξιόποινος δράστης είναι ψυχικά ανώμαλος. Αντίθετα στην αρμοδιότητα του δικαστηρίου ανήκει ο καθορισμός των εννόμων συνεπειών της ψυχιατρικής εκτιμήσεως ενός αξιόποινου δράστη. Επομένως η απάντηση στο βασικό ερώτημα, εάν ο συγκεκριμένος δράστης είναι ικανός ή ανίκανος για καταλογισμό, παραμένει κυριαρχικά στο δικαστήριο. Εάν όμως υπάρξουν κάποια περιστατικά που καθιστούν απλώς και μόνο πιθανή την περίπτωση του αποκλεισμού ή της μειώσεως της ικανότητας για καταλογισμό, τότε το δικαστήριο μπορεί – ελλείψει καυτά κανόνα δικής του ειδημοσύνης- να σχηματίσει μόνο με τη βοήθεια, τη συνδρομή του ψυχιάτρου-πραγματογνώμονα μια επαρκώς τεκμηριωμένη κρίση, να αποκτήσει με άλλα λόγια δικανική πεποίθηση (άρθρο 177 Κ.Π.Δ.) σχετικά με την ικανότητα του κατηγορούμενου για καταλογισμό (Κοτσαλής, 1996).

Ο ψυχίατρος-πραγματογνώμονας εκφράζεται βέβαια στο πλαίσιο της ποινικής δίκης ως βοηθός του δικαστή. Η κύρια, κεντρική αποστολή του ψυχιάτρου-πραγματογνώμονα προδιαγράφεται από το γεγονός, ότι αντιμετωπίζει άτομα που έχουν παραβεί με τις πράξεις τους την έννομη τάξη και είναι γι' αυτό το λόγο απειλούμενα με ποινή. Έτσι η κύρια αποστολή του έγκειται στη συνδρομή του δικαστηρίου για τη λήψη της απόφασης, εάν το συγκεκριμένο άτομο – ως ικανό για καταλογισμό – θα πρέπει να τιμωρηθεί ή όχι και ενδεχομένως σε περίπτωση επιβολής ποινικής κύρωσης, στο ποια κύρωση θα πρέπει να είναι η προσήκουσα.

Σε μερικά κράτη μέλη η Ψυχιατροδικαστική ενσωματώνεται στα πανεπιστημιακά προγράμματα σπουδών, αλλά το εύρος και η ποιότητα εκπαίδευσης ποικίλει. Γενικότερα, οι εμπειρογνώμονες στα περισσότερα κράτη μέλη αναφέρουν ανεπάρκεια ή και παντελή έλλειψη ποιοτικών προτύπων στη Ψυχιατροδικαστική.

Αυτό είναι ακόμη πιο σημαντικό στην Ελλάδα, που παρουσιάζεται απουσία δομημένης εκπαίδευσης και τόσο οι λειτουργοί της ψυχικής υγείας,

όσο και οι δικαστικοί λειτουργοί αναφέρουν ανάγκη για εκπαίδευση σε έναν τομέα που έχει αυξανόμενη ζήτηση παροχής υπηρεσιών.

Η εργασία που ακολουθεί έχει ως αντικείμενο μελέτης την άσκηση της Ψυχιατροδικαστικής και την Ψυχιατρική Πραγματογνωμοσύνη στην Ελλάδα.

Οι σκοποί-στόχοι της εργασίας είναι οι εξής:

- Να προσδιορίσει εννοιολογικά την έννοια της επικινδυνότητας
- Να δείξει τη σημασία πρόβλεψης της επικινδυνότητας από τον πραγματογνώμονα ψυχίατρο
- Να παρουσιάσει τις βασικότερες ψυχιατρικές διαταραχές που σχετίζονται με την εγκληματικότητα και την παραβατικότητα
- Να αναλύσει με σαφήνεια την έννοια του καταλογισμού καθώς και της ελαττωμένης ικανότητας για καταλογισμό
- Να καταδείξει τον τρόπο που ο ψυχίατρος πραγματογνώμων πρέπει να ακολουθήσει προκειμένου να φέρει σε πέρας επιτυχημένα μια ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη
- Να δείξει το επίπεδο της Ψυχιατροδικαστικής σε διάφορες ανεπτυγμένες χώρες
- Να παρουσιάσει κάποιες προτάσεις βελτίωσης στην Ψυχιατροδικαστική.

Η εργασία ευελπιστεί να καταδείξει την αναγκαιότητα ανάπτυξης κοινής γλώσσας ανάμεσα στους λειτουργούς Ψυχικής Υγείας και στο Δικαστικό Σώμα, ώστε μέσα από την ανάπτυξη κοινών κριτηρίων να βοηθήσουν στην ορθότερη αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών παραβατών. Αυτός ίσως είναι και ο βασικός στόχος.

Η εργασία αποτελείται από πέντε μέρη. Στο πρώτο μέρος που αναλύει θεωρητικά τις έννοιες της επιθετικότητας και επικινδυνότητας, παρουσιάζονται αρχικά ορισμένες θεμελιώδεις εγκληματολογικές θεωρίες για τη βία και την επιθετικότητα μέσα από την επιστήμη της ψυχολογίας. Στη συνέχεια, προσδιορίζεται εννοιολογικά η επικινδυνότητα και παρουσιάζεται ο τρόπος που γίνεται η διάγνωση και η πρόγνωση μέσα από την επιστήμη της εγκληματολογίας. Τέλος, επεξηγείται η σημασία πρόβλεψης της επικινδυνότητας, ειδικά σε περιπτώσεις ψυχιατρικά πασχόντων παραβατών.

Στο δεύτερο μέρος, ομαδοποιούνται οι σημαντικότερες ψυχιατρικές διαταραχές, καθώς και πως επιμέρους αυτές σχετίζονται με την

εγκληματικότητα και παραβατικότητα. Εδώ θα πρέπει να τονιστεί ότι λόγω του πλήθους των διαταραχών, φυσικά δεν θα μπορούσαν να εξεταστούν εξονυχιστικά όλες. Έγινε προσπάθεια ωστόσο, μέσα από την ομαδοποίηση, να αναφερθούν οι πιο σημαντικές και αυτές με τις οποίες έρχεται πιο συχνά αντιμέτωπη η Ψυχιατροδικαστική. Έτσι, δεν θα μπορούσαν να παραληφθούν: η σχιζοφρένεια, οι διαταραχές της διάθεσης, οι νευρωσικές διαταραχές, η νοητική καθυστέρηση, το αλκοόλ, οι ψυχοδραστικές ουσίες και δύο πολύ σημαντικές διαταραχές προσωπικότητας (η οριακή και η αντικοινωνική) όσον αφορά το ρόλο που μπορούν να παίξουν στην εμφάνιση εγκληματικότητας-παραβατικότητας. Στο κάθε επιμέρους κεφάλαιο, αρχικά, ορίζεται η καθεμιά ψυχιατρική διαταραχή, ώστε να γίνει κατανοητή και στον αναγνώστη που δεν είναι εξοικειωμένος με τους ψυχιατρικούς όρους και στη συνέχεια παρουσιάζονται ερευνητικά δεδομένα που συσχετίζουν τη συγκεκριμένη ψυχιατρική διαταραχή με την ύπαρξη ή μη παραβατικότητας – εγκληματικότητας, καθώς και τι είδους είναι αυτή.

Στο τρίτο μέρος, γίνεται αναφορά σε ένα απ' τα σημαντικότερα κομμάτια με τα οποία ασχολείται η Ψυχιατροδικαστική και δεν είναι άλλο από τον καταλογισμό. Η επισκόπηση των θεωριών για τον καταλογισμό μπορεί να στραφεί γύρω από πολλούς άξονες. Ένας είναι το ζήτημα της ελευθερίας της βούλησης (Μαγκάκης, 1962). Άλλος άξονας είναι το ίδιο το αντικείμενο του καταλογισμού. Μπορεί να ενδιαφέρει είτε η ενοχή για τη συγκεκριμένη μόνο πράξη, είτε η σταθερότερη εικόνα της προσωπικότητας του δράστη και ο τρόπος ζωής (Κατσαντώνης, 1972 · Μαγκάκης, 1962 & 1982). Για την ελληνική ποινική θεωρία, ο τελικός καταλογισμός είναι μια αξιολογική κρίση με ένα οντολογικό υπόβαθρο (Φωτάκης, 1978 · Κοτσαλής, 1985 & 1988). Στη συνέχεια, αναλύονται διεξοδικά τα άρθρα 34 και 36 του Ποινικού Κώδικα και γίνεται λόγος για τις δυνατές νομοθετικές λύσεις που προσφέρονται. Το τρίτο μέρος κλείνει, με τους λόγους που κρίνεται αναγκαία η συνεργασία δικαστή και ψυχιάτρου.

Στο τέταρτο μέρος, περιγράφεται η διαδικασία και ο τρόπος σύνταξης Ψυχιατρικής Πραγματογνωμοσύνης. Πως από τη στιγμή που κληθεί ο ψυχίατρος να συντάξει πραγματογνωμοσύνη και αποδεχτεί το ρόλο του εμπειρογνώμονα, θα κάνει την προετοιμασία του περιστατικού, θα συλλέξει τα στοιχεία του και με τα κατάλληλα ψυχιατροδικαστικά εργαλεία και τη συλλογή

δεδομένων από άλλες πηγές, θα αναλύσει τα δεδομένα του και θα προβεί στη συγγραφή της ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης. Τέλος, παρατίθεται και ένα κεφάλαιο που αναφέρεται στο ρόλο του ψυχιάτρου-πραγματογνώμονα όταν κληθεί στο ακροατήριο.

Στο πέμπτο και τελευταίο μέρος, γίνεται λόγος για την άσκηση της ψυχιατροδικαστικής στις αναπτυσσόμενες χώρες. Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στην άσκηση της ψυχιατροδικαστικής στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α., ενώ το δεύτερο επικεντρώνεται στη χώρα μας. Η εξέταση και αντιμετώπιση των παραβατών με ψυχική διαταραχή, είναι σημαντικά ζητήματα της ψυχιατρικής και νομικής επιστήμης σε ολόκληρη την Ευρώπη και τις Η.Π.Α. Σαφώς υπάρχουν διαφορετικές νομικές προσεγγίσεις καθώς και αποτελεσματικότητα μεταξύ τους, ενώ μεγάλες διαφορές υπάρχουν και όσον αφορά την καθαυτό ανάπτυξη της ψυχιατροδικαστικής ως κλάδου, αλλά και της εκπαίδευσης που απαιτείται στις επιμέρους χώρες. Μπορεί σε μερικά κράτη, η ψυχιατροδικαστική να ενσωματώνεται στα πανεπιστημιακά προγράμματα σπουδών, αλλά το εύρος και η ποιότητα εκπαίδευσης ποικίλει.

Κλείνουμε με τον επίλογο, στον οποίο αναφέρουμε κάποιες σκέψεις που θα μπορούσαν να αποτελέσουν προτάσεις βελτίωσης στην ψυχιατροδικαστική. Επικέντρωση γίνεται στην αναγνώριση του ρόλου της Ψυχιατροδικαστικής, στην εκπαίδευση στην ψυχιατροδικαστική (που θα πρέπει να ενισχυθεί καθαυτή, αλλά και στο μέλλον να συνεπικουρείται από πολυκλαδική εξειδικευμένη στα θέματα της ψυχιατροδικαστικής ομάδα) και στην παροχή υπηρεσιών ικανοποιητικής ποιότητας.

Υπήρξαν σαφώς προσωπικοί λόγοι που με έκαναν αρχικά να σκεφτώ και να θέλω να ασχοληθώ με το συγκεκριμένο θέμα. Όντας η ίδια ψυχολόγος, εργαζόμενη με ψυχικά πάσχοντες, πάντα με ενδιέφερε να εντρυφήσω σε επιμέρους ζητήματα που τους αφορούν πέραν των καθαρά ψυχολογικών. Πιστεύω ότι ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας, οφείλει και πρέπει να είναι γνώστης και θεμάτων με νομικές προεκτάσεις, προκειμένου να μπορεί να εκτελεί καλύτερα το έργο του. Μια καλή αφορμή υπήρξε ένα σεμινάριο ψυχιατροδικαστικής που παρακολούθησα, το οποίο μου φάνηκε εξαιρετικά ενδιαφέρον και με ώθησε να θέλω να μελετήσω περαιτέρω αυτά τα ζητήματα.

Η εργασία αυτή αποτελεί μια εμπειριστατωμένη παρουσίαση των θεμάτων της Ψυχιατροδικαστικής και της Ψυχιατρικής Πραγματογνωμοσύνης

στην Ελλάδα. Δεδομένης της ευρύτητας του θέματος της και σε συνδυασμό με τον χρόνο κατά τον οποίο έπρεπε να ολοκληρωθεί η μελέτη, χρειάστηκε να γίνει επιλογή από μια εξαιρετικά μεγάλη βιβλιογραφία. Δόθηκε έμφαση σε συγκεκριμένα ζητήματα, ενώ παραλήφθηκαν κάποια άλλα που άπτονται της ψυχιατροδικαστικής, για παράδειγμα ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα, ικανότητα για δικαιοπραξία, ακούσιος εγκλεισμός, παραπτωματικότητα παιδιών και εφήβων, δικαστική συμπαράσταση, για να αναφέρω κάποια από αυτά. Αυτό αναμφισβήτητα έχει να κάνει και με τα προσωπικά ενδιαφέροντα της υποφαινόμενης. Ευχής έργο θα ήταν, η συγκεκριμένη εργασία να μπορέσει να αποτελέσει εφαλτήριο για περαιτέρω μελέτη στο μέλλον, σε επιμέρους ζητήματα της ψυχιατροδικαστικής, καθώς επίσης να συντελέσει και αυτή στην προσπάθεια ανάπτυξης κοινής γλώσσας μεταξύ επαγγελματιών ψυχικής υγείας και δικαστικών λειτουργών.

ΜΕΡΟΣ Ι: ΒΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ - ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ

1.1. ΕΓΚΛΗΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΒΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

Οι ψυχολογικές θεωρίες προσεγγίζουν τη βία και την επιθετικότητα του ατόμου ως εκφάνσεις της ψυχολογικής του κατάστασης (Megargee, 1969). Ειδικότερα, θεωρούν ότι προέρχονται από εσωτερικής φύσεως, παθολογικές καταστάσεις, που σε κάποιες περιπτώσεις συνδέονται με την ύπαρξη ψυχοπαθητικής προσωπικότητας. Σε γενικές γραμμές θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε την ύπαρξη δύο κυρίαρχων προσεγγίσεων. Η πρώτη συνδέει τη βία και την επιθετική συμπεριφορά με το ένστικτο, ενώ η δεύτερη την αποδίδει σε ένα σύνολο παραγόντων.

Κύριος εκπρόσωπος της πρώτης προσέγγισης ήταν ως γνωστό ο Freud, ο οποίος αρχικά διέκρινε στον άνθρωπο, την ύπαρξη δύο ειδών ενστίκτων: του ενστίκτου της αυτοσυντήρησης και του σεξουαλικού ενστίκτου. Στη συνέχεια όμως, προέβη σε μία στοιχειώδη αναθεώρηση της αρχικής θέσης του, υποστηρίζοντας μία νέα διάκριση που αφορούσε το ένστικτο της ζωής (έρως) και το ένστικτο του θανάτου (θάνατος). Κατά τον ίδιο (Freud, 1950) το ένστικτο του θανάτου ευθύνεται για ενέργειες που στοχεύουν στον περιορισμό της ζωής. Για το λόγο αυτό, το συγκεκριμένο ένστικτο πρέπει να προσανατολισθεί εκτός του ατόμου, διότι σε αντίθετη περίπτωση θα το οδηγήσει προς την εμφάνιση τάσεων αυτοκαταστροφής, όπως ο θάνατος. Το ένστικτο της ζωής στοχεύει στη διατήρηση της ζωής και κατευθύνει το ένστικτο του θανάτου προς τον εξωτερικό κόσμο. Συνεπώς, τα άτομα πρέπει να είναι επιθετικά προς τα υπόλοιπα άτομα προκειμένου να αποτρέψουν την αυτοκαταστροφή τους.

Η ψυχανάλυση, που καθιερώθηκε από τον Freud, ως μέθοδος ιατρικής θεραπείας των νευρώσεων, έδωσε πολύ ενδιαφέρουσες απόψεις αναφορικά με την αιτιολογία της εγκληματικής συμπεριφοράς. Η ψυχαναλυτική ερμηνεία του εγκλήματος αιτιολογεί το έγκλημα με το φαινόμενο της απώθησης (Αλεξιάδης, 1989). Σύμφωνα με αυτό, «διάφορες ορμές, δυσάρεστες εντυπώσεις της παιδικής ηλικίας και ηθικά αποδοκιμαζόμενες επιθυμίες,

παραστάσεις ή ιδέες απωθούνται στο ασυνείδητο, όπου παραμένουν ως ασυνείδητες παραστάσεις. Μεταξύ αυτών πρωτεύοντα ρόλο διαδραματίζουν οι επιθυμίες της γενετήσιας σφαίρας (libido)». Όταν διατηρείται μια ισορροπία μεταξύ του «εγώ», του «υπερεγώ» και του «αυτό», σε κάθε περίπτωση που υπάρχει αντιπαλότητα μεταξύ του συνειδητού και του ασυνείδητου, ήδη από την περίοδο της παιδικής ηλικίας, το άτομο δεν οδηγείται σε παρεκκλίνουσα συμπεριφορά. Αντίθετα, όταν διαταράσσεται η ισορροπία αυτή, δημιουργούνται συγκρούσεις στον ψυχικό κόσμο του ατόμου, που επιζητούν κάποια διέξοδο. Αυτή η διέξοδος μπορεί να οδηγήσει το άτομο είτε σε κοινωνικά παραδεκτή συμπεριφορά, μέσα από διάφορες θεμιτές δραστηριότητες, είτε σε αντικοινωνική, ακόμη και με τη μορφή εγκλήματος.

Για τον Adler (1947), βασική δύναμη είναι η τάση για την απόκτηση δύναμης και υπεροχής, τάση για να αποκτήσει το άτομο αξία και να αναγνωριστεί. Κεντρικός άξονας της θεωρίας του είναι το συναίσθημα της μειονεκτικότητας, που δημιουργείται σε κάθε άτομο από την παιδική του ηλικία. Το συναίσθημα αυτό στο παιδί οφείλεται είτε σε κάποια φυσική αναπηρία, είτε σε οργανική αδυναμία, είτε σε ανικανοποίητες επιθυμίες. Για να αποβάλλει το συναίσθημα αυτό της κατωτερότητας, μπορεί να δώσει είτε μια ορθή λύση (για παράδειγμα, αν μειονεκτεί στο σχολείο, γίνεται καλός αθλητής και πετυχαίνει την απόκτηση κύρους), είτε εκδηλώνει με αντικοινωνικό τρόπο την επιβολή του στους άλλους και όχι σπάνια, με την κατάληξη στο έγκλημα. (Χαϊδου, 1996). Για το δράστη, το έγκλημα αποτελεί επίδειξη δύναμης και μέσο επιβεβαίωσης του στον εαυτό του και στους άλλους.

Ο Jung στα πλαίσια της αναλυτικής ψυχολογίας (1916) & (1931), διακρίνει δύο κυρίως τύπους ανθρώπων: τον εσωστρεφή και τον εξωστρεφή. Ο εσωστρεφής, είναι διστακτικός, σχολαστικός, συντηρητικός και παρουσιάζει πάντα μια αμυντική στάση στη ζωή του. Ο εξωστρεφής, έχει ανοικτούς τρόπους και επηρεάζεται από το περιβάλλον του. Ο εσωστρεφής, αποξενωμένος από την εξωτερική πραγματικότητα, επιθυμεί να επιβληθεί, να είναι ο μοναδικός. Για να δημιουργήσει μια σχετική κίνηση γύρω από το όνομα του, ταλαντεύεται μεταξύ συνειδητών επιφυλάξεων και πρωτόγονων επιθυμιών και καταφεύγει πολλές φορές στη διάπραξη αντικοινωνικών πράξεων. Ο εξωστρεφής λόγω του ότι η ίδια η ψυχική διαδικασία του προξενεί

κυρίως υστερία και άλλες βλάβες του νευρικού του συστήματος, δεν παρουσιάζει ιδιαίτερο εγκληματολογικό ενδιαφέρον (Χαϊδου, 1996).

Στα πλαίσια των θεωριών της συμπεριφοράς, διατυπώθηκε η θεωρία της ματαίωσης-επιθετικότητας, που πραγματευόταν την προέλευση της βίας και της επιθετικότητας. Συγκεκριμένα, οι ανωτέρω συμπεριφορές είναι πάντα απόρροια μιας αποστέρησης, ο βαθμός της οποίας και το είδος της κοινωνικής αντίδρασης σε αυτή, προσδιορίζουν το είδος και την κατεύθυνση της επιθετικής συμπεριφοράς. (Dollard et al, 1939).

Οι Sears, Maccoby & Lewin (1957), συνδέουν την επιθετικότητα με την ικανοποίηση μιας επιθυμίας και την επίτευξη συγκεκριμένου οφέλους. Κατ' αυτόν τον τρόπο, η επιθετική συμπεριφορά μαθαίνεται ως συνέπεια των αντιδράσεων του περιβάλλοντος. Αρχικά το παιδί απαντά στα εξωτερικά ερεθίσματα χρησιμοποιώντας το ένστικτο του, ενώ στη συνέχεια μαθαίνει ότι ένα σύνολο συμπεριφορών (συμπεριλαμβανομένων και των επιθετικών) επισύρει συνέπειες, αλλά ταυτόχρονα προσφέρει και ικανοποίηση. Συνεπώς, ενδέχεται να εκδηλώσει παραβατική συμπεριφορά όταν βιώσει την αποστέρηση, διότι υποστηρίζεται ότι τόσο η τιμωρητική αντιμετώπιση από το περιβάλλον του, όσο και η μη τιμωρητική, αυξάνουν την εκδήλωση επιθετικών συμπεριφορών. Δηλαδή, η σχέση αποστέρησης-επιθετικότητας είναι δυνατόν να συνιστά αντικείμενο κοινωνικής εκμάθησης ή και ενθάρρυνσης σε κάποιες περιπτώσεις. (Berkowitz, 1973).

Η εκμάθηση των βίαιων και επιθετικών συμπεριφορών είναι μια προσέγγιση που έχει απασχολήσει αρκετούς θεωρητικούς, με κυριότερο εκπρόσωπο το Bandura (1973). Σε διάφορα πειράματα του διαπίστωσε ότι επιθετική συμπεριφορά που τιμωρείται, μαθαίνεται με μίμηση, αλλά δεν εκδηλώνεται έμπρακτα, όταν, μάλιστα και κοινωνικά απορρίπτεται. Η επιθετικότητα κατά συνέπεια γίνεται αντικείμενο μίμησης, αν ο επιτιθέμενος ευδοκίμει (έχει επιτυχία ή επαινείται).

1.2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ

Η επικινδυνότητα αποτελεί αντικείμενο έρευνας της κλινικής εγκληματολογίας. Μεθοδολογικά οργανώνεται όπως η κλινική ιατρική, με την έννοια, ότι χρησιμοποιεί τα μέσα διάγνωσης, πρόγνωσης και θεραπείας όπως εκείνη. Η επικινδυνότητα ως έννοια προσδιορίζεται είτε μέσω απόψεων που

τη θεωρούν ως οντολογικό στοιχείο, είτε μέσω απόψεων που τη θεωρούν ως αξιολογικό στοιχείο με οντολογική βάση, ενώ υπάρχει και η άποψη που αμφισβητεί την έννοια της επικινδυνότητας. (Δημόπουλος, 1988).

Την επικινδυνότητα ως οντολογικό στοιχείο όρισαν, αρχικά, οι εκπρόσωποι της Ιταλικής θετικής σχολής Garofalo & Ferri. Κατά τον Garofalo η επικινδυνότητα συντίθεται από τον συνδυασμό δύο στοιχείων: Της εγκληματικής ικανότητας και της κοινωνικής προσαρμοστικότητας του υποκειμένου. Ο Ferri επίσης προτείνοντας τους δύο συμπληρωματικούς θετικούς κανόνες της αντικοινωνικότητας του δράστη και της πράξης, αντιλαμβάνεται την επικινδυνότητα ως οντολογικό δεδομένο. Το οντολογικό στοιχείο συνίσταται σε μία κατάσταση αντικοινωνική του υποκειμένου, που σε κλινικό επίπεδο, μπορεί να διαγνωσθεί από ορισμένες ενδείξεις, όπως είναι το έγκλημα (νομική ένδειξη), η αντικοινωνική δράση (κοινωνική ένδειξη) και η ψυχολογική κατάσταση του υποκειμένου (ιατροψυχολογική ένδειξη).

Οι απόψεις που αντιλαμβάνονται την επικινδυνότητα ως οντολογικό στοιχείο, επιχειρούν μια αιτιολογική προσέγγιση της. Έτσι, η επικινδυνότητα αποτελεί ψυχοκοινωνικό φαινόμενο, προσδιορισμένο αιτιοκρατικά, από εξωτερικούς και εσωτερικούς παράγοντες. Η αντίληψη αυτή, είναι συνεπής προς την κεντρική ιδέα της παραδοσιακής εγκληματολογίας, ότι το έγκλημα οφείλεται σε συγκεκριμένα αίτια (Δασκαλάκης, 1985).

Την οντολογική διάσταση της επικινδυνότητας, στον ελληνικό χώρο, υποστήριξαν οι Ζαγκαρόλας, Καρανίκας και Μαγκάκης. (Αλεξιάδης, 1971). Κατά τον Ζαγκαρόλα, η επικινδυνότητα είναι το σύνολο των μόνιμων ψυχικών διαθέσεων ενός ατόμου που οφείλονται σε ενδογενείς ή εξωγενείς παράγοντες. (Ζαγκαρόλας, 1940). Κατά τον Καρανίκα, η επικινδυνότητα είναι η μόνιμη ψυχοβιολογική κατάσταση, που δημιουργήθηκε από την επίδραση ή την αλληλεπίδραση των κληρονομημένων ιδιοτήτων και των κοινωνικών συνθηκών, στην οποία βρίσκεται το άτομο και εγκυμονεί κινδύνους για την κοινωνία (Καρανίκας, 1960). Ενώ κατά τον Μαγκάκη, το επικίνδυνο του δράστη νοείται ως μόνιμη κατάσταση της προσωπικότητας και περιλαμβάνει τους παράγοντες του περιβάλλοντος, στο μέρος που επιδρούν στη διαμόρφωση της προσωπικότητας (Μαγκάκης, 1962).

Στα πλαίσια των απόψεων που θεωρούν την επικινδυνότητα ως αξιολογικό στοιχείο με οντολογική βάση, η επικινδυνότητα επιτρέπει την

πιθανολόγηση ότι το άτομο που εμφανίζει ορισμένες ενδείξεις, κοινωνικές ή ιατροψυχολογικές, πρόκειται να τελέσει, μελλοντικά, έγκλημα. Έτσι, επιχειρείται μια αιτιολογική προσέγγιση του φαινομένου της επικινδυνότητας. Ο Feuerbach (1799-1800, σ. 365), ως εκπρόσωπος αυτής της κατηγορίας απόψεων, αντελήφθη την επικινδυνότητα ως την ιδιότητα κάποιου ατόμου, από την οποία με πιθανότητα πρέπει να αναμένεται η παραβίαση του δικαίου. Ενώ, κατά τον Πανούση (1978, σ. 776), η επικινδυνότητα είναι ένα ψυχοκοινωνικό φαινόμενο που χαρακτηρίζεται από τις έκδηλες πιθανότητες, πως ένα άτομο θα γίνει δράστης εγκλήματος ή θα διαπράξει νέο έγκλημα.

Τέλος, υπάρχει και η άποψη που αμφισβητεί την έννοια της επικινδυνότητας. Στην Ελληνική επιστήμη, την άποψη αυτή έχει διατυπώσει ο καθηγητής Αλεξιάδης. Κατ' αυτόν, η έννοια της επικινδυνότητας όχι μόνο δεν μπορεί να ορισθεί με ακρίβεια, αλλά αποτελεί ένα στοιχείο πλαστό, χωρίς πραγματικό υπόβαθρο, δημιούργημα της ποινικής επιστήμης. (Αλεξιάδης, 1985). Η άποψη αυτή θυμίζει τη θεωρία της ετικέτας. Μολονότι η δεύτερη κατηγορία απόψεων, είναι αυτή που επικρατεί στην Ελληνική Επιστήμη, αυτή εδώ η τελευταία άποψη φαίνεται να επικρατεί στο διεθνή χώρο. (Montandon, 1979).

1.3. Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ

Για όσους συγγραφείς η επικινδυνότητα αποτελεί αξιολογική έννοια που ενέχει κρίση προγνωστική της μελλοντικής συμπεριφοράς του ατόμου, η διάγνωση ταυτίζεται με την πρόγνωση (Αλεξιάδης, 1985). Για όσους συγγραφείς αντίθετα η επικινδυνότητα αποτελεί μια κλινική πραγματικότητα ή φυσική ιδιότητα του εγκληματία, η διάγνωση γίνεται αναγκαία διεργασία, προκειμένου, να σχηματιστεί η κρίση για την μελλοντική πορεία του ατόμου.

Η διάγνωση για τους συγγραφείς αυτούς (Pinatel, 1952), παίρνει είτε τη μορφή μιας πολυκλαδικής έρευνας (Εγκληματολογικής, ιατρικής, ψυχολογικής, κοινωνιολογικής), για την διαπίστωση της ανώμαλης φυσιοψυχικής κατάστασης του υποκειμένου, από την ύπαρξη της οποίας δημιουργείται σε αυτό η ροπή προς διάπραξη εγκλημάτων, είτε την μορφή των ενδείξεων της επικινδυνότητας του εγκληματία, για την επιστημονική τεκμηρίωση της πρόγνωσης της μελλοντικής συμπεριφοράς.

Η διάγνωση της επικινδυνότητας αποτελεί έργο σύνθεσης η οποία συνίσταται: α) στο συνδυασμό των πορισμάτων της κλινικής έρευνας, αναφορικά με το μέγεθος της εγκληματικής ικανότητας και το βαθμό της κοινωνικής προσαρμοστικότητας του εγκληματία και β) στην αιτιολογική διάγνωση, που αποτελεί απαραίτητο συμπλήρωμα της κλινικής έρευνας και αφορά τη μελέτη των παραγόντων της επικινδυνότητας, προβαίνοντας, τελικά, στη διατύπωση των συνδυασμών εκείνων, από τους οποίους διευκολύνεται η γενικότερη κλινική διάγνωση της επικινδυνότητας. Παράλληλα, τα πορίσματα της αιτιολογικής διάγνωσης, αποτελούν το υλικό όπου βασίζεται η πρόγνωση της εγκληματικής συμπεριφοράς (Pinatel, 1952, σ. 491).

Ο De Asua (1923) θεωρεί ότι πρέπει να συνεξετάζονται τα ακόλουθα κριτήρια ή ενδείξεις:

1. Η προσωπικότητα του ατόμου με τη τριπλή μορφή, δηλαδή την ανθρωπολογική, τη φυσική και την ηθική.
2. Η ζωή του ατόμου, πριν την διάπραξη του εγκλήματος και την πρόδηλα επικίνδυνη ενέργεια του.
3. Η συμπεριφορά, που είναι ενδεικτική της επικινδυνότητας.
4. Η ποιότητα των αιτίων της πράξης.
5. Η τελεσμένη πράξη, κατά την οποία η επικινδυνότητα εμφανίζεται με τρόπο ορατό.

Η εγκληματολογική διάγνωση συντίθεται από τη διάγνωση α) της εγκληματικής ικανότητας και β) της κοινωνικής προσαρμοστικότητας του εγκληματία (Pinatel, 1952, σ. 592). Για να διαγνωσθεί η εγκληματική ικανότητα του υποκειμένου, οφείλουν να εξεταστούν: α) τα στοιχεία που συγκροτούν την εγκληματική ικανότητα του ατόμου και β) να ορισθεί ο ατομικός τύπος της εγκληματικής ικανότητας. Ως προς τη διάγνωση της κοινωνικής προσαρμοστικότητας, γίνεται επιμέρους εξέταση των στοιχείων που συγκροτούν την επικίνδυνη προσωπικότητα (δραστηριότητες, ψυχικές, διανοητικές, επαγγελματικές ικανότητες και ενστικτώδεις τάσεις), καθώς και τον ατομικό τύπο της κοινωνικής προσαρμογής (κομφορμιστής, εγκληματίας λευκού κολάρου, γραφειοκράτης, επαίτης-αλήτης, επαναστάτης) (Πανούσης, 1978).

Η αιτιολογική διάγνωση της επικινδυνότητας καταλήγει σε τρεις συνδυασμούς (Pinatel, 1952).

1. Στην πρώτη περίπτωση, μια δυνατή βιολογική επίδραση μπορεί να συνδυάζεται με μια δυνατή κοινωνική επίδραση. Σε αυτή την περίπτωση, η επικινδυνότητα είναι συνήθως χρόνια.
2. Κατά δεύτερο λόγο, μια δυνατή βιολογική επίδραση μπορεί να συνδυάζεται με μια αδύνατη βιολογική επίδραση ή αντίθετα, μια αδύνατη βιολογική επίδραση μπορεί να συνδυάζεται με μια δυνατή κοινωνική επίδραση. Στην περίπτωση αυτή η επικινδυνότητα είναι περιθωριακή.
3. Κατά τρίτο λόγο, μια αδύνατη βιολογική επίδραση μπορεί να συνδυάζεται με μια αδύνατη κοινωνική επίδραση. Στην περίπτωση αυτή, η επικινδυνότητα είναι περιστασιακή.

Οι ατομικοί τύποι της εγκληματικής ικανότητας και της κοινωνικής προσαρμοστικότητας, μπορούν να οδηγήσουν στη διάγνωση της επικινδυνότητας, η οποία παρουσιάζεται ως διάγνωση κλινική και αιτιολογική. Σύμφωνα με τον Pinatel (1952), η κλινική διάγνωση της επικινδυνότητας, συντίθεται από τους παρακάτω συνδυασμούς στοιχείων της επικίνδυνης προσωπικότητας:

1. Στο πρώτο συνδυασμό ανήκουν όσοι έχουν μεγάλη εγκληματική ικανότητα και υψηλή προσαρμοστικότητα. Αυτοί αναπτύσσουν μεν εγκληματική δράση αλλά σπάνια συλλαμβάνονται για τι φαίνονται νομοταγείς (εγκληματίες λευκού κολλάρου).
2. Στο δεύτερο συνδυασμό ανήκουν όσοι έχουν μεγάλη εγκληματική ικανότητα, αλλά χαμηλή ικανότητα προσαρμογής. Η ανικανότητα προσαρμογής των ατόμων αυτών κάνει εύκολη τη σύλληψη τους (κατ' επάγγελμα εγκληματίες).
3. Στο τρίτο συνδυασμό ανήκουν όσοι έχουν μικρή εγκληματική ικανότητα και χαμηλή προσαρμοστικότητα (ψυχικά πάσχοντες, ψυχικά ανώμαλοι, καθ' έξη εγκληματίες εγκλημάτων ελαφράς μορφής). Η επικινδυνότητα των ατόμων αυτών είναι μικρότερη.
4. Στο τέταρτο συνδυασμό, τέλος, ανήκουν αυτοί που εμφανίζουν μικρή εγκληματική ικανότητα, αλλά μεγάλη προσαρμοστικότητα. Αν και μπορούν να διαπράξουν βαριά εγκλήματα κάτω από την πίεση της ειδικής κατάστασης που βρίσκονται, τελούν εγκλήματα πάθους ή από περίσταση.

1.4. Η ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΓΚΛΗΜΑΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ-ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΤΗΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ

Η πρόγνωση της εγκληματικής συμπεριφοράς εκφράζεται με υποθέσεις, από τις οποίες παρέχεται η δυνατότητα αναμονής του περάσματος στην πράξη, από το προεγκληματικά επικίνδυνο άτομο. Βάση της πρόγνωσης είναι η διάγνωση, η οποία σε τελική ανάλυση, είναι κι αυτή μια πρόγνωση. (Bouzat & Pinatel, 1975).

Η διάγνωση προηγείται χρονικά της πρόγνωσης. Η πιστότητα της, βασίζεται κυρίως στα συμπεράσματα της διαγνωστικής έρευνας. Στοχεύει στην κλινική εκτίμηση της επικινδυνότητας του υποκειμένου, από την οποία σε μεγάλο βαθμό θα εξαρτηθεί η μορφή, το είδος, και ο τρόπος της ειδικής πρόβλεψης. Αντίστροφα, η πρόγνωση αποβλέπει στη πρόβλεψη της μελλοντικής διαγωγής του ατόμου. Δεν αποκλείεται όμως η εφαρμογή των πορισμάτων της προγνωστικής έρευνας, τόσο κατά τη δικαστική απόφαση όσο και κατά το στάδιο έκτισης και κύρωσης. Ταυτόχρονα, η πρόγνωση έχει τη δική της μεθοδολογία. Προσεγγίζει έτσι το ερευνητικό αντικείμενο της, με διαφορετικά εργαλεία. Το αντικείμενο διάγνωσης είναι οι ενδείξεις ή γνωρίσματα ή κριτήρια με τα οποία γίνεται δεκτό ότι εμφανίζεται η επικινδυνότητα.

Η πρόγνωση, αντίθετα, αναζητά τον προσδιορισμό, τη μέτρηση και την πρόβλεψη των παραγόντων, των ιδιοτήτων και άλλων προκαθορισμένων στοιχείων του ατόμου, τα οποία συγκροτούν την προεγκληματική επικινδυνότητα. Έχει δηλαδή, ευρύτερο ερευνητικό πεδίο. (Δημόπουλος, 1988).

Στο στάδιο της προεγκληματικής επικινδυνότητας, η πρόγνωση και η διάγνωση ταυτίζονται. Ωστόσο, η εγκληματολογική πρόγνωση αποτελεί μια πολυκλαδική έρευνα. Περιλαμβάνει τη κλινική εξέταση του δράστη, τη μέτρηση της συμπεριφοράς, διάφορες κοινωνιομετρικές και κοινωνιολογικές έρευνες, που εξετάζουν βαθύτερα την προσωπικότητα του ατόμου στη δυναμική του σχέση με το περιβάλλον. Η προγνωστική έρευνα, ανατρέχει δηλαδή στο προεγκληματικό παρελθόν του ατόμου. Τα πορίσματα της εγκληματολογικής πρόγνωσης έχουν άμεση χρησιμότητα κατά την πρόγνωση της μελλοντικής συμπεριφοράς του κοινωνικά επικίνδυνου ατόμου, το οποίο δεν έχει τελέσει έγκλημα ακόμα. (Γαρδίκας, 1968 & 1970).

Σε κάθε περίπτωση που κάποιος ψυχίατρος αναλαμβάνει να προβλέψει την πιθανή επικίνδυνη συμπεριφορά ενός ατόμου, δεν κάνει κάτι διαφορετικό από το να προσπαθεί να προβάλει στοιχεία που έχει στη διάθεση του από το παρελθόν και το παρόν, στο μέλλον. Η πρόβλεψη της επικινδυνότητας έχει δύο σκέλη, που αφορούν την πρόβλεψη της αυτό- και ετερο- καταστροφικής συμπεριφοράς αντίστοιχα. Η μεν πρώτη είναι συνήθης και αποδεκτή πρακτική από όλους τους ψυχιάτρους, η δεύτερη όμως συχνά αποτελεί μια συνεπαγωγή της ψυχικής νόσου, στην οποία σπάνια δίνεται το βάρος που της αναλογεί. Η πρόβλεψη μιας πιθανής επικίνδυνης συμπεριφοράς ούτε αφορά 100% ακριβείς προβλέψεις, ούτε είναι δυνατό να αποφύγει όλους τους κινδύνους. Αφορά αιτιολογημένες επιλογές στα πλαίσια της ιατρικής, του νόμου και της κοινής λογικής.

Η εκτίμηση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, όπως και η εκτίμηση της επικίνδυνης για τους άλλους συμπεριφοράς, είναι ίδιες διαδικασίες, οι οποίες υπόκεινται στις ίδιες αρχές αλλά δίνουν έμφαση σε διαφορετικά στοιχεία. Ο Gunn (1993) περιγράφει τις αρχές της διαδικασίας εκτίμησης και πρόβλεψης της επικινδυνότητας σε επτά στάδια:

1. Λεπτομερές ιστορικό από τη γέννηση, χρησιμοποιώντας κάθε διαθέσιμη πληροφορία με παράλληλη εκτίμηση της αξιοπιστίας της.
2. Ειδική προσοχή στην κατάχρηση ουσιών, ειδικά του οινόπνευματος, με πληροφορίες σχετικές με τη λαμβανόμενη δόση, την αιτιολογία λήψης και τις επιπτώσεις της στο άτομο.
3. Ειδική προσοχή στα σεξουαλικά ενδιαφέροντα, τις αντιλήψεις και τις ιδέες για το σεξ.
4. Λεπτομερής καταγραφή κάθε παραπτωματικής ή αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Στοιχεία από τα νοσηλευτικά ή δικαστικά αρχεία, όποτε αυτά είναι διαθέσιμα. Ο εξεταζόμενος θα πρέπει πάντοτε να δίνει τη δική του εκδοχή για τα γεγονότα και να συζητούνται διεξοδικά οι σκέψεις, οι φόβοι, τα συναισθήματα και τα κίνητρα κατά την περίοδο διάπραξης της αντίστοιχης ενέργειας.
5. Ψυχολογική αξιολόγηση συμπεριλαμβανομένης της εκτίμησης της νοημοσύνης, της προσωπικότητας και της σεξουαλικής συμπεριφοράς.
6. Αξιολόγηση της ψυχικής κατάστασης. Όχι απλά και μόνο καταγραφή της σημειολογίας κατά την περίοδο της συνέντευξης, αλλά περιγραφή, όπου και

όποτε είναι δυνατόν, των σκέψεων, των συναισθημάτων και των φόβων, όπως τα σχηματοποιεί ο εξεταζόμενος. Ειδική έμφαση πρέπει να δίνεται στην παρουσία αισθημάτων θυμού και δυσκολίας ελέγχου της παρορμητικής συμπεριφοράς.

7. Λεπτομερής περιγραφή της συμπεριφοράς, της στάσης και της ανταπόκρισης σε οποιαδήποτε θεραπευτική αγωγή.

Συγκεντρωτικά οι παράγοντες που έχουν προβλεπτική αξία για την αυτοκτονική συμπεριφορά είναι οι ακόλουθοι (Lipsedge, 1995):

- ❖ Δηλωμένη πρόθεση
- ❖ Προετοιμασία, συμπεριλαμβανομένων και του αποθησαυρισμού φαρμάκων, τακτοποίησης οικονομικών και λοιπών εκκρεμοτήτων, σημειωμάτων κ.λ.π.
- ❖ Ιστορικό προηγούμενης ηθελημένης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, ειδικά το τελευταίο εξάμηνο.
- ❖ Σοβαρή καταθλιπτική νόσος, σχιζοφρένεια ή κατάχρηση ουσιών.
- ❖ Καταθλιπτική σημειολογία σε νεαρούς άνεργους σχιζοφρενείς, με συχνές υποτροπές και εκδηλώσεις αποδιοργάνωσης.
- ❖ Απαισιοδοξία, ανηδονία, απελπισία, συναισθήματα ενοχών, αϋπνία, αυτοεγκατάλειψη, διαταραχές μνήμης, ανησυχία, κρίσεις πανικού.
- ❖ Πρόσφατα αρνητικά γεγονότα ζωής, όπως απώλεια υποστηρικτικών σχέσεων, εργασίας, αδυναμία δόμησης θεραπευτικής σχέσης κ.λ.π.
- ❖ Περίοδος των πρώτων εβδομάδων μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Η συχνότητα εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς, από ψυχιατρικούς ασθενείς έναντι τρίτων, είναι μια ασαφής διαδικασία και οι ψυχίατροι έχουν την τάση γενικά να υπερεκτιμούν την πιθανότητα εμφάνισης της. Πέραν όμως των γενικών περιορισμών υπάρχουν κάποιοι παράγοντες οι οποίοι θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη. Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να συνοψισθούν ως εξής: (Lipsedge, 1995):

- ❖ Προηγούμενο ιστορικό βίας.
- ❖ Διαγνωστική κατηγορία και κυρίως σχιζοφρένεια, παθολογική ζήλια, ερωτομανία, διαταραχή από χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών ή συνδυασμός τους.
- ❖ Κοινωνικό ιστορικό πρόσφατης απώλειας οικογενειακής υποστήριξης, αποδιοργάνωση διαπροσωπικών σχέσεων ή απώλεια κατοικίας.

- Απειλητικές δηλώσεις που αφορούν προηγούμενα ή δυνητικά θύματα, απειλές εκδήλωσης βίας, εκρήξεις θυμού.
- Υποτροπή της νοσολογικής σημειολογίας.
- Παραληρητικές ιδέες ζηλοτυπικού περιεχομένου, ειδικά όταν συνδυάζονται με ιδέες δηλητηριάσεως.
- Πρόσφατη διακοπή της παρακολούθησης από ψυχιατρικές δομές ή ελλιπής συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή.

Το προφίλ του ατόμου που παρουσιάζει τη μεγαλύτερη πιθανότητα να βλάψει στο μέλλον τρίτους είναι: Άτομο με ιστορικό βίαιης ή επιθετικής συμπεριφοράς, το οποίο δεν φέρεται, γενικά, βίαια, εχθρικά ή επιθετικά, ενώ τα συναισθήματα και οι φαντασιώσεις που εκφράζει δεν σχετίζονται με βία ή θυμό, του οποίου όμως οι σχέσεις είναι εχθρικές, διαταραγμένες ή ανεπαρκείς χωρίς όμως να είναι εμφανώς ψυχωτικό. (Beck, 1985).

ΜΕΡΟΣ II: ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΕΓΚΛΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

2.1. ΓΕΝΙΚΟΤΗΤΕΣ

Η στενή σχέση μεταξύ εγκλήματος και ψυχικής διαταραχής είναι μια από τις πλέον διαδεδομένες αντιλήψεις σε όλες τις κοινωνίες των ανθρώπων ανεξάρτητα από τις όποιες διαφορές στην εθνική, ηθική και πολιτισμική τους ταυτότητα.

Οι ψυχωτικοί ασθενείς απεικονίζονται στα ΜΜΕ, όχι μόνον ως ανεπαρκείς ως προς τη λειτουργικότητα τους σε διάφορες κοινωνικές συμπεριφορές, αλλά ταυτόχρονα ως δυνητική απειλή για την ασφάλεια της κοινότητας. (Gerbner et al, 1981). Δεν είναι τυχαίο ότι ο ψυχωτικός και λίγα χρόνια πιο πριν ο επιληπτικός δολοφόνος, που τριγυρνάει τις νύχτες μέσα στις σκιές της πόλης και σκοτώνει αδιάκριτα ανύποπτους περαστικούς, ήταν και παραμένει ένα από τα αγαπημένα θέματα των μυθιστορημάτων και των ταινιών τρόμου. (Αλεβιζόπουλος, 1998, σ. 13).

Όσο όμως ο γενικός πληθυσμός αποδέχεται την αιτιολογική σχέση μεταξύ της μείζονος ψυχικής διαταραχής και της εκδήλωσης της εγκληματικής συμπεριφοράς, άλλο τόσο η συσχέτιση αυτή έχει αμφισβητηθεί έντονα από εγκληματολόγους, κοινωνιολόγους και ψυχιάτρους. Στη βιβλιογραφία υπάρχουν πολλές ερευνητικές μελέτες, οι οποίες μπορούν να υποστηρίξουν κάθε βασική υπόθεση συσχέτισης ψύχωσης και βίας. Δηλαδή ότι είναι περισσότερο, το ίδιο, ή λιγότερο πιθανή η εκδήλωση βίας από έναν ψυχωτικό ασθενή σε σχέση με ένα τυχαίο άτομο από το γενικό πληθυσμό. (Taylor, 1982· Τσαλίκोगλου-Κωστοπούλου, 1984). Μέχρι σήμερα η μόνη αποδεδειγμένη συσχέτιση δεν είναι μεταξύ εγκλήματος και ψυχικής νόσου αλλά μεταξύ εγκλήματος και νεότητας. Σε χώρες, όπως οι Η.Π.Α. και το Ηνωμένο Βασίλειο, οι άρρενες από 10 έως 20 χρόνων είναι υπεύθυνοι για το 50% του καταγεγραμμένου συνόλου των εγκλημάτων (West & Farrington, 1977· Snyder & Sickmund, 1995).

Η πραγματικότητα είναι ότι η σχέση που συνδέει το έγκλημα (για την ακρίβεια το βίαιο έγκλημα) και την ψυχική διαταραχή, δεν είναι ούτε επαγωγική ούτε ευθέως αιτιολογική. Συχνά τα συμπεράσματα που εξάγονται

από τις διάφορες μελέτες, στο χώρο αυτό, είναι παραπλανητικά είτε λόγω της περιπλοκότητας της στατιστικής τυχαιοποίησης και αξιολόγησης της ανθρώπινης συμπεριφοράς, είτε λόγω των ορισμών που δίνουν οι ερευνητές στις χρησιμοποιούμενες έννοιες, όπως τη βία, το έγκλημα, την αντικοινωνικότητα κ.ο.κ.

Ένας άλλος τρόπος αξιολόγησης της σχέσης ψυχικής νόσου-εγκλήματος είναι ο προσδιορισμός του αριθμού των ψυχιατρικών ασθενών στις φυλακές. Μία αξιόπιστη απεικόνιση της επίπτωσης της μείζονος ψυχιατρικής διαταραχής μεταξύ κρατούμενων σε φυλακές και ατόμων στην κοινότητα δίνεται από τον Monahan (1992) όπου διαπιστώνεται ότι ο αριθμός των σχιζοφρενών και των συναισθηματικά αρρώστων των φυλακών είναι 3-4 φορές μεγαλύτερος από τους αντίστοιχους στην κοινότητα. Ανεξάρτητα πάντως από τις όποιες αντιθέσεις μεταξύ των ειδικών, ως προς τη σχέση ψυχική νόσος-έγκλημα, είναι κοινά αποδεκτό ότι: Λίγοι ψυχιατρικοί ασθενείς είναι εγκληματίες και λίγοι εγκληματίες πάσχουν από κάποια ψυχιατρική διαταραχή (Gunn, 1977).

2.2. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΕΓΚΛΗΜΑ – ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η σχιζοφρένεια είναι μία ψυχωτική ψυχική διαταραχή αγνώστου αιτιολογίας, που χαρακτηρίζεται από διαταραχές στη σκέψη, τη διάθεση και τη συμπεριφορά. Η διαταραχή της σκέψης εκδηλώνεται μέσω διαστρέβλωσης της πραγματικότητας, ορισμένες φορές με παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις, συνοδευόμενες από κατακερματισμό των συνειρμών, που οδηγούν σε χαρακτηριστική διαταραχή του λόγου. Η διαταραχή της διάθεσης περιλαμβάνει αμφιθυμία και απρόσφορες ή περιορισμένες συναισθηματικές απαντήσεις. Η διαταραχή της συμπεριφοράς μπορεί να εκδηλωθεί μέσω απαθούς απόσυρσης ή παράδοξης δραστηριότητας. Χαρακτηρίζεται από θετικά συμπτώματα (παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργάνωση της συμπεριφοράς) και αρνητικά – ελλειμματικά συμπτώματα (επιπέδωση του συναισθήματος, αλογία, αβουλησία, ανηδονία). Αν και δεν αποτελεί γνωσιακή διαταραχή, η σχιζοφρένεια συχνά προκαλεί γνωσιακά ελλείμματα (για παράδειγμα, συγκεκριμένη σκέψη, ελλειμματική επεξεργασία πληροφοριών). Η σχιζοφρένεια είναι συνήθως χρόνια, με πορεία που περιλαμβάνει πρόδρομη, ενεργό και υπολειμματική φάση. Η πρόδρομη και η υπολειμματική

φάση χαρακτηρίζονται από άμβλυνση της μορφής των ενεργών συμπτωμάτων, όπως παράδοξες πεπιοθήσεις και μαγική σκέψη, καθώς και από ελλείμματα της φροντίδας του εαυτού και των διαπροσωπικών σχέσεων. Η σχιζοφρένεια, τεκμηριωμένα αποτελεί εγκεφαλική διαταραχή, με ανατομικές και λειτουργικές βλάβες, οι οποίες είναι ορατές στις νευροαπεικονιστικές μελέτες, και μια γενετική συνιστώσα, όπως προκύπτει απ' τις μελέτες διδύμων. Από τη δεκαετία του '70, ο αριθμός των σχιζοφρενικών ασθενών στα νοσοκομεία έχει ελαττωθεί περισσότερο από 50% (αποϊδρυματοποίηση). Από τους ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία, περισσότεροι του 80% παρακολουθούνται ως εξωτερικοί ασθενείς. (Sadock & Sadock, 2007).

Στη σχιζοφρενική διατάραξη της προσωπικότητας οι διανθρώπινες σχέσεις έχουν κατά κανόνα από πλευράς του περιεχομένου της καθοριστική σημασία (Στριγγάρης, 1947, σ. 254). Γι' αυτό σε αλληλουχία με αυτές γίνονται πολύ συχνά αξιόποινες πράξεις, οι οποίες έχουν φυσικά αυτό το θέμα ως αντικείμενο. Έτσι ο ασθενής αντιμετωπίζοντας, για παράδειγμα, την απόκρουση ενός υποθετικού κινδύνου που απειλεί τον ίδιο ή κάποιον άλλο, επιχειρεί αξιόποινες πράξεις κατά της ζωής ή της σωματικής ακεραιότητας. Εάν το πρόσωπο αυτό διαπεραστεί από την παρανοϊκή βεβαιότητα, ότι έχει υποστεί μείωση στα δικαιώματα του που είναι, κατά την άποψη του, απόλυτα θεμελιωμένα ή έχει εμποδιστεί στην επαγγελματική του εξέλιξη ή την απόκτηση των τίτλων που του ανήκουν (υποθετικά), τότε μπορεί να οδηγηθεί σε αξιόποινες πράξεις όπως αντίσταση κατά της πολιτειακής εξουσίας, εξύβριση, ψευδή καταμήνυση, ή παραβάσεις της δημόσιας τάξης. Αντίθετα η κλοπή και η υπεξαίρεση, η ληστεία και η εκβίαση, η απάτη και η απιστία ως συνέπειες μιας σχιζοφρενικής διατάραξης της προσωπικότητας δεν έχουν καμιά πρακτική σημασία. Το ίδιο ισχύει και για αξιόποινες πράξεις κατά της γενετήσιας ελευθερίας.

Εξάλλου δεν θα βρεθούν σχιζοφρενείς ανάμεσα σε εκείνους που συμπράττουν με άλλους για να εκτελέσουν μια αξιόποινη πράξη ή των οποίων το έγκλημα είναι αποτέλεσμα ενός κοινού σχεδίου ή ενός από κοινού συμφωνηθέντος εγχειρήματος με αντίστοιχη κατανομή έργου (συναυτουργία, μορφές συνέργειας). Η τάση δηλαδή που συνδέεται με κάθε ενδογενή ψύχωση για απομόνωση και για απομάκρυνση από την κοινή πραγματικότητα, εμποδίζει την από κοινού δραστηριότητα που είναι

επιβεβλημένη από τους στόχους του εγχειρήματος και εμφορείται από αλληλεγγύη.

Ο Kreapelin (1913) πρώτος παρατήρησε τη σχέση ανάμεσα στην αντικοινωνική-ψυχοπαθητική συμπεριφορά και τη σχιζοφρένεια. Μέχρι και το 1980 υποστηριζόταν ότι οι πάσχοντες από σχιζοφρένεια δεν είχαν περισσότερες πιθανότητες από το γενικό πληθυσμό να εμπλακούν σε βίαιες – παραπτωματικές πράξεις (Hafner et al, 1973). Το 1990 μία έρευνα με μεγάλο δείγμα (10.059 άτομα – Swanson et al) ανάστρεψε τα δεδομένα 8% των σχιζοφρενών είχαν εμπλακεί σε βίαιες πράξεις τον προηγούμενο χρόνο έναντι 2% του γενικού πληθυσμού. Νεώτερα λοιπόν δεδομένα άρχισαν να θέτουν υπό αμφισβήτηση τη μέχρι τότε επικρατούσα θέση και έγινε σταδιακά αποδεκτό, ότι άτομα πάσχοντα από σχιζοφρένεια, ήταν πιθανότερο να επιτελέσουν βίαιες πράξεις από τα άτομα του γενικού πληθυσμού.

Οι σχιζοφρενείς παρουσιάζουν μεγαλύτερες πιθανότητες να διαπράξουν ένα έγκλημα βίας σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, αν και αυτό είναι συνήθως ελάσσονος σοβαρότητας (Wessely & Taylor, 1991 · Link et al, 1992). Αξίζει να υπογραμμισθεί όμως ότι οι σχιζοφρενείς δράστες ανευρίσκονται και συλλαμβάνονται συχνότερα από τους μη ψυχωτικούς δράστες ανάλογων εγκλημάτων. Τα εγκλήματα τα οποία διαπράττονται από σχιζοφρενείς διαλευκαίνονται σχεδόν στο σύνολο τους, αποτελώντας έτσι σημαντικό παράγοντα πλασματικά αυξημένης εκπροσώπησης των σχιζοφρενών μεταξύ του συνολικού αριθμού των δραστών (Robertson, 1988).

Οι περισσότερες μελέτες στον τομέα αυτό αφορούν πληθυσμούς ψυχωτικών ασθενών, οι οποίοι εξεδήλωσαν βίαιη συμπεριφορά είτε στην κοινότητα, είτε κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Ψυχωτικοί ασθενείς, σχιζοφρενείς κατά το πλείστο, εμφανίζουν βίαιη συμπεριφορά πριν από την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο σε ποσοστά που κυμαίνονται μεταξύ του 18 και 37% (Lagos et al, 1977 · Johnston et al, 1986 · McNeil et al, 1988), ενώ σε μια σχετική μελέτη που αφορούσε σχιζοφρενείς ασθενείς, κατά τη διάρκεια πρώτου επεισοδίου, διαπιστώθηκε ότι στο 22% του συνόλου υπήρχε εμπλοκή της αστυνομίας λόγω βίαιης συμπεριφοράς κατά τον τελευταίο μήνα πριν από την εισαγωγή σε νοσηλευτική μονάδα (MacMillan & Johnson, 1987).

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, οι σχιζοφρενείς εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς από τις

υπόλοιπες ομάδες των ψυχιατρικών ενδονοσοκομειακών ασθενών (Rofman et al, 1980 · Tardiff & Sweillan, 1982 · Noble & Rogers, 1989). Όσον αφορά την εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς μετά την έξοδο από το ψυχιατρικό νοσοκομείο και την επανένταξη στην κοινότητα φαίνεται ότι οι σχιζοφρενείς εκδηλώνουν στατιστικά μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης βίαιης ή/και εγκληματικής συμπεριφοράς σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, όπως αυτό προκύπτει από τα ποσοστά συλλήψεων (Zitlin et al, 1976).

Τα ευρήματα αυτά θα πρέπει να αξιολογούνται με ιδιαίτερη προσοχή αφού, όπως προαναφέρθηκε, πολλοί παράγοντες μπορεί να οδηγούν σε αύξηση της εμφάνισης δραστών που πάσχουν γενικά από ψυχωτικές διαταραχές. Οι σημαντικότεροι από τους παράγοντες αυτούς είναι ο μεγαλύτερος χρόνος παραμονής στην κοινότητα, η αυξημένη συχνότητα διαλεύκανσης του αδικήματος, η αυξημένη ετοιμότητα του συστήματος υπηρεσιών υγείας και του συγγενικού περιβάλλοντος του αρρώστου να διακρίνουν επικινδυνότητα, καθώς και η διαφορετική αντιμετώπιση των σχιζοφρενών από την κοινότητα σε σχέση με άλλες κατηγορίες ψυχιατρικών ασθενών (Wessely & Taylor, 1991). Επίσης, θα πρέπει να αναφερθεί ότι και η ποινικοποίηση των ψυχιατρικών ασθενών φαίνεται να είναι μεγαλύτερη από αυτή των μη νοσούντων παραπτωμάτων, αφού τα ποσοστά συλλήψεων από την αστυνομία για τις δύο ομάδες είναι 47% και 28% αντίστοιχα. Η αναλογία αυτή υφίσταται ακόμη και όταν τα είδη και η βαρύτητα των αδικημάτων είναι ίδια (Terpin, 1984).

Η σημασία των κοινωνικών αντιλήψεων και μεταβολών στη φυσική πορεία της εγκληματικότητας των σχιζοφρενών φαίνεται στα συμπεράσματα των πρώτων μελετών που ολοκληρώθηκαν μέχρι και τη δεκαετία του 1950. Η πρώτη ειδικά σχεδιασμένη μελέτη αξιολόγησης της εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς ψυχιατρικών ασθενών στην κοινότητα είναι αυτή του Ashley (1922) στις ΗΠΑ. Στην έσοχη, από πολλές απόψεις, αυτή ερευνητική μελέτη παρακολουθήθηκαν 1000 ασθενείς οι οποίοι την εποχή εκείνη είχαν διαγνωσθεί ως σχιζοφρενείς, για περίοδο δέκα χρόνων μετά την απόλυση τους από το ψυχιατρείο. Από το σύνολο των ασθενών αυτών μόνο 12 (1,2%) συνελήφθησαν για κάποιο αδίκημα μέσα στη δεκαετία. Μέχρι και το 1958 ανάλογες εργασίες κατέληγαν σε παρόμοια συμπεράσματα (Cohen & Freeman, 1945 · Hastings, 1958), τα οποία θέτουν σε αμφισβήτηση όχι μόνον

ευρήματα πολλών μεταγενέστερων μελετών, αλλά και τη γενικότερη στάση μας απέναντι στην ψυχική νόσο. Αξίζει να υπογραμμιστεί ότι οι διαπιστώσεις των μελετών αυτών προέκυψαν σε μία περίοδο με πρακτικά ανύπαρκτες κοινωνικές υπηρεσίες, μετανοσοκομειακή φροντίδα και ακόμη περισσότερο χωρίς τη χρήση νευροληπτικών. Πιθανή ερμηνεία αυτής της αντίφασης μεταξύ των παλαιότερων και νεότερων εργασιών φαίνεται ότι δίνει η ύπαρξη τριών παραγόντων διαφοροποίησης: α) μεθοδολογικών, αφού στις εργασίες μέχρι τη δεκαετία του 1950 δεν είχαν ληφθεί υπόψη παράμετροι, όπως η μείωση της εγκληματικότητας στις μεγαλύτερες ηλικίες και η ανυπαρξία συγκριτικών δεικτών εγκληματικότητας με τον γενικό πληθυσμό (Gulevick & Bourne, 1970) β) ψυχοφαρμακολογικών, καθώς μετά την εισαγωγή στη θεραπευτική των νευροληπτικών μειώθηκε σημαντικά ο χρόνος ενδοноσοκομειακής νοσηλείας των ψυχωτικών ασθενών με αντίστοιχη αύξηση της θεραπευτικής αντιμετώπισης τους στην κοινότητα (Harding & Ashikaga, 1982) και γ) κοινωνικών οι οποίοι αφορούν τη συνεχή αύξηση της καταγραφόμενης βίαιης συμπεριφοράς στην κοινωνία (Gil, 1996).

Σε μια ιδιαίτερα περιεκτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας η Rabkin (1979) κατέδειξε ότι η αναλογία συλλήψεων των ψυχιατρικών ασθενών, μετά την έξοδο τους από νοσοκομεία, μέχρι το 1965 ήταν μικρότερη από αυτή του γενικού πληθυσμού. Αντίθετα, στις επόμενες μελέτες (1965-1979) η αναλογία αυτή παρουσίασε πλήρη ανατροπή και ο μέσος όρος συλλήψεων ψυχιατρικών ασθενών γενικού πληθυσμού τριπλασιάστηκε.

Από επιδημιολογικές μελέτες σε κρατούμενους, στην Αγγλία και Ουαλία, προκύπτει ότι ένα άτομο το οποίο πάσχει από σχιζοφρένεια παρουσιάζει εξαπλάσια πιθανότητα σε σχέση με το σύνολο των κρατουμένων να αντιμετωπίσει κατηγορία σχετιζόμενη με βία (Taylor & Gunn, 1984).

Τα προαναφερθέντα ευρήματα επιβεβαιώνονται και από δύο ευρείας κλίμακας επιδημιολογικές μελέτες. Οι Swanson et al (1990) εκτίμησαν τη συχνότητα εμφάνισης βίαιης συμπεριφοράς σε τρεις περιοχές επιδημιολογικού ελέγχου στις ΗΠΑ, μεταξύ 10.000 ατόμων τα οποία ανταποκρίθηκαν σε τηλεφωνική συνέντευξη. Από τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής προκύπτει ότι ασθενείς που έπασχαν από σχιζοφρένεια ή μείζονα συναισθηματική διαταραχή, παρουσίαζαν οκταπλάσια πιθανότητα εμφάνισης βίαιης συμπεριφοράς συγκριτικά με το μη νοσούντα πληθυσμό

(10,6% και 1,3% αντίστοιχα). Αξίζει να σημειωθεί ότι η παράλληλη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών διπλασίαζε αυτή την πιθανότητα. Αν και η μελέτη αυτή είναι ένα πολύ ενδιαφέρον επιδημιολογικό στοιχείο, εμφανίζει σημαντικές αδυναμίες, όπως για παράδειγμα ότι βασίσθηκε μόνο στο δείγμα που ανταποκρίθηκε στη συνέντευξη από τηλέφωνα, το οποίο πιθανώς να είναι ο πληθυσμός με τους μικρότερους δείκτες βίαιης συμπεριφοράς, καθώς επίσης και ότι το τελικό δείγμα των ψυχωτικών δεν ξεπερνούσε τα 400 άτομα. Η δεύτερη μελέτη αφορά 15.117 άτομα που γεννήθηκαν στη Στοκχόλμη το 1953 και παρακολουθήθηκαν επί 30 χρόνια. Όπως διαπιστώθηκε, ασθενείς με μείζονα ψυχιατρική διαταραχή, 161 άτομα συνολικά, παρουσίαζαν 4 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν διαπράξει κάποιο βίαιο αδίκημα (για τους άνδρες) και 27 φορές (για τις γυναίκες), σε σχέση με τον μη νοσούντα πληθυσμό (Hodgins, 1992).

Η σημαντικότερη αδυναμία αυτών των μελετών είναι το μικρό τελικά μέγεθος του πληθυσμού στόχου, το οποίο όμως, ακόμη και αν δεν είναι καθοριστικό, δείχνει σαφώς τη συμπεριφορική τάση του συγκεκριμένου δείγματος. Τα ευρήματα των δύο αυτών μελετών παραμένουν όμως, παρά τις αδυναμίες τους, πολύ διαφωτιστικά, όχι μόνον επειδή οι δημογραφικές μεταβλητές έχουν ελεγχθεί στατιστικά, αλλά κυρίως επειδή το δείγμα του πληθυσμού δεν αποτελείται αποκλειστικά και μόνο από πρώην, ή κατά το χρόνο της μελέτης, ενδονοσοκομειακούς ασθενείς, έτσι ώστε να προσομοιάζει ικανοποιητικά με το γενικό πληθυσμό.

Δυο τύποι ερευνητικών προσεγγίσεων βοήθησαν να αποσαφηνιστεί η σχέση εγκληματικότητας και σχιζοφρένειας α) Μελέτες επιπολασμού παραβατικότητας μεταξύ σχιζοφρενών ασθενών και β) Μελέτες επικράτησης της σχιζοφρένειας μεταξύ παραπτωμάτων.

Η νοσηλεία αποτελεί συχνά καθοριστικό παράγοντα για τη μελέτη της παραβατικότητας. Προ νοσηλείας ποσοστό περίπου 20% των πρωτονοσηλευομένων είχαν εμπλακεί σε παραβατικές πράξεις στο παρελθόν με στόχο συνανθρώπους. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας φάνηκε υψηλότερο ποσοστό επιθετικότητας μεταξύ των σχιζοφρενών. Θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η πιθανή ευόδωση της συμπεριφοράς αυτής από το περιοριστικό περιβάλλον. Μετά τη νοσηλεία το ποσοστό παραβατικής συμπεριφοράς φαίνεται να είναι χαμηλότερο από το αντίστοιχο ποσοστό προ νοσηλείας.

Παραβατική συμπεριφορά παρουσιάζουν το 9% των ασθενών μετά την έξοδο από την κλινική στις πρώτες 20 εβδομάδες. Το ποσοστό είναι μικρότερο από αυτό των άλλων διαταραχών (διπολική διαταραχή – διαταραχές προσωπικότητας – κατάχρηση ουσιών) αλλά, σαφώς μεγαλύτερο του γενικού πληθυσμού. Στις Η.Π.Α. περίπου ο ένας στους έξι σχιζοφρενείς ασθενείς φαίνεται να έχει εμπλακεί σε παραβατική πράξη το προηγούμενο εξάμηνο και 3,6% των πασχόντων έχει διαπράξει σοβαρό αδίκημα (χρήση όπλου, σεξουαλικό έγκλημα κ.λ.π). (Swanson et al, 2006).

Σε αναδρομικές έρευνες που στηρίχθηκαν σε αστυνομικά ή ασφαλιστικά αρχεία βρέθηκαν ανάλογα αποτελέσματα, καθώς οι σχιζοφρενικοί ασθενείς, φαίνεται να έχουν 2-4 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμπλακούν σε βίαιο έγκλημα, (Wallace, 2004) και βίαιη συμπεριφορά μπορεί να εμφανίζεται στο 41% των ανδρών σχιζοφρενών και στο 32% των γυναικών (Vevera et al, 2005).

Σε μία συστηματική ανασκόπηση 62 μελετών για 23.000 εγκλείστους από 12 χώρες υπολογίστηκε ο επιπολασμός για ψυχωσική διαταραχή στο 3,7% για τους άνδρες και 4% για τις γυναίκες (Fazel et al, 2002). Γενικά οι μελέτες δείχνουν υπεραντιπροσώπηση της σχιζοφρένειας ανάμεσα σε εγκλείστους σε σωφρονιστικά ιδρύματα, με διακύμανση αποτελεσμάτων από 2,7% έως 11%. (Walsh et al, 2002). Ειδικότερα στα εγκλήματα κατά της ζωής οι δράστες φαίνεται να έχουν 5% έως 10% πιθανότητα να είναι σχιζοφρενείς.

Αξίζει επίσης να αναφερθούμε σε μία σχετικά πρόσφατη διαπολιτισμική μελέτη. Οι Volavka et al (1997) μελέτησαν 1151 σχιζοφρενείς σε επτά ανεπτυγμένες και τρεις υπό ανάπτυξη χώρες. Από το σύνολο των ασθενών ποσοστό 20,6% εξεδήλωνε επιθετική συμπεριφορά. Αν όμως γίνει αναγωγή του μεικτού αυτού ποσοστού στις ανεπτυγμένες και τις υπό ανάπτυξη χώρες προκύπτει ότι στις δεύτερες, η επιθετική συμπεριφορά ήταν τριπλάσια από τις πρώτες, 10,5% και 31, 5% αντίστοιχα. Είναι πιθανό η πρώιμη θεραπευτική αντιμετώπιση με νευροληπτικά φάρμακα, που γίνεται στις ανεπτυγμένες χώρες, να επηρεάζει τη συνολική πορεία και εξέλιξη της νόσου. Από την άλλη πλευρά πάλι τα περισσότερα ανεπτυγμένα κοινωνικά δίκτυα μπορεί να είναι αυτά που λειτουργούν ανασταλτικά στην εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς κ.ο.κ Αναμφίβολα όμως καλύτερη περίθαλψη συνεπάγεται λιγότερη βία.

2.3. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Οι διαταραχές της διάθεσης (παλαιότερα ονομάζονταν συναισθηματικές διαταραχές) περιλαμβάνουν μία μεγάλη ομάδα διαταραχών, στις οποίες η κλινική εικόνα κυριαρχείται από παθολογική διάθεση και συνοδές διαταραχές. Οι διαταραχές της διάθεσης περιλαμβάνουν τις μείζονες καταθλιπτικές διαταραχές, τις διπολικές διαταραχές (τύποι I και II), τη δυσθυμική διαταραχή, την κυκλοθυμική διαταραχή, τις διαταραχές της διάθεσης λόγω γενικής σωματικής κατάστασης, τη διαταραχή της διάθεσης που προκαλείται από ουσίες και τη γενική κατηγορία των καταθλιπτικών και διπολικών διαταραχών, μη προσδιοριζομένων αλλιώς.

Ως διάθεση ορίζεται ένας διάχυτος συγκινησιακός τόνος, που επηρεάζει έντονα τις απόψεις και την αντίληψη του εαυτού, των άλλων και του περιβάλλοντος γενικά. Οι διαταραχές της διάθεσης είναι συχνές, δυνητικά θανατηφόρες και εξαιρετικά θεραπεύσιμες καταστάσεις, στις οποίες οι ασθενείς βιώνουν παθολογικά καταθλιπτική ή ανεβασμένη διάθεση. Οι διαταραχές της διάθεσης συνοδεύονται από πολλά σημεία και συμπτώματα, που επηρεάζουν όλες τις περιοχές της λειτουργικότητας. (Sadock & Sadock, 2007).

Παραδοσιακά η ετεροκαταστροφική και παραβατική συμπεριφορά δε συσχετίζεται με την κατάθλιψη. Αντίθετα, η σχέση της μείζονος κατάθλιψης με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά είναι γνωστή και επαρκώς μελετημένη από παλιά. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια δόθηκε έμφαση στη βιβλιογραφία στη σχέση της κατάθλιψης με περιπτώσεις αλτρουιστικής δολοφονίας και αυτοκτονίας. Στις περιπτώσεις αυτές, κατά τις οποίες η αυτό- και ετεροκαταστροφική συμπεριφορά συνυπάρχουν, η ανθρωποκτονία (συνήθως ενός ή περισσότερων μελών της οικογένειας) ακολουθείται εντός εβδομάδας από αυτοκτονία (ή απόπειρα αυτοκτονίας) του δράστη. Η μελέτη των περιπτώσεων αυτών δυσχεραίνεται βέβαια από το γεγονός ότι μικρό ποσοστό των δραστών εμφανίζονται τελικά στο δικαστήριο, καθώς πολύ συχνά η απόπειρα αυτοκτονίας επιτυγχάνει (Φερεντίνος & Δουζένης, 2008).

Ο καταθλιπτικός, (Heldmann, 1956, σ. 78, 80) εμφανίζεται στην ποινική οπτική κατά βάση μόνον μέσω της παράλειψης της πράξης που αναμένεται από αυτόν. Σπάνια εμφανίζεται και σε εγκλήματα ανθρωποκτονίας. Και τότε με τη μορφή του «αυτοκτονώ και παίρνω και τον άλλο μαζί μου».

Μία πρώτη ολοκληρωμένη μελέτη του τραγικού αυτού φαινομένου παρουσιάστηκε από τον West το 1966, βάσει σειράς περιπτώσεων από την Ουαλία και την Αγγλία κατά τα έτη 1954-1961. Ο Coïd παρατήρησε αργότερα ότι το φαινόμενο εμφανίζεται με σχετικά σταθερή επικράτηση στις διάφορες χώρες, που κυμαίνεται από 0,21-0,27/100.000 (Coïd, 1983). Αντίθετα, τα αντίστοιχα ποσοστά για την ανθρωποκτονία κυμαίνονται ευρέως μεταξύ των διαφόρων χωρών. Οι παρατηρήσεις αυτές ώθησαν τον συγγραφέα να πιθανολογήσει ότι η σταθερότητα της επικράτησης των αλτρουιστικών δολοφονιών και αυτοκτονιών, αντανακλά τη συσχέτιση τους με κάποια ψυχική διαταραχή, πιθανότατα την κατάθλιψη.

Πληθώρα μελετών σε διάφορους πληθυσμούς επιβεβαίωσαν σειρά από αρχικές παρατηρήσεις. (Marzuk et al, 1992). Οι δράστες είναι στην πλειοψηφία τους άνδρες άνω των 30 ετών που σκοτώνουν τις (νυν ή πρώην) συντρόφους τους ή (σε μικρότερο ποσοστό) τα μικρά παιδιά τους. Άλλοτε είναι άντρες με καταθλιπτικές μητέρες ή απελπισμένοι ηλικιωμένοι με ασθενείς συζύγους. Κατά δεύτερο λόγο οι δράστες είναι γυναίκες που σκοτώνουν τα παιδιά τους. Τα θύματα (συνηθέστερα ένα κάθε φορά) είναι στην πλειοψηφία τους γυναίκες και σπανιότερα παιδιά. Το φονικό όργανο που χρησιμοποιείται συχνότερα είναι πυροβόλο όπλο, με ελάχιστες εξαιρέσεις. Το συμβάν συμβαίνει συνήθως στο σπίτι. Η μεγάλη πλειοψηφία των δραστών πάσχει από μείζονα κατάθλιψη, με ή χωρίς ψυχωσικά στοιχεία. Στις περιπτώσεις ψυχωσικής κατάθλιψης η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά του ασθενούς επεκτείνεται σε μέλη της οικογένειας του, σε μια προσπάθεια λύτρωσης τους από μία υποθετική αναπόφευκτη καταστροφή ή αποφυγής του στίγματος από τη σχεδιαζόμενη απόπειρα αυτοκτονίας του (αλτρουιστικά κίνητρα). Στις περιπτώσεις που συνυπάρχει «κτητικότητα» και νοσηρή ζηλοτυπία ο δράστης δρα παρορμητικά. Συχνά υπάρχει ιστορικό χαοτικών σχέσεων, χρόνιας δυσαρμονίας, φυσικής βίας και επανειλημμένων λεκτικών απειλών. Επομένως, ο όρος «επεκτεινόμενη αυτοκτονία» είναι προτιμότερος, αφού τα κίνητρα δεν είναι πάντοτε αλτρουιστικά. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων το εκλυτικό γεγονός είναι η αποχώρηση (πραγματική ή επαπειλούμενη) της συζύγου. Διάφοροι άλλοι παράγοντες (συννοσηρότητα με κατάχρηση αλκοόλ, συνυπάρχουσα διαταραχή προσωπικότητας, οικονομικά προβλήματα) συμμετέχουν ενίοτε, σε διαφορετικό βαθμό.

Κάποιοι συγγραφείς αμφισβητούν την έννοια της αλτρουιστικής αυτοκτονίας στα πλαίσια του φαινομένου ανθρωποκτονίας-αυτοκτονίας, τονίζοντας τη συχνότητα των άλυτων συγκρούσεων και των μακροχρόνιων αποτυχημένων σχέσεων ειδικά στις περιπτώσεις ανδρών που σκοτώνουν τις συντρόφους τους. Σε αυτές τις περιπτώσεις, αν και η διαπίστωση καταθλιπτικής διαταραχής είναι σταθερό εύρημα, εν τούτοις δεν χαρακτηρίζεται πάντα από ψυχωτικά συμπτώματα αλλά από διαταραχή της προσωπικότητας και χρόνια προβλήματα σχέσεων (Parker, 1979). Η άποψη ότι οι αυτό- ή ετερο- καταστροφικές εκδηλώσεις μιας ψυχιατρικής νόσου είναι συχνά συνθηκοεξαρτώμενες και αποτελούν μια ανατροπή της αμυντικής ικανότητας του ατόμου απέναντι σε πλήθος ψυχοπιεστικών παραγόντων είναι ευρύτατα διαδεδομένη. Ειδικά για την καταθλιπτική νόσο η ανατροπή της ισορροπίας είναι αποτέλεσμα της αδυναμίας αντίστασης σε κοινούς ψυχοπιεστικούς παράγοντες, όπως η ανεργία, η μοναχικότητα, οι δυσκολίες σχέσεων, ο αλκοολισμός, κ.τ.λ. (Hawton, 1987). Τα τελευταία χρόνια, κερδίζει συνεχώς έδαφος η άποψη ότι υφίσταται επιπρόσθετα σημαντικό βιολογικό υπόβαθρο σε κάθε είδος εκδήλωσης παρορμητικής βίας, το οποίο αφορά κεντρική σεροτονινεργική δυσλειτουργία (Virkkunen et al, 1987 · Roy & Linoilla, 1988 · Alevisopoulos, 1996).

Η διάγνωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, αλλά κυρίως της βαρύτητας της και κατ' επέκταση της επικινδυνότητας που συνεπάγεται, αποτελεί ένα δυσεπίλυτο πρόβλημα στους παραπτωματικούς πληθυσμούς οι οποίοι αντιμετωπίζονται στις φυλακές. Πολύ συχνά, η καταθλιπτική συμπτωματολογία, μετά τη σύλληψη, μπορεί να θεωρηθεί αντιδραστική προς τις συνθήκες και ως εκ τούτου να μην δοθεί η κατάλληλη προσοχή. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας μέσα στις φυλακές είναι πολύ αυξημένος και φαίνεται ότι είναι ανεξάρτητος, από τον τρόπο λειτουργίας κάθε φυλακής. Για παράδειγμα στις ΗΠΑ ο προσδιοριζόμενος δείκτης αυτοκτονιών στο γενικό πληθυσμό είναι 12,3/100.000 (Lester & Danto, 1993). Αντίθετα ο προσδιορισμός του δείκτη αυτοκτονιών στις φυλακές κυμαίνεται από 107/100.000 (Hayes, 1989) μέχρι 131,5-187,5/100.000 (Winfrey, 1988), αναλογία που αντιστοιχεί σε 9-17 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα. Στην Ελλάδα στις φυλακές Κορυδαλλού, έχουν καταγραφεί 40 αυτοκτονίες σε περίοδο 31 μηνών (από 4/1994-11/1996) οι οποίες αφορούσαν αποκλειστικά άνδρες.

Πέραν όμως των επικίνδυνων, για τη ζωή, συνεπειών της κατάθλιψης, υπάρχουν και ελαφρότερα παραπτώματα που συνδέονται με τη νόσο και κυρίως οι κλοπές, οι οποίες είναι ο κανόνας. Οι κλοπές ειδών από καταστήματα με δράστες καταθλιπτικές γυναίκες έχουν αναφερθεί από παλιά. Σε δείγμα 525 γυναικών οι οποίες είχαν συλληφθεί στην Αγγλία και Ουαλία για τέτοιες κλοπές, διαπιστώθηκε ότι 44 (8,3%) από αυτές είχαν ανάγκη κάποιου είδους ψυχιατρικής θεραπείας. Το ποσοστό αυτό ήταν τριπλάσιο από το αναμενόμενο στο γυναικείο γενικό πληθυσμό. Το 25% από αυτές τις γυναίκες έπασχε από κατάθλιψη, ενώ μόλις ένα 2% παρουσίαζε διπολική διαταραχή (Gibbens et al, 1971).

Η βιβλιογραφία είναι επίσης πολύ πτωχή όσον αφορά τον προσδιορισμό των ψυχολογικών μηχανισμών που οδηγούν κάποιο καταθλιπτικό άτομο στην κλοπή από κατάσταση. Από τις μελέτες των Curchick & Acherson (1983) στον Καναδά και του Gudjonsson (1990) στην Αγγλία προκύπτει ότι το τυπικό προφίλ ενός τέτοιου ατόμου είναι: γυναίκα στην τέταρτη και πέμπτη δεκαετία της ζωής της, η οποία έχει πρόσφατα υποστεί ή απειλείται από μία σημαντική προσωπική απώλεια, όπως κατοικίας, συντρόφου ή της ίδιας της ζωής. Ενδιαφέρον είναι, ότι στο δείγμα των Curchick & Acherson 41,5% έπασχε από καρκίνο. Στους πληθυσμούς και των δύο μελετών η επιθετικότητα και ο θυμός ήταν εξίσου προφανείς με την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Αντίθετα μελαγχολικά στοιχεία δεν διαπιστώθηκαν στην πλειονότητα των ατόμων, ενώ η μονοθεραπεία με αντικαταθλιπτικά φάρμακα δεν απέδωσε την προσδοκώμενη αποτελεσματικότητα.

Οι ασθενείς με μανία ή υπομανία φαίνεται ότι απασχολούν πιο συχνά το νόμο απ' ότι οι ασθενείς με κατάθλιψη. Ειδικότερα η συμπεριφορά των ασθενών με υπομανία συχνά δεν αναγνωρίζεται ως εκδήλωση ψυχικής διαταραχής αλλά μπορεί να αποτελέσει αιτία ποινικής δίωξης. Ο μανιακός ασθενής μπορεί να εμφανίζεται δυσφορικός, ευερέθιστος, μπορεί να παραληρεί (για παράδειγμα να έχει ιδέες μεγαλείου) και να ενοχλείται όταν οι άλλοι αμφισβητούν το παραλήρημα του. Μπορεί να έχει ψυχοκινητική υπερδραστηριότητα ή ανησυχία, μπορεί να δανεισθεί μεγάλα χρηματικά ποσά σε μικρό χρονικό διάστημα ή μπορεί να εμφανίσει άρση σεξουαλικών αναστολών. Τέλος, μπορεί να κάνει χρόνια κατάχρηση αλκοόλ άλλων ουσιών

και να συνυπάρχει διαταραχή προσωπικότητας (για παράδειγμα, οιστριονικού, μεθοριακού ή αντικοινωνικού τύπου). Ο ασθενής με μεικτά στοιχεία ή με ταχεία εναλλαγή φάσεων είναι ακόμη πιο επικίνδυνος να εκδηλώσει παραβατική συμπεριφορά. Ειδικά στις τελευταίες περιπτώσεις είναι πολύ εύκολο η συναισθηματική διαταραχή να παραβλεφθεί και εστία της προσοχής να αποτελέσουν, για παράδειγμα, η χρήση αλκοόλ και τα μικροαδικήματα στα οποία έχει εμπλακεί. Επομένως, η διάγνωση μπορεί να μη γίνει εύκολα εάν στηριχθεί μόνο σε μια έστω και προσεκτική συνέντευξη αλλά η αναγνώριση σαφών επεισοδίων της διαταραχής (δηλαδή φάσεων κατάθλιψης και υπομανίας), είναι συνήθως εμφανής στις περιγραφές των ιατρικών ή αστυνομικών αρχείων όταν υπάρχουν.

Τα συνήθη αδικήματα στα οποία εμπλέκονται υπομανιακοί ασθενείς είναι πταίσματα: μέθη, ήπια βία, απειλές βίας, μικροαπάτες, ψευδής δήλωση στοιχείων ταυτότητας, απρεπής σεξουαλική συμπεριφορά, ή άρση αναστολών. Τα ελαφρά αδικήματα σε συνδυασμό με την κατά τεκμήριο ικανοποιητική λειτουργικότητα του υπομανιακού αλλά και του μανιακού, κάποιες φορές, ατόμου για μεγάλες χρονικές περιόδους συχνά οδηγούν τις διάφορες υπηρεσίες να του προσδίδουν το χαρακτηρισμό του «γραφικού μικροκακοποιού» που είναι γνωστός και συνήθως «διασκεδαστικός» στις αρχές και κατά περιόδους κάνει κάποια «διαλείμματα» στη φυλακή. (Αλεβιζόπουλος, 1998, σ. 29). Οι μανιακοί ασθενείς αντίθετα απασχολούν πιο συχνά τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρά το νόμο, καθώς η συμπεριφορά τους είναι εμφανέστερα επακόλουθη της ψυχικής τους διαταραχής.

Σε σπανιότερες περιπτώσεις οι μανιακοί ασθενείς μπορούν επίσης να διαπράξουν και σοβαρά αδικήματα, όπως έδειξε η μελέτη του Wulach (1983). Σε αυτή τη μελέτη περιγράφονται 100 κρατούμενοι σε μανία, 13% εκ των οποίων είχαν διαπράξει σοβαρά αδικήματα όπως, πρόκληση θανατηφόρου τροχαίου δυστυχήματος, εμπρησμό και βιασμό.

Στην προσπάθεια προσδιορισμού των παραγόντων οι οποίοι σχετίζονται με την επικινδυνότητα των μανιακών και υπομανιακών ασθενών, δύο μελέτες προσέφεραν κάποιες υποθέσεις. Οι Beigel & Murphy (1971) θεώρησαν ότι υπάρχουν δύο διαφορετικοί τύποι μανιακών ασθενών. Ο πρώτος, χαρακτηρίζεται από ευφορία, υπερτίμηση του εγώ και μικρή καταστροφική συμπεριφορά. Ο δεύτερος τύπος, χαρακτηρίζεται από ελάχιστη

ευφορία, παρανοειδή ιδεασμό και αυξημένη καταστροφικότητα. Αντίθετα οι Carlson & Goodwin (1973) πρότειναν την υπόθεση ότι η επικινδυνότητα δεν σχετίζεται με τους τύπους της ψυχοπαθολογίας, αλλά με τις διάφορες φάσεις της ίδιας της νόσου. Συγκεκριμένα κατά την αρχική φάση επικρατεί ευφορία, η οποία εξελίσσεται στη φάση της επιθετικότητας και τέλος υφίεται περνώντας στη φάση κατά την οποία επικρατεί το άγχος. Οι δύο αυτές υποθέσεις παρουσιάζουν σημαντικές αδυναμίες, όπως ότι βασίσθηκαν σε πολύ μικρά πληθυσμιακά δείγματα και δεν κατέστη δυνατό να επιβεβαιωθούν από ανάλογες μεταγενέστερες (Wulach, 1983).

Ο μανιακός (Heldmann, 1956, σ. 78) χαρακτηρίζεται συχνά από μια υπερεκτίμηση της προσωπικής του αξίας και της ικανότητας του για ιδιαίτερες επιδόσεις όπως επίσης και από την αυξημένη απαίτηση του για τίτλους χωρίς όμως αντίστοιχα επιτεύγματα. Σε σύνδεση με αυτά χαρακτηρίζεται ενίοτε και από την τάση του να σχετικοποιεί ή να ακυρώνει το δεσμευτικό χαρακτήρα γενικών, κοινωνικά υποχρεωτικών κανόνων σε αναφορά με το πρόσωπο του. Γι' αυτό δεν υπάρχει σχεδόν αξιόποινη πράξη που δεν θα πρέπει να αναμένεται από μανιακό. Κατά κανόνα πρόκειται βέβαια για αξιόποινες πράξεις που είτε εξυπηρετούν την επιβεβαίωση της δικής του αξίας είτε αποβλέπουν στην άρση ή και τιμώρηση των αμφιβολιών που οι άλλοι έχουν σε σχέση με τη δική του ιδιαίτερη ικανότητα και εξέχουσα θέση.

2.4. ΝΕΥΡΩΣΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Με το χαρακτηρισμό της νεύρωσης, περιγράφονται ψυχοπαθολογικά σύνδρομα με μεγάλη ποικιλία ψυχικών διαταραχών και σωματικών ενοχλημάτων, διαταραχών της συμπεριφοράς με τη μορφή αποκλίσεων από τη συμπεριφορά που θεωρείται ομαλή και εκδηλώσεων σύγκρουσης με το άμεσο οικογενειακό ή κοινωνικό περιβάλλον. Η κύρια διαφορά των νευρώσεων από τις ψυχώσεις βρίσκεται στην έκταση, το βάθος και την ποιότητα της ψυχικής διαταραχής. Στις νευρώσεις δε θίγονται βαθιά στρώματα της προσωπικότητας, δεν αποδιοργανώνεται η προσωπικότητα του ατόμου που πάσχει και δεν επέρχεται πλήρης διακοπή επικοινωνίας με την πραγματικότητα που το περιβάλλει, όπως στις ψυχώσεις. (Νασιάκου, 1982).

Κοινό χαρακτηριστικό σύμπτωμα των νευρώσεων, είναι το άγχος, που κυριαρχεί στο βάθος, στον πυρήνα κάθε νεύρωσης, που διαχέεται και καλύπτει όλη την εικόνα οποιασδήποτε νευρωσικής κατάστασης. Το άγχος είναι η έκφραση ενός επικείμενου αόριστου κινδύνου μπροστά στο οποίο το άτομο είναι ανίκανο να αντιδράσει. Όταν η διάρκεια του είναι αρκετά μεγάλη, γίνεται αισθητό σαν μια οδυνηρή αίσθηση εσωτερικής πίεσης, σαν ένας παράλογος τρόμος, που μπορεί να φτάσει τα όρια του πανικού. Το άγχος κινητοποιεί, μέσα από τους νευροφυτικούς μηχανισμούς, ένα πλήθος από σωματικές λειτουργικές διαταραχές, που η ένταση τους πολλές φορές απαιτεί ιατρική αντιμετώπιση. Έτσι συχνά συμπτώματα είναι η ταχυκαρδία, η καρδιακή αρρυθμία, οι πεπτικές εσωτερικές διαταραχές, η συχνουρία, η ξηρότητα στο στόμα, οι ιδρώτες, η ωχρότητα, το τρεμούλιασμα και τα μουδιάσματα στα άκρα. Συχνότερες είναι οι διαταραχές του ύπνου, η αϋπνία, ο ύπνος που διακόπτεται από εφιαλτικά όνειρα, η δυσκολία στην αφύπνιση. Μαζί με αυτά τα γενικά συμπτώματα, υπάρχουν και ειδικά που χαρακτηρίζουν ορισμένες μορφές νευρωσικών αντιδράσεων όπως είναι οι φοβίες, οι ιδεοληψίες και ψυχαναγκαστικές πράξεις και οι υστερικές εκδηλώσεις. Τα ιδιάζοντα αυτά συμπτώματα, σταθερά και επίμονα και συνήθως ανθεκτικά στις θεραπευτικές προσπάθειες, δίνουν ιδιαίτερο χρώμα στην κλινική εικόνα και χαρακτηρίζονται σαν ιδιαίτερες ψυχοπαθολογικές οντότητες. (Νασιάκου, 1982).

Στο DSM-IV & ICD-10, οι νευρωσικές διαταραχές περιλαμβάνουν την Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή, την Διαταραχή Πανικού, την Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες, τις Φοβίες, την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή, αλλά και Διασχιστικές και Σωματομορφικές Διαταραχές. Στα υπάρχοντα συστήματα ταξινόμησης ψυχικών νόσων παρουσιάζεται επικάλυψη κάποιων συμπτωμάτων ανάμεσα σε διαταραχές προσωπικότητας και νευρωσικές διαταραχές και αυτό προκαλεί κάποιες ψυχιατροδικαστικές εμπλοκές.

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η Διασχιστική Διαταραχή Ταυτότητας (ΔΔΤ), γνωστή στο παρελθόν ως Διαταραχή Πολλαπλής Προσωπικότητας. Σε περίπτωση που κάποιος με ΔΔΤ, διέπραξε αξιόποινες πράξεις, μπορούμε να θεωρήσουμε ότι η κατηγορούμενη προσωπικότητα είναι υπεύθυνη, αν υποστηριχθεί ότι η κατηγορούμενη προσωπικότητα δεν ήταν η προσωπικότητα που ενήργησε; Έχει δηλαδή αυτό το άτομο την ηθική

ευθύνη; Οι πραγματιστές θα υποστήριζαν ότι πρέπει να θεωρήσουμε τις διαφορετικές προσωπικότητες σαν να ήταν η κάθε μία χωριστό πρόσωπο, επειδή κάθε μία είναι χωριστό πρόσωπο. Αυτή η θέση συνεπάγεται ότι κάθε μία προσωπικότητα είναι μια χωριστή οντότητα, ηθικά αυτόνομη, ένας ενδεχόμενος ανεξάρτητος κοινωνικός δράστης με ηθικά και νομικά δικαιώματα και ευθύνες. Έτσι θεωρείται ότι οι άλλες προσωπικότητες έχουν πολύ σαφή και συγκεκριμένη ταυτότητα και τον πλήρη έλεγχο της ζωής τους και λόγω αυτού θεωρούνται ως υπεύθυνες για τις ενέργειες τους. (Braude, 2003). Άλλη άποψη όμως υποστηρίζει ότι δεν πρέπει να θεωρηθούν ως χωριστές οντότητες, αλλά μάλλον ως διαφορετικές καταστάσεις ενός προσώπου. Η ηθική ευθύνη εξαρτάται από τους μηχανισμούς που διευκολύνουν τις μορφές αυτοελέγχου. Εάν αυτοί οι μηχανισμοί είναι απόντες, δεν μπορεί να θεωρείται ως ηθικά υπεύθυνη η κύρια προσωπικότητα, όπως συμβαίνει και με τις ψυχωσικές διαταραχές (Kennet & Mathews, 2002). Παρά τα επιχειρήματα για ένα ενιαίο άτομο, η μειωμένη ευθύνη καταλογισμού που είναι ο κανόνας σε αυτές τις περιπτώσεις, ενδέχεται να αυξήσει τη συχνότητα παραδοχής ΔΔΤ, κυρίως πριν από την επαφή με τις νομικές και ψυχιατροδικαστικές αρχές (Deeley, 2003).

Οι νευρωσικές διαταραχές δεν φαίνεται να συνδέονται με μείζονα παραβατικότητα. Η πιο σημαντική και συχνή συσχέτιση μεταξύ της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής και παραβατικότητας είναι αρνητική, καθώς οι πάσχοντες αν και συχνά έχουν φόβο ότι θα διαπράξουν εγκληματική πράξη, πολύ σπάνια εκτελούν παραβατικές πράξεις. Υπάρχει βέβαια κίνδυνος για εκτέλεση αυτών των ιδεοληψιών αν είναι παρούσα αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας ή ένα προηγούμενο ιστορικό παραβατικής συμπεριφοράς (Bluglass & Bowden, 1990).

Σε πρόσφατη έρευνα για την ενδοοικογενειακή βία υποστηρίχθηκε ότι οι αντιλήψεις απειλής από ένα οικείο πρόσωπο θα μπορούσαν ενδεχομένως να προκαλέσουν ενεργοποίηση των ίδιων νευρωνικών κυκλωμάτων με τις κρίσεις πανικού και να απελευθερώσουν έτσι βίαιες και συναισθηματικά φορτισμένες αντιδράσεις του δράστη (Mitchell & Gilchrist, 2006). Κρίση πανικού και επιθετικότητα αντιπροσωπεύουν ακατάλληλη ενεργοποίηση των συναισθηματικών αμυντικών απαντήσεων λόγω του μειωμένου ελέγχου περιοχών του μεσεγκεφάλου από την αμυγδαλή ή/ και τον προμετωπιαίο

λοβό. Οι κρίσεις πανικού θα μπορούσαν δυνητικά να κατασταλούν με την αύξηση της ικανότητας του προμετωπιαίου λοβού να αναστέλλει τους συναισθηματικούς αμυντικούς μηχανισμούς του μεσεγκεφάλου. Η αλληλουχία αυτή θα μπορούσε να εξηγεί μέρος της συμπεριφοράς των δραστών οικογενειακής βίας, αν και αυτό χρειάζεται περαιτέρω έρευνα. (Mitchell & Gilchrist, 2006).

Σε μια έρευνα σχετικά με τη παρουσία ψυχικών διαταραχών σε κρατούμενους σε αναμονή για δίκη στην Αγγλία και Ουαλία βρέθηκαν να πάσχουν από νευρωσικές διαταραχές σε ποσοστό 26%, αλλά φυσικά αυτή η εργασία δεν μας δίνει πληροφορίες για τη νόσηση πριν την παραβατική συμπεριφορά (Brooke et al, 1996).

Μια συγκεκριμένη έκφανση νευρωσικού χαρακτήρα με ψυχιατροδικαστικό ενδιαφέρον, είναι η ομοφοβία. Η ομοφοβία, ορίζεται ως ο φόβος επαφής και επικοινωνίας με τους ομοφυλόφιλους, και μπορεί να καταταχθεί στις φοβίες. Μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή βία, συχνά εκ προμελέτης και μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη ψυχωσικών ιδεών. Τα ποινικά δικαστήρια έχουν εξοικειωθεί με τον ετεροφυλόφιλο κατηγορούμενο για δολοφονία, που χρησιμοποιεί στην υπεράσπιση του το επιχείρημα ότι μια ομοφυλοφιλική πρόκληση ήταν μια ικανοποιητική πρόκληση για να άρει τον αυτοέλεγχο του και να τον οδηγήσει στη βία.

Σε μια μελέτη (Murphy, 2006), τα συμπεράσματα δείχνουν, ότι η ομοφοβία φαίνεται να παίζει έναν σημαντικό ρόλο στη γένεση τόσο ψυχωσικών εγκλημάτων όσο και μη ψυχωσικών. Σχετικά με την ομοφοβία που συνδέεται με τη βία, αυτή η μελέτη, προτείνει την ταξινόμηση των περιπτώσεων σε τρεις ευρείες κατηγορίες δραστών: μη ψυχωτικοί, εκείνοι που είναι βίαιοι στα πλαίσια ψυχωσικών επεισοδίων, και εκείνοι που είναι βίαιοι κατά τη διάρκεια άτυπων ψυχωσικών διαταραχών. Τα περισσότερα εγκλήματα που περιλαμβάνουν την αντι-ομοφυλοφιλική βία είναι μη ψυχωσικά. Οι δράστες αναζητούν ενεργά τις ευκαιρίες να διαπράξουν βίαιες πράξεις, χρησιμοποιώντας ηθικές δικαιολογίες, όπως αναφορές στη Βίβλο, και τείνουν να είναι ιδιαίτερα βάνανσοι. Ανασκόπηση της εμπειρικής έρευνας (Murphy, 2006), διαπιστώνει ότι η εχθρότητα προς τους ομοφυλόφιλους, ενισχύεται από την αποδοχή των παραδοσιακών ρόλων του φύλου, της

υψηλής θρησκευτικότητας, του πολιτικού συντηρητισμού και της έλλειψης προσωπικής επαφής με τους ομοφυλόφιλους.

Συμπερασματικά, οι αμιγείς νευρωσικές διαταραχές έχουν μικρή συσχέτιση με σοβαρή παραβατικότητα. Αν όμως σκεφτούμε την συχνή συννοσηρότητα των νευρωσικών διαταραχών με κατάχρηση ουσιών και άλλες ψυχικές διαταραχές ή/και την παρουσία νευρωσικών συμπτωμάτων σε πολλές ψυχικές διαταραχές φαίνεται να αυξάνεται η συσχέτιση παραβατικότητας και νευρωσικών συμπτωμάτων. Χρειάζεται ακόμη έρευνα στοχευμένη σε παραβάτες που παρουσιάζουν αμιγείς νευρωσικές διαταραχές για να τεκμηριωθεί η όποια συσχέτιση νευρωσικών διαταραχών και παραβατικότητας. (Τσόπελας, 2008 σ. 149).

2.5. ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ ΚΑΙ ΕΓΚΛΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ-ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Ο όρος Νοητική Υστέρηση χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια ετερογενή ομάδα πληθυσμού, η οποία όμως έχει τα εξής κοινά χαρακτηριστικά: α) νοητική λειτουργία σημαντικά κάτω του μέσου όρου, β) έκπτωση ή ελλείμματα σε δύο ή περισσότερους τομείς της προσαρμοστικής λειτουργίας σε σχέση με τα άτομα της ίδιας ηλικίας και του ίδιου πολιτισμικού υπόβαθρου, γ) έναρξη πριν την ηλικία των 18 χρόνων. (Βούρδας, 2008, σ. 160).

Η νοητική υστέρηση εκτιμάται ύστερα από ψυχιατρική εξέταση και σταθμισμένη ψυχομετρική αξιολόγηση. Στο 50-70% των ατόμων υπάρχει μια ταυτοποιήσιμη γενετική ή περιβαλλοντική αιτία, που οδηγεί στην εγκεφαλική βλάβη και στη νοητική δυσλειτουργία. Το 1/3-2/3 των ατόμων εμφανίζουν συννοσηρότητα με σημαντικά προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας.

Όταν η νοητική υστέρηση συνυπάρχει με άλλες διαταραχές και επιπρόσθετους παράγοντες όπως οικονομικά προβλήματα, κοινωνικός αποκλεισμός, προκατάληψη και έλλειψη στέγης, τότε οδηγούμαστε σε ένα πολύπλοκο συνδυασμό βιολογικών, αναπτυξιακών, ψυχολογικών και κοινωνικοοικονομικών παραμέτρων, ο οποίος οδηγεί μια μερίδα του πληθυσμού αυτού σε δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές και στην παραβατικότητα.

Η συσχέτιση μεταξύ νοητικής υστέρησης και εγκληματικότητας είναι παλαιά, αν και από πολλούς αμφισβητείται. Οι παραπτωματίες παρουσιάζουν κατά μέσο όρο μικρότερη βαθμολογία του δείκτη νοημοσύνης από το γενικό πληθυσμό. (Eysenk & Gudjonsson, 1989). Είναι προφανές βέβαια ότι παραπτωματικότητα η οποία προϋποθέτει υψηλό βαθμό οργάνωσης και κοινωνικών δεξιοτήτων θα πρέπει να εξαιρεθεί εκ προοιμίου. Αντίθετα διαπροσωπική βία και εγκλήματα κατά της περιουσίας, συμπεριλαμβανομένου και του εμπρησμού, αποτελούν τον κύριο όγκο της παραπτωματικότητας ατόμων με νοητική υστέρηση. Η μελέτη της Hodgins (1992) σε 15.117 κατοίκους της Στοκχόλμης για περίοδο 30 χρόνων έδειξε ότι άνδρες με νοητικές μειονεξίες παρουσίαζαν τριπλάσια πιθανότητα να διαπράξουν κάποιο αδίκημα από άτομα που δεν εμφάνιζαν κάποιου είδους ψυχική διαταραχή και πενταπλάσια πιθανότητα διάπραξης κάποιου βίαιου αδικήματος. Η αντίστοιχη αναλογία στις γυναίκες είναι ακόμη μεγαλύτερη, αφού αυτές οι οποίες παρουσιάζουν κάποιου βαθμού νοητική υστέρηση παρουσιάζουν τετραπλάσια πιθανότητα διάπραξης αδικήματος και εικοσιπενταπλάσια πιθανότητα διάπραξης βίαιου αδικήματος.

Όπως είναι γνωστό η νοητική υστέρηση δεν αποτελεί ενιαίο χαρακτηριστικό, αφού η κατανομή του δείκτη νοημοσύνης εκτείνεται από επίπεδα που προσεγγίζουν τη φυσιολογική νοημοσύνη ($IQ=70$) μέχρι των βαθμών της βαρύτατης και προφανούς νοητικής υστέρησης ($IQ<20$).

Οι Holland & Murphy (1990) μελέτησαν τη συσχέτιση μεταξύ των διαταραχών της συμπεριφοράς και του επιπέδου του δείκτη νοημοσύνης. Αν και τα αποτελέσματα της μελέτης τους είναι μάλλον δύσκολο να αξιολογηθούν, εντούτοις διαπιστώνεται ότι άτομα με ελαφρά νοητική υστέρηση εμφανίζουν αυξημένη πιθανότητα να εμπλακούν σε βίαιη συμπεριφορά. Η εκδήλωση βίας συμπεριλαμβάνει, τις περισσότερες φορές, τη χρήση κάποιου όπλου ή εργαλείων, στοιχείο το οποίο αποδεικνύει, ως ένα βαθμό, το μερικό σχεδιασμό της πράξης. Αντίθετα από τα προηγούμενα, δημοσιεύματα στοιχεία των Lyall et al στην Αγγλία και Ουαλία δείχνουν ότι μόνο 2% από το σύνολο 358 ατόμων με νοητική υστέρηση τα οποία μελέτησαν είχαν κάποια εμπλοκή με το νόμο.

Η αξιολόγηση της επίπτωσης της επιθετικής συμπεριφοράς σε πληθυσμό ατόμων με νοητικές διαταραχές οδηγεί στη διαπίστωση ότι από το

σύνολο του δείγματος, το ποσοστό των ατόμων που εξεδήλωσαν κάποια μορφή βιαιότητας ανέρχεται σε 17,6%. Ενδιαφέροντα όμως συμπεράσματα προκύπτουν όταν τα ποσοστά κατανεμηθούν σύμφωνα με τα ιδρύματα στα οποία διεξήχθη η μελέτη. Έτσι στα ειδικά σχολεία το ποσοστό εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς βρέθηκε 12,6%, στις δομές ημέρας 9,7% και στα ειδικά νοσοκομεία 38,2% (Harris, 1993). Αυτή η σημαντική απόκλιση, σε βάρος των ειδικών νοσοκομείων, θα μπορούσε να αποδοθεί είτε στο γεγονός ότι τα νοσοκομεία τα ίδια επάγουν την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς είτε ότι τέτοιου είδους νοσηλεία αφορά τα περιστατικά που είναι βαρύτερα και περισσότερο επικίνδυνα. Η δεύτερη υπόθεση ενισχύεται από τη μελέτη των Kerns & O'Connor (1988), οι οποίοι παρακολούθησαν το είδος των αδικημάτων τα οποία είχαν ως αποτέλεσμα τη νοσηλεία 92 δραστών με νοητική υστέρηση σε ειδικά νοσοκομεία στη περιοχή του Λονδίνου μέσα σε περίοδο 10 χρόνων. Από τους 92 ασθενείς του δείγματος, οι 21 (23%) είχαν προκαλέσει βαριές σωματικές βλάβες και ένας από αυτούς ανθρωποκτονία, οι 16 (17,5%) σεξουαλικά αδικήματα σε βαθμό κακουργήματος, ενώ οι 42 (46%) αδικήματα κατά της περιουσίας σε βαθμό κακουργήματος από τα οποία το 1/3 ήταν εμπρησμοί. Όπως προκύπτει το 87% του συνόλου των μελετηθέντων ατόμων είχε εκδηλώσει επικίνδυνα βίαιη συμπεριφορά. Αντίθετα προς τη διαδεδομένη αντίληψη, μόνο δύο ασθενείς νοσηλεύονταν για επιδειξιμανία, ενώ δε διαπιστώθηκε άλλη διαταραχή της σεξουαλικής συμπεριφοράς.

Μία ακόμη σημαντική παρατήρηση από τη μελέτη αυτή είναι ότι το 50% περίπου του δείγματος παρουσίαζε δείκτη νοημοσύνης μέσα στα φυσιολογικά επίπεδα ή λίγο χαμηλότερο. Η διαπίστωση αυτή συνηγορεί υπέρ της εμπειρικής γνώσης ότι η αξιολόγηση της νοητικής υστέρησης υπερβαίνει την εκτίμηση του δείκτη νοημοσύνης ως μοναδική παράμετρο διάγνωσης και επεκτείνεται στην αξιολόγηση της γενικότερης κοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου (Kerns & O'Connor, 1988). Έτσι ένα άτομο μπορεί να χαρακτηριστεί ως νοητικά υστερημένο, ακόμη και στην περίπτωση που ο δείκτης IQ είναι μέσα στα φυσιολογικά όρια.

Οι σεξουαλικές παραβάσεις είναι η δεύτερη σε συχνότητα μορφή παράβασης ύστερα από την καταστροφή ιδιοκτησίας και υπολογίζεται στα επίπεδα του 20-30%. Εάν τα άτομα με νοητική υστέρηση πράττουν περισσότερες σεξουαλικά παράνομες πράξεις σε σχέση με τον υπόλοιπο

πληθυσμό δεν είναι σαφές. Αυτό που διαφαίνεται από τις μελέτες είναι, ότι τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια σχετική αύξηση αυτής της μορφής της παραβατικότητας, ανάμεσα στα άτομα με ελαφριά νοητική υστέρηση. (Βούρδας, 2008, σ. 165).

Η παρουσία ατόμων με νοητική υστέρηση στις φυλακές αποτελεί έναν ακόμη δείκτη συσχέτισης της παραπτωματικότητας με τις νοητικές διαταραχές. Όπως προκύπτει από μεικτό δείγμα σε αστυνομικά τμήματα της νοτιοανατολικής περιοχής του Λονδίνου, ποσοστό 12% των προσαγομένων ήταν διεγερτικοί, 7% ψυχωτικοί, 7% παρουσίαζε κάποια διαταραχή από ψυχοδραστικές ουσίες και τέλος μόνο 3% παρουσίαζε εμφανή νοητική υστέρηση. Όταν όμως διενεργήθηκε δομημένη αξιολόγηση του δείκτη νοημοσύνης διαπιστώθηκε ότι το 42% του συνόλου παρουσίαζε οριακή νοημοσύνη ($IQ=70-79$), το 33,7% $IQ<75$ και τέλος 8,6% $IQ<70$ (Gudjonsson et al, 1993).

Μεταξύ των καταδικασθέντων παραπτωμάτων, άτομα με νοητικές μειονεξίες αντιπροσωπεύουν ποσοστό 0,4% (Gunn et al, 1991). Το ποσοστό αυτό φαίνεται ότι μάλλον είναι συνέπεια της μη χρησιμοποίησης εξειδικευμένου οργάνου εκτίμησης των νοητικών λειτουργιών, στη συγκεκριμένη μελέτη, παρά της πραγματικά μικρής εκπροσώπησης ατόμων με νοητικές διαταραχές στον πληθυσμό των φυλακισμένων. Σε αναδρομική μελέτη 362 ψυχιατρικά διαταραγμένων υποδίκων, διαπιστώθηκε ότι το 10% του συνόλου παρουσίαζε νοητική υστέρηση. Παρακολουθώντας την εξέλιξη των σχετικών υποθέσεων προέκυψε ότι υπόδικοι οι οποίοι διαγνώστηκαν με μειωμένη νοητική ικανότητα, παρουσίαζαν τη μεγαλύτερη πιθανότητα είτε φυλάκισης είτε απόλυσης στην κοινότητα (Coïd, 1988). Όπως όμως παρατηρεί και ο συγγραφέας του άρθρου, το γεγονός ότι άτομα με νοητικές διαταραχές οδηγούνται με μεγαλύτερη συχνότητα στη φυλακή ή στην κοινότητα, θα πρέπει να αποδοθεί μάλλον στη σχετική απροθυμία να τους αναλάβει το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, παρά στην αντικειμενική εκτίμηση των αναγκών τους.

2.6. ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Κατά το DSM-IV-TR ως εξάρτηση από αλκοόλ ορίζεται η καταναγκαστική χρήση αλκοόλ, που συνοδεύεται από την παρουσία τριών ή περισσότερων μειζόνων προβλημάτων, τα οποία συνδέονται με το αλκοόλ και παρατηρούνται για 12 συναπτούς μήνες. Αυτά τα προβλήματα μπορεί να περιλαμβάνουν ανοχή ή στέρηση, αφιέρωση μεγάλου χρονικού διαστήματος για χρήση της ουσίας, επιστροφή στη χρήση παρά τις ανεπιθύμητες σωματικές ή ψυχολογικές συνέπειες και επανειλημμένες, ανεπιτυχείς προσπάθειες ελέγχου της λήψης αλκοόλ. Η διάγνωση της κατάχρησης αλκοόλ τίθεται όταν γίνεται χρήση αλκοόλ υπό σωματικά επικίνδυνες συνθήκες (για παράδειγμα κατά την οδήγηση). Η κατάχρηση αλκοόλ διαφέρει από την εξάρτηση από το αλκοόλ, καθώς δεν περιλαμβάνει ανοχή και στέρηση ή καταναγκαστική χρήση· μάλλον, ορίζεται μέσω των αρνητικών συνεπειών της επανειλημμένης χρήσης. Η κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να εξελιχθεί σε εξάρτηση από αλκοόλ, ενώ τα δυσπροσαρμοστικά πρότυπα κατανάλωσης αλκοόλ μπορεί να περιλαμβάνουν επανειλημμένη υπερβολική χρήση, τοξίκωση κατά τη διάρκεια του Σαββατοκύριακου ή καταχρήσεις σε συνδυασμό με περιόδους νηφαλιότητας (Sadock & Sadock, 2007).

Η τοξίκωση από αλκοόλ, που καλείται επίσης απλή μέθη, είναι η πρόσφατη λήψη ποσότητας αλκοόλ ικανής να προκαλέσει δυσπροσαρμοστικές μεταβολές της συμπεριφοράς. Ενώ η ήπια τοξίκωση μπορεί να κάνει το άτομο χαλαρό, ομιλητικό, ευφορικό ή να άρει τις αναστολές του, η σοβαρή τοξίκωση συχνά οδηγεί μεταξύ άλλων σε περισσότερο δυσπροσαρμοστικές μεταβολές, όπως επιθετικότητα, ευερεθιστότητα, ασταθή διάθεση, ελλειμματική κρίση και διαταραγμένη επαγγελματική ή κοινωνική λειτουργικότητα (Sadock & Sadock, 2007).

Το οινόπνευμα φαίνεται ότι είναι η ψυχοδραστική ουσία που σχετίζεται συχνότερα με τη βία (Cohen, 1985). Οι Bushman & Cooper (1990) αναγνώρισαν το οινόπνευμα ως αιτιολογικό παράγοντα επιθετικότητας, σε εργασία μεταανάλυσης 30 πειραματικών μελετών. Σε πρόσφατη ανασκοπική μελέτη εκτίμησης της σχέσης χρήση οινόπνευματος-βία οι Murdoch et al (1990) διαπίστωσαν ότι από 26 μελέτες σε 11 χώρες οι οποίες αφορούσαν συνολικά 9.304 εγκλήματα βίας, 61,53% των δραστών και 45, 16% των

θυμάτων είχαν καταναλώσει οινόπνευματώδη πριν από τη διάπραξη ενός εγκλήματος. Τα συγκεντρωτικά αυτά ποσοστά ελάχιστα διαφέρουν από αυτά που είχαν προσδιορίσει σε ανθρωποκτονίες 40 χρόνια πριν οι Wolfgang & Strohan (1956). Στη μελέτη αυτή για τις κοινωνικές και συμπεριφορικές παραμέτρους της ανθρωποκτονίας, οι συγγραφείς ανέφεραν ότι το 64% των δραστών και θυμάτων των ανθρωποκτονιών που είχε μελετήσει, είχαν προηγουμένως καταναλώσει αλκοόλ. Βέβαια στα ευρήματα αυτά υπάρχουν κάποιες εύλογες επιφυλάξεις. Για παράδειγμα, δράστης υπό την επήρεια αλκοόλ, είναι ευκολότερο να συλληφθεί σε σχέση με τον αντίστοιχο νηφάλιο.

Οι Pihl & Peterson (1995) σε ανασκοπικό άρθρο αναφέρουν, ότι η διακύμανση της συσχέτισης οινόπνευμα-βίαιο έγκλημα κυμαίνεται από 24-85%, ενώ το αντίστοιχο συσχέτισης οινόπνευμα-μη βίαιο έγκλημα μόνο 12-38%. Η μεγάλη διακύμανση του εύρους κατανομής ενισχύει την υπόθεση ότι υπάρχει ευθεία συσχέτιση μεταξύ της χρήσης οινόπνευματος και εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς.

Οι Collins & Schlenger (1988) ανέλυσαν τις συνθήκες κάτω από τις οποίες 1.149 δράστες εγκλημάτων βίας διέπραξαν τα αντίστοιχα αδικήματα και οι οποίοι παρουσίαζαν είτε οξεία τοξίκωση είτε εξάρτηση από αλκοόλ. Από τη στατιστική αξιολόγηση προέκυψε ότι μόνον η οξεία τοξίκωση συνδεόταν στατιστικά σημαντικά με τη διάπραξη της βίαιης εγκληματικής ενέργειας. Το συμπέρασμα αυτό ενισχύει την άποψη ότι το ίδιο το αλκοόλ είναι ο παράγοντας που δρα αμέσως στην εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς και όχι οι υποκείμενοι παράγοντες που οδηγούν ή συνεπάγονται τον αλκοολισμό. Η συνήθης μάλιστα αλληλουχία των γεγονότων φαίνεται ότι είναι:

Κατανάλωση οινόπνευματών → Πρόκληση (συνήθως λεκτική) → Βία (σωματική).

Η σχέση τοξίκωση από οινόπνευμα-βία δεν φαίνεται όμως να είναι απόλυτα ξεκάθαρη. Σε χαρακτηριστικά αντιδιαμετρικά συμπεράσματα κατέληξαν οι Franklin et al (1992) μελετώντας ένα μεγάλο πληθυσμιακό δείγμα 13.666 φυλακισμένων στη Β. Καρολίνα. Στον πληθυσμό αυτό βρήκαν ότι οι δράστες υπό την επήρεια αλκοόλ δεν διέπραξαν περισσότερα εγκλήματα βίας από τους αντίστοιχους νηφάλιους. Στη μελέτη αυτή μάλιστα η στατιστική αξιολόγηση έδειξε ότι οι χρήστες κάποιας παράνομης ψυχοδραστικής ουσίας (μαριχουάνας, ηρωίνης, κοκαΐνης) διέπρατταν

λιγότερα εγκλήματα βίας σε σχέση με τους νηφάλιους δράστες, τους χρήστες πολλών ουσιών ταυτόχρονα και τους χρήστες οινόπνευματος. Η μελέτη αυτή έχει δύο βασικά μειονεκτήματα: Πρώτο ότι έγινε ομαδοποίηση του δείγματος σε τέσσερις μόνο ομάδες (ελεύθεροι χρήσης, χρήστες οινόπνευματος, χρήστες παράνομων ουσιών, χρήστες οινόπνευματος και παράνομων ουσιών) η οποία δεν επιτρέπει τη διάκριση των ουσιών και των αντίστοιχων συνδυασμών. Δεύτερο ότι έγινε ποιοτική μόνο αξιολόγηση της τοξίκωσης. Παρ' όλα αυτά αποτελεί μια σημαντική μελέτη, η οποία σαφώς αναδεικνύει τη γενική διαπίστωση ότι κάθε έγκλημα βίαιο ή όχι είναι συνδυασμός πολλών ταυτόχρονα δρώντων παραγόντων.

Ο Pernanen (1981) αναγνώρισε τέσσερις διαφορετικές πιθανότητες υποκειμένων αιτιολογικών μηχανισμών συσχέτισης αλκοόλ και βίας:

- 1) Η κατανάλωση οινόπνευματωδών ποτών μπορεί να έχει απευθείας επίδραση στην εκδήλωση βίας, μέσω κάποιου υποκειμένου βιοψυχολογικού μηχανισμού στο άτομο.
- 2) Το οινόπνευμα είναι δυνατό να εμπλέκεται ή να επάγει άλλους σημαντικούς παράγοντες σχετιζόμενους με τη βία, όπως η φτώχεια, η κοινωνική δομή, η ψυχική νόσος κ.λ.π.
- 3) Το οινόπνευμα αλληλεπιδρά με άλλους γενικότερους παράγοντες, όπως ο κοινωνικός έλεγχος ή η εκάστοτε δεδομένη νομοθεσία (π.χ. «ένοχη» συγκέντρωση οινόπνευματος στο αίμα, μέγιστη ποινή για κάποιο αδίκημα κ.α.).
- 4) το οινόπνευμα και η βία δεν σχετίζονται, αλλά φαίνεται σαν να σχετίζονται μέσω κάποιας τρίτης μεταβλητής, η οποία έχει αποκλεισθεί αθέλητα, λόγω ατελούς σχεδιασμού των μελετών.

Οι διαθέσιμες μέχρι σήμερα μελέτες δείχνουν ότι η φτώχεια και ο κοινωνικός έλεγχος είναι οι σημαντικότεροι μηχανισμοί συσχέτισης οινόπνευματος-βίας σε κοινωνικό επίπεδο (Parker, 1995).

2.7. ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΣΕ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Οι χημικές ενώσεις που επιδρούν στον εγκέφαλο αναφέρονται στο DSM-IV-TR ως ουσίες και οι σχετικές διαταραχές ως διαταραχές που συνδέονται με ουσίες. Αυτές οι διαταραχές χαρακτηρίζονται από μεταβολές στη διάθεση, τη συμπεριφορά και τη γνωσιακή ικανότητα, ως αποτέλεσμα

συνεχιζόμενης και παρατεταμένης χρήσης του υπαίτιου ναρκωτικού. Υπάρχουν πολλές κατηγορίες ουσιών που σχετίζονται με αυτές τις διαταραχές:

- * Αμφεταμίνη
- * Καφεΐνη
- * Κάνναβη (μαριχουάνα, χασίς)
- * Κοκαΐνη: το κρακ αποτελεί βασική μορφή της κοκαΐνης
- * Παραισθησιογόνα: σε αυτά περιλαμβάνονται η μεσκαλίνη (βρίσκεται στον κάκτο peyote), η ψιλοκυβίνη (βρίσκεται στα μανιτάρια) και τα παράγωγα του λυσεργικού οξέος (LSD). Αυτά τα ναρκωτικά είναι γνωστά επίσης και ως ψυχεδελικά.
- * Εισπνεόμενα: σε αυτά περιλαμβάνονται διαλύτες, όπως η τολουόλη και η βενζίνη, και αέρια όπως το οξείδιο του αζώτου.
- * Νικοτίνη
- * Οπιοειδή
- * Φαινκυκλιδίνη (PCP).
- * Κατασταλτικά, υπναγωγικά και αγχολυτικά: ανάλογα με τη δόση η δράση αυτών των φαρμάκων συχνά εναλλάσσεται αμοιβαία και μπορούν να προκαλέσουν καταστολή (ηρεμιστικό αποτέλεσμα), υπνηλία (προάγοντας τον ύπνο) ή να δράσουν ως αγχολυτικά (βελτιώνοντας το άγχος).
- * Συνταγογραφούμενα και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα: σε αυτά περιλαμβάνονται τα αναλγητικά όπως η οξυκοντίνη (είδος οπιοειδούς) και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, όπως η εφέδρα (διεγέρτης του οποίου έχει απαγορευτεί πλέον η πώληση στις Η.Π.Α.).
- * Αναβολικά-ανδρογόνα στεροειδή: τεστοστερόνη και αυξητική ορμόνη (HGH).
- * Αλκοόλ (Sadock & Sadock, 2007).

Τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV-TR για την εξάρτηση από ουσίες είναι τα εξής:

Ένα δυσπροσαρμοστικό πρότυπο χρήσης ουσιών που οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ή ενόχληση, όπως εκδηλώνεται από τρία (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα τα οποία συμβαίνουν κάποια στιγμή στην ίδια 12μηνη περίοδο:

1. Ανοχή, όπως ορίζεται με ένα από τα ακόλουθα:

✦ ανάγκη για σαφώς αυξημένες ποσότητες της ουσίας, προκειμένου να επιτευχθεί η τοξίκωση ή το επιθυμητό αποτέλεσμα

✦ σαφώς περιορισμένο αποτέλεσμα με τη συνέχιση της χρήσης της ίδιας ποσότητας της ουσίας

2. Στέρηση, όπως εκδηλώνεται με ένα από τα ακόλουθα:

✦ το χαρακτηριστικό στερητικό σύνδρομο για την ουσία

✦ η ίδια (ή παρόμοια) ουσία λαμβάνεται για την ανακούφιση ή αποφυγή στερητικών συμπτωμάτων

3. Συχνά η ουσία λαμβάνεται σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερες περιόδους σε σχέση με την πρόθεση του ατόμου

4. Υπάρχει έντονη επιθυμία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες να διακοπεί ή να ελεγχθεί η χρήση της ουσίας

5. Ένα μεγάλο μέρος του χρόνου δαπανάται σε δραστηριότητες απαραίτητες για την απόκτηση της ουσίας (π.χ. με επισκέψεις σε πολλούς ιατρούς ή διανύοντας μεγάλες αποστάσεις), για τη χρήση της ουσίας (π.χ. συνεχές κάπνισμα), ή για την ανάνηψη από τη δράση της

6. Εγκατάλειψη ή μείωση σημαντικών κοινωνικών, επαγγελματικών ή ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων εξαιτίας της χρήσης της ουσίας

7. Συνέχιση της χρήσης της ουσίας παρ' όλη των επίγνωνση της ύπαρξης μόνιμου ή υποτροπιάζοντος σωματικού ή ψυχολογικού προβλήματος, το οποίο είναι πιθανό να έχει προκληθεί ή επιδεινωθεί από την ουσία (π.χ. χρήση κοκαΐνης παρά την αναγνώριση της προκαλούμενης από κοκαΐνη κατάθλιψης, ή συνέχιση της χρήσης αλκοόλ παρά την αναγνώριση της επιδείνωσης υπάρχοντος έλκους από το ποτό) (Sadock & Sadock, 2007).

Η εγκληματικότητα που συνδέεται με την ουσιοεξάρτηση περιλαμβάνει τις ακόλουθες κατηγορίες εγκλημάτων:

1) εγκλήματα ψυχοφαρμακευτικής αιτιολογίας, εγκλήματα δηλαδή που διαπράττονται υπό την επήρεια ψυχοδραστικής ουσίας.

2) Εγκλήματα με οικονομικό κίνητρο, που διαπράττονται για την εξασφάλιση χρημάτων για την προμήθεια ναρκωτικών (ή για την εξασφάλιση των ιδίων των ναρκωτικών).

3) Συστημικά εγκλήματα, που διαπράττονται στο πλαίσιο λειτουργίας παράνομων αγορών ναρκωτικών ουσιών και αποτελούν μέρος της παράνομης δραστηριότητας της διακίνησης και πώλησης ναρκωτικών.

4) Αδικήματα που εμπίπτουν στο νόμο περί ναρκωτικών, που διαπράττονται δηλαδή κατά παράβαση των νόμων περί ναρκωτικών (και άλλων σχετικών νόμων) (Goldstein, 1985 · Διακογιάννης, 2008, σ. 202).

Στις αρχές της δεκαετίας του 1990 οι διαφοροποιημένες απόψεις στην αντιμετώπιση των ναρκωτικών, οδήγησαν στην ανάπτυξη και άλλων υποθέσεων ερμηνείας της σχέσης παράνομες ουσίες-έγκλημα, με σημαντικότερη αυτή του κοινωνιολόγου Mugford (1992), επάνω στην οποία βασίσθηκε η πολιτική της Αυστραλίας. Κατά την άποψη αυτού του ερευνητή, οι περισσότεροι από τους χρήστες παράνομων ουσιών δεν εμπλέκουν τη χρήση με τον τρόπο ζωής τους και κατά συνέπεια δεν αναπτύσσουν καμιά παράνομη δραστηριότητα από την ίδια τη χρήση της παράνομης ουσίας. Τα άτομα αυτά απαρτίζουν την ομάδα των χρηστών «του ελεύθερου χρόνου». Η δεύτερη ομάδα των χρηστών «με ανεπάρκειες» αφορά άτομα που αναπτύσσουν παράνομες δραστηριότητες και στους οποίους οφείλεται το μεγάλο ποσοστό του εγκλήματος. Οι χρήστες αυτού του τύπου που ανήκουν κυρίως σε εθνικές ή φυλετικές μειονότητες, χρησιμοποιούν ουσίες υποβαθμισμένης ποιότητας, έχουν λιγότερη μόρφωση, είναι κοινωνικά απαίδευτοι και οικονομικά υστερημένοι. Την υπόθεση αυτή έρχονται να υποστηρίξουν κάποιες μελέτες και από τις ΗΠΑ. Χαρακτηριστικά αναφέρεται η μελέτη του Inciardi (1986) ο οποίος διαπίστωσε ότι σε 573 εξαρτημένους από ηρωίνη, στην περιοχή του Μαϊάμι, οφείλονται 215.105 παράνομες πράξεις που αντιστοιχούν σε 375 αδικήματα κατ' άτομο σε διάστημα ενός χρόνου. Ενδιαφέρον είναι ότι μια επταετία προηγουμένως, σε μελέτη που διεξήγαγε ο ίδιος ερευνητής στην ίδια περιοχή κατέληξε σε παραπλήσια ετήσια αναλογία αδικημάτων, δηλαδή 332 ανά άτομο ανά χρόνο (Inciardi, 1979).

Οι περισσότερες από τις πρώτες μελέτες αναφορικά με τη συσχέτιση των παράνομων ουσιών με το έγκλημα επικεντρώθηκαν στο ερώτημα «της κότας και του αυγού» (Inciardi, 1986). Τι προηγείται, η παράνομη ουσία ή το έγκλημα; Οι ερευνητές υποστήριζαν είτε τη μια είτε την άλλη υπόθεση παρουσιάζοντας εξαιρετικά αντικρουόμενες απόψεις. Οι εξαρτημένοι είτε ήταν εγκληματίες από τη φύση τους και η χρήση των ουσιών ήταν απλά μια ακόμη επιπλοκή της παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς είτε εξεδήλωναν εγκληματικότητα μόνο αφού είχαν περάσει χρόνια σε μια πολύ ακριβή έξη, όπως είναι τα ναρκωτικά. Ίσως το αδύνατο σημείο όλων αυτών των μελετών,

ανεξαρτήτως απόψεων ήταν η παραδοχή ότι όλοι οι εξαρτημένοι αποτελούν έναν ομοιογενή πληθυσμό αναφορικά με την «ποιότητα» και την «ποσότητα» της παράνομης δραστηριότητας τους.

Αντίθετα με αυτήν την προσέγγιση, νεότερες μελέτες δείχνουν ότι οι εξαρτημένοι από παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες διαφέρουν σημαντικά όσον αφορά τον τύπο, τη συχνότητα και τη σοβαρότητα των αδικημάτων που διαπράττουν (Shaffer et al, 1984 · Nurco et al, 1989). Το προφίλ των παρανομιών ενός εξαρτημένου ατόμου μπορεί να συνοψισθεί σε τρία σημεία:

1. Οι εξαρτημένοι διαπράττουν πολύ περισσότερες παράνομες πράξεις κατά τις περιόδους εξαρτήσεως σε σχέση με τις περιόδους αποχής. Τα ποιοτικά χαρακτηριστικά των πράξεων αυτών παραμένουν σταθερά διαφέροντας τελικά μόνον ποσοτικά σε συνάρτηση με την περίοδο.
2. Εξαρτημένοι που αρχίζουν νωρίς τόσο την εγκληματική δραστηριότητα όσο και τη χρήση των ουσιών τείνουν να διαπράττουν δυσανάλογα μεγάλο ποσοστό εγκλημάτων συμπεριλαμβανομένων και εγκλημάτων βίας.
3. Η φυλετική ή μειονοτική προέλευση του εξαρτημένου καθορίζει σημαντικά τον τύπο των παράνομων πράξεων προς τις οποίες ρέπει.

Αποκλίσεις παρουσιάζονται επίσης και στο είδος της εγκληματικότητας που εκδηλώνουν εξαρτημένοι, ανάλογα με την κατηγορία των ουσιών που χρησιμοποιούν. Σε δείγμα 3.367 εξαρτημένων ατόμων αξιολογήθηκαν η επιθετικότητα και εχθρικότητα ως μέτρο εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς. Η συσχέτιση εξάρτηση από ουσίες-βία αποδεικνύεται πολύ ισχυρότερη της συσχέτισης εξάρτηση από δεδομένη ουσία-βία, ενώ και οι δύο είναι πολύ πιο αδύναμες από τη συσχέτιση διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων-βία (McCormick & Smith, 1995).

Όσον αφορά τα οπιοειδή, όλες οι μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι, ως ομάδα, οι εξαρτημένοι από οπιοειδή δεν παρουσιάζουν αξιόλογη βίαιη συμπεριφορά ψυχοφαρμακολογικής αιτιολογίας, αλλά εκδηλώνουν μεγάλο μέρος της παράνομης δραστηριότητας τους για τον προσπορισμό χρημάτων για την απόκτηση των ουσιών. Οι δείκτες μάλιστα της εγκληματικότητας ακολουθούν τις περιόδους χρήσης και αποχής (Ball et al, 1981 · Ball et al, 1983 · Shaffer et al, 1987).

Οι μελέτες σε γενικό πληθυσμό δείχνουν ότι η χρήση κοκαΐνης σχετίζεται ισχυρά με την εγκληματικότητα. Μελέτη 1500 χρηστών κοκαΐνης σε εθνικό επίπεδο στις ΗΠΑ έδειξε ότι, αν και ο πληθυσμός αυτός αντιστοιχούσε στο 1,3% του συνολικά μελετηθέντος πληθυσμιακού δείγματος, αντιπροσώπευε το 40% του συνόλου των διαπραχθέντων σοβαρών εγκληματικών πράξεων (Hunt et al, 1984). Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώθηκαν και από μία ακόμη μελέτη που διεξήχθη σε 27 πολιτείες στις ΗΠΑ με διπλάσιο πληθυσμιακό δείγμα (Collins et al, 1985). Την ίδια εικόνα παρουσιάζουν και ειδικοί πληθυσμοί. Για παράδειγμα από το σύνολο των συλληφθέντων ανδρών μέσα σε διάστημα 6 μηνών, για διάφορα εγκλήματα βίας, σε 13 μεγαλουπόλεις των ΗΠΑ, το 50% ήταν σε κατάσταση τοξίκωσης από κοκαΐνη, το 20% από μαριχουάνα και μόλις το 9% από οπιοειδή (National Institute of Justice, 1989). Θα πρέπει να επισημανθεί, ότι η εκσεσημασμένη αυτή χρήση παράνομων ουσιών, φαίνεται να παρουσιάζει σταθερά πτωτική τάση, κατά την τελευταία πενταετία, σε μέρη που δεν πλήττονται από ανεργία και φτώχεια (Golub & Johnson, 1994).

Η κοκαΐνη, ανεξάρτητα από τη μορφή της, έχει σχετισθεί με την ανάπτυξη ψυχωτικής συμπτωματολογίας παρανοϊκού τύπου. Η μέχρι σήμερα εμπειρία μπορεί να βεβαιώσει μόνο την κλινική εκδήλωση ή επιδείνωση προϋπάρχουσας ψυχοπαθολογίας (Miller, 1995). Το τελευταίο αποτελεί σημαντικό στοιχείο στην κλινική πράξη, με δεδομένη τη συνεχή αύξηση της χρήσης της κοκαΐνης στην Ελλάδα, όπου μέχρι σήμερα η σχετική εμπειρία είναι ελάχιστη.

Στις ψυχιατρικές δομές, ο χρήστης κοκαΐνης με συνυπάρχουσα ψυχωτική διαταραχή εμφανίζεται συνήθως με τους ακόλουθους τρόπους:

A) Ως άτομο με βραχεία, αν και ιδιαίτερα βίαιη, ψυχωτική συμπεριφορά παρανοϊκού τύπου και ιστορικό χρόνιας χρήσης πολλών ψυχοδραστικών ουσιών και πρόσφατη χρήση κοκαΐνης ή crack.

B) Ως νεαρό, συχνά άστεγο, χρόνιο ψυχωτικό άτομο, που πάσχει από σχιζοφρένεια ή ασταθή διπολική διαταραχή, που χρησιμοποιεί επεισοδιακά κοκαΐνη, χασίς ή οινόπνευμα. Αν καταφέρει να εξοικονομήσει για κάποιο χρονικό διάστημα τη δόση του, τότε εμφανίζει εκσεσημασμένη επιδείνωση της ψυχωτικής συμπτωματολογίας, που συνδυάζεται με χαρακτηριστική διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής και με απουσία από τις τακτικές συναντήσεις με

τις ψυχιατρικές δομές (Miller, 1995). Η τελευταία παρατήρηση είναι πολύ σημαντική αφού φαίνεται ότι η παραμονή στις ψυχιατρικές δομές αποτελεί τον κυριότερο προστατευτικό παράγοντα για τη μείωση της παραπτωματικής συμπεριφοράς (Kang & Leon, 1993).

Δύο ευρείες ανασκοπικές μελέτες αποδεικνύουν ότι πέραν της παράνομης δραστηριότητας που προκύπτει από την αγοραπωλησία των ίδιων των προϊόντων της κάνναβης δεν υπάρχει άλλη ισχυρή συσχέτιση κάνναβης-εγκλήματος (Gandossy et al, 1980 · Wish & Johnson, 1986). Αξίζει να αναφερθεί βέβαια ότι οι χρήστες κάνναβης είναι στην πλειοψηφία τους χρήστες και πολλών άλλων ψυχοδραστικών ουσιών έτσι ώστε η διάκριση της πραγματικής επίπτωσης της εγκληματικότητας από τη χρήση της κάνναβης μόνο, είναι εξαιρετικά δύσκολη. Κατά τη γνώμη άλλωστε πολλών ερευνητών, η χρήση κάνναβης αποτελεί έναν ακόμη επιβαρυντικό παράγοντα στη διαδικασία εξέλιξης μιας γενικότερης παραπτωματικής συμπεριφοράς.

Ως προς τα ψευδαισθησιογόνα, ίσως το μόνο που έχει μελετηθεί, αναφορικά με τη σχέση του με την εγκληματικότητα είναι η φαινυλκυκλιδίνη (PCP). Η βιβλιογραφία υποστηρίζει την άποψη ότι το PCP επάγει τη βίαιη συμπεριφορά σε μια ομάδα μόνον από τους χρήστες, οι οποίοι παρουσιάζουν σχετική προδιάθεση προς τη βία (Wish & Johnson, 1986 · Goldstein, 1989). Ο υποκείμενος παθογενετικός μηχανισμός αυτής της συσχέτισης, τουλάχιστον από βιολογική άποψη, παραμένει άγνωστος (Fishbein, 1990).

Κάποιες επιδημιολογικές μελέτες συνδέουν τη χρήση οργανικών διαλυτών με αυξημένους δείκτες βίαιης συμπεριφοράς. Οι Reed & May (1984) διαπίστωσαν ότι νεαροί παραπτωματίες που έκαναν χρήση οργανικών διαλυτών εξεδήλωναν περισσότερη βία από νεαρούς παραπτωματίες που δεν έκαναν ανάλογη χρήση. Επίσης η χρήση οργανικών διαλυτών από νέους, κατά την περίοδο πριν από την ανάπτυξη εξάρτησης από παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες, σχετίζεται θετικά με αυξημένη βιαιότητα κατά την περίοδο της εξάρτησης, ανεξάρτητα από τη χρησιμοποιούμενη ουσία (Nurco et al, 1989).

Τα διαθέσιμα στοιχεία που υπάρχουν σχετικά με την εγκληματικότητα ατόμων που κάνουν χρήση διεγερτικών αμφεταμινών, κατασταλτικών βαρβιτουρικών και ελασσόνων ηρεμιστικών, είναι αντικρουόμενα (Gandossy et al, 1980). Μικρής έκτασης μελέτες από τις ΗΠΑ δείχνουν ότι τόσο η χρήση

αμφεταμινών όσο και η χρήση βαρβιτουρικών σχετίζεται θετικά με τη βίαιη συμπεριφορά. Στις μεν αμφεταμίνες από τις συμπεριφορικές εκδηλώσεις της τοξίκωσης, στα δε βαρβιτουρικά και σε μικρότερο βαθμό στις βενζοδιαζεπίνες, από τις εκδηλώσεις του στερητικού συνδρόμου. Πάντως φαίνεται ότι είναι πολύ συχνότερη η βία κατά προσώπων που σχετίζεται με τη χρήση βαρβιτουρικών παρά η αντίστοιχη που σχετίζεται με χρήση αμφεταμινών (Goldstein, 1985 · Goldstein, 1989).

Το ενδιαφέρον της δικαστικής ψυχιατρικής προς τα αναβολικά-ανδρογόνα στεροειδή (ΑΑΣ), αφορά κυρίως τη γνωστή επίδραση των ουσιών αυτών στη συμπεριφορά και τη συνεπαγόμενη αύξηση της επιθετικότητας (Strauss et al, 1983 · Lefavi et al, 1990). Οι σχετικές μελέτες αναφέρονται γενικά σε μικρά πληθυσμιακά δείγματα αλλά εμφανώς ενισχύουν την άποψη, ότι η κατάχρηση ΑΑΣ μπορεί να οδηγήσει σε εκδήλωση σοβαρά βίαιης και εγκληματικής συμπεριφοράς. Οι Pope & Katz (1988) μελετώντας 41 χρήστες ΑΑΣ διαπίστωσαν ότι το 12% και 22% του δείγματος τους ανέπτυξε ψυχωτική και συναισθηματική, αντίστοιχα, συμπτωματολογία, ενώ σε νεότερη μελέτη τους (1990) περιγράφουν κάποιες περιπτώσεις ανθρωποκτονιών ή βαρέων σωματικών βλαβών από δράστες οι οποίοι ήταν χρήστες ΑΑΣ . Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν πάλι μελέτες, οι οποίες υποστηρίζουν την ασφαλή χρήση των ΑΑΣ, κυρίως στα πλαίσια της ανδρικής αντισύλληψης (WHO, 1990). Πιθανώς η τροποποίηση της συμπεριφοράς να είναι αποτέλεσμα της κατάχρησης των ουσιών αυτών, αλλά κάτω από οποιοσδήποτε συνθήκες το ισοζύγιο κόστους-οφέλους θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη σε κάθε περίπτωση συνταγογράφησης ή με άλλο τρόπο χορήγησης ΑΑΣ, ειδικά από τα διάφορα γυμναστήρια.

2.8. ΟΡΙΑΚΗ (ΜΕΤΑΙΧΜΙΑΚΗ) ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Οι ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας χαρακτηρίζονται από ιδιαίτερα ασταθή διάθεση, συναίσθημα, συμπεριφορά, σχέσεις με το αντικείμενο και εικόνα εαυτού. Βρίσκονται στο μεταίχμιο νεύρωσης και ψύχωσης και χαρακτηρίζονται από παρορμητικότητα, αυτοκτονικές πράξεις, αυτό-ακρωτηριασμούς, προβλήματα ταυτότητας και αισθήματα κενού και ανίας. Αυτή η διαγνωστική κατηγορία είναι επίσης γνωστή ως περιπατητική

σχιζοφρένεια, προσωπικότητα «ως εάν», ψευδονευρωτική σχιζοφρένεια και ψυχωτική χαρακτηριολογική διαταραχή (Sadock & Sadock, 2007).

Για να είναι βέβαιη η διάγνωση απαιτούνται πέντε από τα ακόλουθα κριτήρια:

- Απεγνωσμένες και έντονες προσπάθειες να αποφευχθεί πραγματική ή φαντασική εγκατάλειψη
- Ασταθείς και έντονες διαπροσωπικές σχέσεις που χαρακτηρίζονται από ακραίες εναλλαγές εξιδανίκευσης και απαξίωσης του άλλου προσώπου
- Διαταραχή της ταυτότητας: έντονα και επίμονα ασταθής εικόνα του εαυτού ή αίσθηση εαυτού
- Παρορμητικότητα που υπάρχει σε δύο τουλάχιστον δραστηριότητες που είναι δυνητικά αυτοβλαπτικές (π.χ. μεγάλες χρηματικές δαπάνες, κατάχρηση ουσιών, επικίνδυνη οδήγηση, επεισόδια υπερφαγίας)
- Υποτροπιάζουσα αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, ή χειρονομίες ή απειλές αυτοκτονίας ή αυτοβλαπτική συμπεριφορά
- Συναισθηματική αστάθεια που οφείλεται σε αυξημένη συναισθηματική αντιδραστικότητα (π.χ. έντονη επεισοδιακή δυσφορία, ευερεθιστότητα, ή άγχος τα οποία διαρκούν συνήθως λίγες ώρες και σπάνια περισσότερο από μερικές ημέρες.
- Χρόνιο αίσθημα κενού
- Αδικαιολόγητο έντονο θυμό ή δυσκολία ελέγχου του θυμού (π.χ. συχνές εκδηλώσεις οργής, συνεχής θυμός, διαπληκτισμοί όπου υπάρχει σωματική εμπλοκή)
- Παροδικός, συνδεδεμένος με το στρες, παρανοειδής ιδεασμός ή βαριά αποσυνδεδετικά συμπτώματα.

Τα άτομα με οριακή διαταραχή προσωπικότητας μπορεί να εμφανίζουν την τάση να υπονομεύουν τους εαυτούς τους όταν οι προσπάθειες τους οδηγούνται στην επιτυχία (για παράδειγμα να καταστρέψουν μια καλή σχέση, με μια ευκαιριακή, όταν οι ενδείξεις για τη σοβαρή σχέση είναι καλές, ή να εγκαταλείψουν τις σπουδές τους ενώ είναι πολύ κοντά στη λήψη πτυχίου).

Μερικοί αναπτύσσουν ψυχωσιόμορφα ή ψυχωτικά συμπτώματα, και άλλοι αισθάνονται ασφαλέστερα με αντικείμενα ή ζώα παρά με τις διαπροσωπικές σχέσεις. Η αυτοκτονία αποτελεί σοβαρό κίνδυνο ιδίως στις

περιπτώσεις που υπάρχει συννοσηρότητα με συναισθηματικές διαταραχές ή εξάρτηση/κατάχρηση ουσιών. Συχνή επίσης είναι η συννοσηρότητα με διαταραχές διατροφής (συνηθέστερα με την βουλιμία).

Σωματικές αναπηρίες ή δυσμορφίες που είναι αποτέλεσμα αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς (ουλές από επαναλαμβανόμενα «κοψίματα») μπορεί να είναι εμφανείς. Συχνές αλλαγές εργασίας, αποτυχημένοι γάμοι, εκπαίδευση που δεν ολοκληρώνεται και συχνές αλλαγές επαγγελματικού προσανατολισμού είναι συχνά ευρήματα (Δουζένης & Λύκουρας, 2008).

Δεν υπάρχουν ειδικές εργασίες, που να μελετούν τα χαρακτηριστικά της οριακής προσωπικότητας, τα οποία οδηγούν στο έγκλημα. Το ερώτημα αν τα άτομα με αυτή την διαταραχή προσωπικότητας παρανομούν σε ποσοστά μεγαλύτερα του γενικού πληθυσμού δεν βρήκε απάντηση. Όμως άτομα με αυτή την διαταραχή βρίσκονται στις φυλακές σε ποσοστό μεγαλύτερο από αυτό στο οποίο απαντώνται στον γενικό πληθυσμό. Υπάρχουν ενδείξεις ότι άτομα εξαρτημένα από αλκοόλ ή ναρκωτικά έχουν επίσης σε μεγαλύτερο ποσοστό από τον γενικό πληθυσμό την διάγνωση της μεθοριακής διαταραχής προσωπικότητας (Weizmann-Henelius et al, 2003). Είναι αναμενόμενο, τα άτομα αυτά να εμφανίζουν αυξημένη παραβατικότητα με δεδομένο, ότι ο εθισμός έχει άμεση σχέση με την παράβαση του νόμου.

Συνολικά, η οριακή διαταραχή προσωπικότητας διαγιγνώσκεται σε υψηλά ποσοστά γυναικών κρατουμένων, ενώ στους άνδρες υπερεκπροσωπείται η αντικοινωνική. Έχει προταθεί από τον Cadoret ότι η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας και η οιστριονική συνδέονται γενετικά αναφορικά με το κληρονομικό ιστορικό στους άνδρες και τις γυναίκες αντίστοιχα (Cloninger, Reich & Guze, 1975· Cale & Lilienfeld, 2002). Το εύρημα των αυξημένων διαγνώσεων οριακής διαταραχής προσωπικότητας στις γυναίκες φυλακισμένες, οδήγησε στην ανάπτυξη της υπόθεσης ότι τελικά η οριακή διαταραχή σχετίζεται γενετικά με την αντικοινωνική. Η υπόθεση αυτή είναι ακόμα στην φάση διερεύνησης.

Η μελέτη συγκεκριμένων εγκλημάτων και των προσωπικοτήτων των παραβατών που εμπλέκονται σε αυτές έχει διερευνηθεί προκειμένου να αναδειχθούν συσχετίσεις. Τα αποτελέσματα όμως δεν είναι ακόμα τόσο ισχυρά. Επιβεβαιώνεται ωστόσο η υπερεκπροσώπηση της οριακής

διαταραχής σε πληθυσμούς κρατουμένων γυναικών. Εν κατακλείδι: Η οριακή διαταραχή προσωπικότητας έχει συσχετιστεί με σεξουαλικά εγκλήματα και την πορνεία καθώς και άλλα εγκλήματα όπου το παρορμητικό στοιχείο είναι ιδιαίτερα έντονο (Warren et al, 2002). Επίσης έχει συσχετιστεί με ιδιόμορφες παραβατικές συμπεριφορές στις οποίες εμπλέκονται περισσότερο γυναίκες (για παράδειγμα κλοπή νεογέννητων παιδιών) (McMurran, 2001). Τέλος, οριακή διαταραχή προσωπικότητας έχει διαγνωσθεί σε αυξημένη συχνότητα σε περιπτώσεις ατόμων που διέπραξαν εγκλήματα οικογενειακής βίας.

2.9. ΑΝΤΙΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας χαρακτηρίζεται από την ανικανότητα συμμόρφωσης με τους κοινωνικούς κανόνες, που διέπουν τη συμπεριφορά των ατόμων. Συνήθως σχετίζεται αλλά δεν είναι αυστηρά συνώνυμη με την εγκληματικότητα. Οι ασθενείς είναι παρορμητικοί, εγωκεντρικοί, ανεύθυνοι, ανυπόμονοι και ανίκανοι να ανεχθούν τη ματαίωση, απορρίπτουν την εξουσία ή την πειθαρχία και δεν διαθέτουν επαρκώς αναπτυγμένη συνείδηση (Sadock & Sadock, 2007).

Σύμφωνα με την πιο πρόσφατη κατηγοριοποίηση (DSM IV-TR), η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας ανήκει στην ομάδα Β των διαταραχών προσωπικότητας μαζί με τη μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας, την ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας και την οιστριονική διαταραχή προσωπικότητας.

Η διάγνωση στηρίζεται περισσότερο στο ιστορικό παρά στην εξέταση της παρούσας ψυχικής κατάστασης. Για να τεθεί απαιτείται η παρουσία «μιας μόνιμης και σταθερής στάσης αδιαφορίας και συχνής παραβίασης των δικαιωμάτων των άλλων». Οι συμπεριφορές αυτές μπορεί να είναι επιθετικές ή να περιλαμβάνουν καταπάτηση νόμων ή κανόνων, κλοπές και εξαπάτηση, όπως πιστοποιείται με την συμπλήρωση τουλάχιστον τριών από τα παρακάτω επτά κριτήρια:

- έλλειψη συμμόρφωσης με τις κοινωνικές επιταγές όπως προκύπτει από επαναλαμβανόμενες πράξεις και συμπεριφορές που αποτελούν λόγο σύλληψης

- τάση για εξαπάτηση η οποία προκύπτει από επανειλημμένη ψευδολογία, χρήση ψευδώνυμων ή εξαπάτηση άλλων για προσωπικό όφελος ή ευχαρίστηση
- παρορμητικότητα ή έλλειψη σχεδιασμού για το μέλλον
- ευερεθιστότητα και επιθετικότητα, όπως φαίνεται από επανειλημμένους διαπληκτισμούς ή βιαιοπραγίες
- αδιαφορία για την ασφάλεια του ίδιου ή των άλλων
- μόνιμη ανευθυνότητα όπως φαίνεται από αποτυχία διατήρησης σταθερής εργασιακής συμπεριφοράς ή από την μη ανταπόκριση σε οικονομικές υποχρεώσεις
- έλλειψη μεταμέλειας όπως φαίνεται από αδιαφορία ή εκλογίκευση και της συμπεριφοράς η οποία έχει βλάψει, κακομεταχειριστεί ή κλέψει άλλους.

Επιπλέον το άτομο πρέπει να έχει ηλικία μεγαλύτερη των 18 ετών και ενδείξεις διαταραχής συμπεριφοράς η οποία εμφανίστηκε πριν από την ηλικία των 15, και φυσικά η συμπεριφορά αυτή να μην εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας σχιζοφρένειας ή μανιακού επεισοδίου. (American Psychiatric Association, 2000).

Αν η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας αποτελεί μια γενική διαγνωστική επικεφαλίδα, τότε στον πυρήνα της βρίσκεται η έννοια του «ψυχοπαθητικού», της «ψυχοπαθητικής διαταραχής προσωπικότητας». Ίσως μία από τις παλαιότερες και ακριβέστερες περιγραφές του ψυχοπαθητικού ατόμου είναι αυτή του Prichard το 1835 *«...άτομα που από μικρή ηλικία επιδεικνύουν σταθερά διανοητικά ελαττώματα, συνδυασμένα με ισχυρές ροπές προς τη διαφθορά και την εγκληματικότητα, στα οποία η τιμωρία έχει μικρή ή καθόλου ανασταλτική επίδραση»* (Gunn, 1993).

Η έννοια του ψυχοπαθητικού και η πρώτη περιγραφή του συνδρόμου μπορεί να χρεωθεί στον Cleckley. Το 1941 στο βιβλίο του «The mask of Sanity», (Cleckley, 1976), αποσαφήνισε 16 κριτήρια για τη διάγνωση ψυχοπάθειας. Από αυτά τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και από δική του εμπειρία ο Hare το 1980 ανέπτυξε την κλίμακα ψυχοπάθειας (Psychopathy Checklist – PCL.) (Hare, 1981). Η κλίμακα αυτή αναθεωρήθηκε (PCL-R) (Hare, 1991) και αποτελείται από 20 λήμματα που περιγράφουν συμπεριφορές. Κάθε λήμμα παίρνει από 0 έως 2 βαθμούς. Άτομα που βαθμολογούνται από 30 και πάνω χαρακτηρίζονται ψυχοπαθητικά, ενώ αυτοί

οι οποίοι λαμβάνουν βαθμολογία μικρότερη του 20 δε θεωρούνται ψυχοπαθητικοί.

Η έννοια της ψυχοπάθειας έχει το πλεονέκτημα έναντι των ψυχιατρικών διαγνώσεων της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας και της διαταραχής συμπεριφοράς ότι περιγράφει και αξιολογεί όχι μόνο την ατομική συμπεριφορά αλλά και την προσωπικότητα. Παραγοντική ανάλυση της κλίμακας PCL-R δίνει τρεις κυρίως παράγοντες οι οποίοι απαρτιώνουν το μοντέλο.

1. Αλαζονικά και δόλια διαπροσωπικά στοιχεία

- ☞ επιφανειακή χάρη
- ☞ αυξημένη αίσθηση προσωπικής αξίας
- ☞ παθολογική ψευδολογία
- ☞ χειριστικότητα

2. Ανεπαρκής συναισθηματική εμπειρία

- ☞ απουσία τύψεων και μετάνοιας
- ☞ ρηχό συναίσθημα
- ☞ αναισθησία-ανικανότητα κατανόησης των συναισθημάτων των άλλων
- ☞ άρνηση ευθύνης για τις ίδιες τις πράξεις

3. Παρορμητικά και ανεύθυνα στοιχεία

- ☞ ανάγκη για ερεθίσματα – τάση για γρήγορη απώλεια ενδιαφέροντος
- ☞ παρασιτικός τρόπος ζωής
- ☞ απουσία ρεαλιστικών μακροχρόνιων στόχων
- ☞ παρορμητικότητα
- ☞ ανευθυνότητα

Τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά του «ψυχοπαθούς» από την κλίμακα τα οποία δεν βρίσκουν την θέση τους στους τρεις παραπάνω παράγοντες είναι:

- Περιορισμένος έλεγχος της συμπεριφοράς
- συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων
- εφηβική παραβατικότητα
- ποικιλομορφία στην εγκληματική δράση
- επιστροφή στην φυλακή μετά από απόλυση υπό όρους.

Τα χαρακτηριστικά αυτά περιγράφουν τον «σκληρό πυρήνα» των ατόμων τα οποία λαμβάνουν τη διάγνωση της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας (Hare et al, 1990).

Πολλές μελέτες έχουν συσχετίσει την «ψυχοπαθητική» προσωπικότητα με τη βία. Οι «ψυχοπαθητικοί» εμπλέκονται πολύ συχνότερα σε εκδηλώσεις βίας, συμπεριλαμβανομένης και της σεξουαλικής, τόσο εντός όσο και εκτός νοσοκομειακών ή σωφρονιστικών ιδρυμάτων σε σχέση με τους υπόλοιπους παραπτωματίες (Rice et al, 1990 · Harris et al, 1991 · Quinsey et al, 1995).

Οι Rice & Harris (1995) μελέτησαν 685 ψυχιατρικά διαταραγμένους παραπτωματίες νοσηλευόμενους σε ψυχιατρείο υψηλής ασφάλειας. Στο δείγμα τους διαπίστωσαν ότι η ψυχοπαθητική δομή της προσωπικότητας σχετιζόταν με την εκδήλωση υποτροπιάζουσας βίας σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ό,τι η κατάχρηση οινόπνευματος ή η σχιζοφρένεια (54%, 37% και 16% αντίστοιχα). Το ποσοστό υποτροπής φαίνεται ότι σχετίζεται ευθέως με το βαθμό ψυχοπαθητικής δόμησης. Όπως προκύπτει από τη μελέτη του Serin (1996) σε 81 παραπτωματίες, 85% των ψυχοπαθητικών έναντι 40% των μη ψυχοπαθητικών εξεδήλωσε υποτροπή της παραπτωματικότητας. Όσον αφορά δε την εκδήλωση υποτροπιάζουσας βίαιης συμπεριφοράς, αυτή ήταν 25% έναντι 0% αντίστοιχα (Serin, 1996).

Στο Κεμπέκ του Καναδά, οι Hodgins & Cote (1993) μελετώντας έναν πληθυσμό 107 παραπτωματιών με μείζονα ψυχιατρική διαταραχή (σχιζοφρένεια και διαταραχή του θυμικού) διαπίστωσαν ότι η παρουσία αντικοινωνικού τύπου διαταραχής της προσωπικότητας είχε ως αποτέλεσμα τη σημαντικά αυξημένη παραπτωματικότητα του ασθενούς κατά την παιδική ηλικία. Χαρακτηριστικά αναφέρονται δύο από τις διαφορές αυτές: Σημαντική φθορά ξένης περιουσίας (για παράδειγμα αυτοκίνητο) κατά την παιδική ηλικία 59,2% έναντι 8,3%, σύλληψη κατά την εφηβεία ή προσαγωγή στο δικαστήριο 87,3% έναντι 27,8%.

Τα συμπεράσματα από αυτές τις δομημένες μελέτες συνοψίζονται στην ακόλουθη διαπίστωση και δεν διαφέρουν πρακτικά από την εμπειρία του κάθε κλινικού που έρχεται σε επαφή με ψυχιατρικά διαταραγμένους παραπτωματίες: Η παρουσία αντικοινωνικών στοιχείων στην προσωπικότητα συνδυάζεται θετικά με την παραπτωματικότητα και ειδικότερα με τη βίαιη συμπεριφορά. Αναμφισβήτητα αυτή η συσχέτιση, αν και σαφής, δεν σημαίνει κατ' ανάγκη και αιτιολογική σχέση. Πολύ περισσότερο δεν δίνει καμία πληροφορία για τη διαδικασία η οποία οδηγεί στη σχέση κάποιων διαταραχών της προσωπικότητας με το έγκλημα γενικότερα.

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ: ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΛΟΓΙΣΜΟΣ

3.1. ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΚΑΤΑΛΟΓΙΣΜΟΥ

Ο καταλογισμός είναι μια κρίση που εκφέρει η πολιτεία για την προσωπικότητα του δράστη. Με την κρίση αυτή ο δράστης χαρακτηρίζεται ως πρόσωπο άξιο μομφής και γι' αυτό αποδοκιμάζεται και καθίσταται προσωπικά υπεύθυνος για την πράξη του (Μαγκάκης, 1962).

Ενοχή, καλείται κάθε περίπτωση που ανάγεται στο πρόσωπο του δράστη και δικαιολογεί την αποδοκιμασία (Ανδρουλάκης, 1970-1978).

Στο ποινικό μας δίκαιο κρατεί σήμερα η «αρχή του καταλογισμού» ή «της ενοχής», κατά την οποία ποινή επιβάλλεται μόνο σ' εκείνο το δράστη μιας ποινικά επιλεγμένης άδικης πράξης, τον οποίο μπορούμε να μεμφθούμε για την τέλεση της. Η αρχή αυτή στηρίζεται στο άρθρο 2 παράγραφος 1 του Συντάγματος που επιβάλλει στην πολιτεία το σεβασμό και την προστασία της αξίας του ανθρώπου (Σπινέλλης, 1984).

Η κρίση αποδοκιμασίας που ενέχει ο καταλογισμός προϋποθέτει λογικά ότι ο δράστης μπορούσε να συμπεριφερθεί διαφορετικά από όπως συμπεριφέρθηκε. Επομένως το πρόβλημα αν ο δράστης μπορούσε να αποφύγει την τέλεση της πράξης του, είναι το κεντρικό πρόβλημα του καταλογισμού (Σπινέλλης, 1984).

Τα στοιχεία του καταλογισμού είναι:

- A) Η ικανότητα για καταλογισμό
- B) Η υπαιτιότητα (δόλος ή αμέλεια)
- Γ) Η συνείδηση του αδίκου ή η ασύγγνωστη άγνοια του
- Δ) Η ανθρώπινη δυνατότητα για συμμόρφωση ή αλλιώς η έλλειψη λόγων συγγνώμης (Μαγκάκης, 1962).

3.2. ΔΙΑΤΑΡΑΞΗ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ Η΄ ΤΗΣ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΛΑΤΤΩΜΕΝΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΚΑΤΑΛΟΓΙΣΜΟ

Η συνείδηση μπορεί να ορισθεί ως «η συγκράτηση της βιώσεως των προσωπικών ψυχικών δεδομένων και του περιβάλλοντος με σύγχρονη ύπαρξη της δυνατότητας του αναλογισμού για αυτό το βίωμα». (Κοτσαλής, 1988, σ. 18 · Μανωλεδάκης, 1985, σ. 480). Η νομική έννοια της διαταράξεως

της συνειδήσεως των άρθρων 34 και 36 Ποινικού Κώδικα (Π.Κ.), θα πρέπει να ορισθεί ως η θόλωση ή ο εν μέρει αποκλεισμός της αυτοσυνειδησίας ή της συνειδήσεως με τον έξω κόσμο ή της σχέσεως ανάμεσα σε αυτά τα δύο μεγέθη. (Ανδρουλάκης, 1979, σ. 93 · Κατσαντώνης, 1972, σ. 276 · Μαγκάκης, 1982, σ. 296). Αντίθετα σε περίπτωση πλήρους ελλείψεως της συνειδήσεως δεν λείπει η ικανότητα για καταλογισμό αλλά ήδη η ικανότητα για πράξη. (Κακκαλής, 1990-1992, σ. 276 · Τζωρτζόπουλος, 1936, σ. 301).

Ως διαταράξεις συνειδήσεως αντιμετωπίζονται για παράδειγμα η μέθη ύπνου, το πυρετικό παραλήρημα, οι παραισθήσεις, καταστάσεις μέθης και υπνώσεως, υπερβολικής κοπώσεως κ.λ.π. (Ανδρουλάκης, 1979, σ. 94 · Κατσαντώνης, 1972, σ. 276-277 · Μαγκάκης, 1982 · Τζωρτζόπουλος, 1936, σ. 301-302 · Σταθόπουλος, 1983). Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορούν βαριές καταστάσεις πάθους ή συναισθήματος να οδηγήσουν ως διατάραξη της συνειδήσεως με την έννοια του άρθρου 34 Π.Κ. και σε ανικανότητα για καταλογισμό. (Ανδρουλάκης, 1979, · Σταθόπουλος, 1983, σ. 671 · Κακκαλής, 1990-1992, σ. 274, Χαραλαμπάκης, 1988, σ. 268).

Η άλλη «βιολογική» κατάσταση που αναφέρεται από το νόμο είναι η νοσηρή διατάραξη των πνευματικών λειτουργιών. Πρόκειται για μια ιδιαίτερα μεγάλη και σημαντική κατηγορία από τη σκοπιά της πρακτικής εφαρμογής των άρθρων 34 και 36 Π.Κ., η οποία δεν είναι «κλειστή» και «ομοιογενής» αλλά περιλαμβάνει εν μέρει τις πιο διαφορετικές μορφές εμφάνισης εξαιρετικών, ανώμαλων καταστάσεων. (Ανδρουλάκης, 1979, σ. 92 · Κατσαντώνης, 1972, σ. 273 · Μαγκάκης, 1982, σ. 293 · Σταθόπουλος, 1983, σ. 668 · Κακκαλής, 1990-1992, σ. 273).

Η έκφραση «διατάραξη» φαίνεται να υποδηλώνει, ότι η ψυχική-πνευματική ζωή του συγκεκριμένου προσώπου θα πρέπει στο παρελθόν να υπήρξε κανονική, πράγμα που θα σήμαινε ότι η έμφυτη πνευματική ή ψυχική ασθένεια δεν θα καλυπτόταν από το νόμο. Η νομική έννοια της «νοσηρής διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών» εμφανίζει μεγάλη ευρύτητα. (Κατσαντώνης, 1972, · Μανωλεδάκης, 1985, σ. 479). Το φάσμα των περιστατικών που ανήκουν εδώ, αρχίζει από τις πνευματικές ψυχικές ασθένειες (εξωγενείς και ενδογενείς ψυχώσεις), τις οργανικές-εγκεφαλικές διαταράξεις, τις τοξινώσεις, την ολιγοφρενία διαφόρων βαθμών (Αλεξιάδης, 1971, σ. 14· Μανωλεδάκης, 1985, σ. 480· Στριγγάρης, 1947, σ. 181) και

φθάνει στις ψυχοπάθειες, τις διαταράξεις των ορμών και τις νευρωτικές (άστοχες) μορφές συμπεριφοράς. (Μαραγκοπούλου, 1967, σ. 164 · Φωτάκης, 1978, σ. 143).

Στην ιστορική εξέλιξη της έννοιας και του τρόπου απονομής της δικαιοσύνης ένας από τους σημαντικότερους σταθμούς είναι η δημόσια αναγνώριση, ότι ορισμένοι δράστες εγκλημάτων δεν έχουν ευθύνη για τις πράξεις τους και δεν πρέπει να τιμωρούνται. Η διαπίστωση της ανευθυνότητας του δράστη είχε ως επακόλουθο να μη του καταλογίζεται η πράξη και να απαλλάσσεται από κάθε ποινή. Μερικές νομοθεσίες έφθασαν στο σημείο να καταργούν το «άδικο χαρακτήρα» της πράξης, δηλαδή όχι μόνο ο δράστης ήταν ανεύθυνος, αλλά δεν υπήρξε καν έγκλημα. Η νομοθετική αυτή κατοχύρωση, αλλά και η πρακτική της εφαρμογή αποτελεί ένα διεπιστημονικό κόμβο σύγκλισης και αλληλεπίδρασης μεταξύ διαφόρων επιστημών, όπως είναι η ιατρική, η νομική και η κοινωνιολογία (Τζεφεράκος, 2009).

Στην Ελλάδα σήμερα, οι διατάξεις του Π.Κ., οι οποίες αναφέρονται σε ακαταλόγιστους ή μερικώς καταλογιστέους εγκληματίες είναι τα άρθρα 34 και 36 του Π.Κ., τα οποία ισχύουν από το 1951 έως και σήμερα. Η ρύθμιση της ελαττωμένης ικανότητας για καταλογισμό στο άρθρο 36 Π.Κ. βρίσκεται σε αντιστοιχία προς τη ρύθμιση της ανικανότητας για καταλογισμό που γίνεται στο άρθρο 34 Π.Κ. Συγκεκριμένα το ερώτημα για την ελαττωμένη ικανότητα για καταλογισμό θα πρέπει να εκτιμηθεί και να κριθεί πάντοτε σε σχέση με τη συγκεκριμένη πράξη · εξάλλου όπως υπάρχει μια μερική ικανότητα για καταλογισμό, έτσι θα πρέπει να αναγνωρισθεί μια μερική ελαττωμένη ικανότητα για καταλογισμό. Σήμερα το άρθρο 34 Π.Κ. και αντίστοιχα το άρθρο 36 Π.Κ. ορίζει σαφώς ότι ο δράστης θα πρέπει εξαιτίας της βιολογικής του καταστάσεως να είναι ανίκανος να διακρίνει το άδικο της πράξεως του (και αυτό σημαίνει: της συγκεκριμένης πράξεως που τελέσθηκε από αυτόν) ή να πράξει σύμφωνα με αυτή τη διάκριση (Ανδρουλάκης, σ. 95). Αντίστοιχα στην περίπτωση της ελαττωμένης ικανότητας για καταλογισμό ο δράστης θα πρέπει να έχει ουσιωδώς μειωμένη την ικανότητα διακρίσεως του άδικου χαρακτήρα της συγκεκριμένης πράξεως (και φυσικά εξαιτίας αυτής της ουσιώδους μειώσεως να μην διακρίνει το άδικο) ή ουσιωδώς μειωμένη την ικανότητα συμμορφώσεως (και έτσι να μην μπόρεσε να συμμορφωθεί προς τη διάγνωση του άδικου) (Κοτσαλής, 1983, σ. 677-678).

ΑΡΘΡΟ 34

Κατά το άρθρο 34 του ποινικού κώδικα, επιγραφόμενο «Διατάραξη των πνευματικών λειτουργιών ή της συνείδησης», «η πράξη δεν καταλογίζεται στον δράστη αν, όταν την διέπραξε, λόγω νοσηρής διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών ή διατάραξης της συνείδησης, δεν είχε την ικανότητα να αντιληφθεί το άδικο της πράξης του ή να ενεργήσει σύμφωνα με την αντίληψη του για το άδικο αυτό».

Καταλογισμός είναι η μομφή που προσάπτουμε στον δράστη προσωπικώς για τη συμπεριφορά του. Αυτή είναι η αξιολογητική έννοια του καταλογισμού. Για τον καταλογισμό του εγκλήματος δεν αρκεί ότι αυτό είναι προϊόν της ενέργειας ή της παράλειψης του δράστη, αλλά πρέπει να συνδέεται και με τη θέληση αυτού, ώστε να υπάρχει αιτιώδης συνάφεια, σε σχέση αίτιου και αποτελέσματος, μεταξύ αυτό που ήθελε και του εγκληματικού αποτελέσματος. Για την ύπαρξη ποινικής ευθύνης απαιτείται διάνοια και θέληση, ήτοι φυσιολογική λειτουργία και ακεραιότητα των διανοητικών του λειτουργιών και ικανότητα για τη λήψη αποφάσεως. Η ικανότητα για καταλογισμό πρέπει να διακριθεί από την ικανότητα για πράξη. Ο ευρισκόμενος σε κατάσταση νοσηρής διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών ή σε διατάραξη της συνείδησης άνθρωπος μπορεί να πράξει και με την έννοια του ποινικού δικαίου. Παρά ταύτα η πράξη τους δεν μπορεί να τους καταλογιστεί, διότι ακριβώς λείπει η ικανότητα τους για καταλογισμό.

Κατά την έννοια του παραπάνω άρθρου, η πράξη δεν καταλογίζεται όταν κατά το χρόνο πραγματοποίησής της, ο δράστης, δεν είναι σε θέση να αντιληφθεί ότι αυτή η συγκεκριμένη πράξη είναι άδικη, ή ενώ αντιλαμβάνεται αυτό, δεν είναι σε θέση να ενεργήσει σύμφωνα με την αντίληψη που έχει για τον άδικο χαρακτήρα της για να μην πραγματοποιηθεί η πράξη αυτή. Επομένως με βάση την έννοια του νόμου δεν υπάρχει μια γενική ανικανότητα (η στις περιπτώσεις του άρθρου 36 του ποινικού κώδικα, ελαττωμένη ικανότητα για καταλογισμό), αλλά απλώς υπάρχει είτε η μία είτε η άλλη σε σχέση με τη συγκεκριμένη πράξη. Στην πρώτη περίπτωση, λόγω της νοσηρής διατάραξης των πραγματικών λειτουργιών ή διατάραξης της συνείδησης, δεν έχει την ικανότητα να αντιληφθεί την πράξη ως άδικη. Στην δεύτερη περίπτωση στερείται της ικανότητας αντιστάσεως στην παρώθηση για την

τέλεση του εγκλήματος, γιατί δεν μπορεί να κρίνει και να αποφασίζει ορθά. Δηλαδή για τον καταλογισμό απαιτείται τόσο ικανότητα διακρίσεως όσο και ικανότητα συμμορφώσεως. Λέγοντας ικανότητα για συμμόρφωση, εννοούμε την ικανότητα του δράστη να σταθμίζει τους ερεθισμούς για την πράξη και τις αντιλήψεις αναστολής που αντιτίθενται προς αυτή και έτσι την ικανότητα του για λήψη αποφάσεως ως έκφραση της βουλήσεως του για σύννομη συμπεριφορά. Ο Μανωλεδάκης μιλάει για ικανότητα επιλογής. (Μανωλεδάκης, 1985, σ. 501). Για την ανικανότητα προς καταλογισμό ο νόμος απαιτεί η μια από τις δύο προαναφερθείσες ικανότητες (δηλαδή να αντιληφθεί τον άδικο χαρακτήρα της πράξεως του ή να ενεργεί σύμφωνα με την αντίληψη του περί αυτού) να έχει αρθεί ολοκληρωτικά (Μπουρόπουλος, 1959, σ. 103). Η απόφαση για το εάν πρόκειται στη συγκεκριμένη περίπτωση για ανικανότητα για καταλογισμό ή για ελαττωμένη ικανότητα για καταλογισμό σημαίνει μια συγκρίνουσα θέση για το αν οι ψυχικές διαταράξεις που εκτίθενται περιοριστικά στο νόμο έχουν φθάσει σε τέτοιο βαθμό βαρύτητας, ώστε να μπορεί να γίνει δεκτή μια βαθιά αλλοίωση της δομής της προσωπικότητας του δράστη ή όχι (Kaiser, 1985, σ. 87). Εάν διαπιστωθεί σε σχέση με το χρονικό σημείο της πράξεως μια βαθιά αλλοίωση της προσωπικότητας του, τότε ανάλογα του εάν η συγκεκριμένη διατάραξη επενεργεί περισσότερο στις διανοητικές ικανότητες ή στο δυναμικό των αναστολών κρίνεται και γίνεται δεκτή η ανικανότητα του δράστη να αντιληφθεί το άδικο της πράξης του ή να πράξει με βάση αυτή τη διάκριση. Αντίθετα σε περίπτωση ηπιότερης διαταράξεως της προσωπικότητας του δράστη και έτσι, απλώς, ουσιώδους μειώσεως της ικανότητας του για διάκριση ή συμμόρφωση, ανακύπτει θέμα ελαττωμένης ικανότητας για καταλογισμό. Αθροιστική αποδοχή τούτων δεν επιτρέπεται, διότι υφίσταται μεταξύ τους νομική και λογική αντίφαση.

Η δυνατότητα προσωπικής, ιδιαίτερης αποδοκιμασίας του δράστη για την υποκείμενη άδικη συμπεριφορά του (καταλογισμός, ενοχή), κατά την μικτή μέθοδο που ακολουθεί ο ελληνικός ποινικός κώδικας (άρθρο 34), περιλαμβάνει τρία στοιχεία: 1) Το βιολογικό (ικανότητα προς καταλογισμό), 2) το ψυχολογικό (υπαιτιότητα), 3) το δεοντολογικό (φευκτό της υπαιτιότητας, δυνατότητα να πράξει διαφορετικά).

Η νοσηρή διατάραξη των πνευματικών λειτουργιών αφορά στην περιοχή της αντίληψης, του συνειρμού ιδεών, του συναισθήματος και της κρίσεως. Υπό τον όρο αυτό νοούνται όλες οι μορφές παραφροσύνης ή φρενοβλάβειας ή ολιγοφρένειας (ψυχώσεις, ψυχοπάθειες, νευρώσεις). Η διατάραξη της συνείδησης συνεπάγεται στέρηση της συνείδησης των ενεργειών, από τον κατά τα άλλα υγιή διανοητικώς δράστη. Στη διατάραξη της συνείδησης συγκαταλέγονται όλες οι ψυχικές διαταραχές που δεν πηγάζουν από παθολογική αιτία του εγκεφάλου, αλλά εμφανίζονται σε καταρχήν ψυχικώς υγιή άτομα και είναι εξ ορισμού παροδικές. Στην πρώτη περίπτωση υπάρχει νοηματική ανικανότητα, στη δεύτερη βουλητική. Ο πρώτος πάσχει μάλλον μόνιμα, ο δεύτερος παροδικά.

Σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν προηγουμένως, ο δράστης μπορεί να θεωρηθεί ακαταλόγιστος, σύμφωνα με το άρθρο 34, κυρίως στις περιπτώσεις που παρουσιάζει:

α) Νοητική καθυστέρηση ή έκπτωση των νοητικών λειτουργιών σε βαθμό που δεν μπορεί ή δυσκολεύεται πολύ να κατανοήσει το περιεχόμενο βασικών εννοιών, (όπως νόμος, άδικο) ή ειδικών εννοιών που συνδέονται με την ειδική υπόσταση του εγκλήματος που διέπραξε (όπως ιδιοκτησία, θάνατος). Επίσης, όταν δε μπορεί ή δυσκολεύεται πολύ να αντιληφθεί ότι η πράξη του αποδοκιμάζεται από το ισχύον Δίκαιο.

β) Ψυχωσική συνδρομή με παραγωγικά συμπτώματα (παραλήρημα, ψευδαισθήσεις), τα οποία αλλοιώνουν κρίσιμα χαρακτηριστικά της πραγματικότητας (για παράδειγμα ο δράστης νομίζει ότι πυροβολεί εναντίον δαιμόνων ή εναντίον διωκτών οι οποίοι ετοιμάζονται να τον φονεύσουν).

γ) Αλλοίωση του επιπέδου συνείδησης (για παράδειγμα διέγερση, θόλωση, σύγχυση) σε βαθμό που: δε μπορούσε ή ήταν πολύ δύσκολο να ελέγξει μια αυτοματική αντίδραση ή μια αντανakλαστική κίνηση (για παράδειγμα πρόκληση σωματικής βλάβης κατά τη διάρκεια μιας επιληπτικής κρίσης, ή μιας έντονης κατατονικής διέγερσης. Επίσης, σε περίπτωση που ήταν πολύ δύσκολο να επιδείξει τη δέουσα προσοχή (για παράδειγμα πρόκληση ειδικού ατυχήματος εξαιτίας αιφνίδιας κρίσης υπογλυκαιμίας), ή του ήταν πολύ δύσκολο να συγκρατήσει μια παρόρμηση του (για παράδειγμα, άδικη επιθετική πράξη κατά τη διάρκεια ψυχοκινητικής διέγερσης στα πλαίσια ενός σοβαρού μανιακού επεισοδίου) (Λειβαδίτης, 2008, σ. 253).

Οι παραπάνω εκφράσεις του νόμου «νοσηρή διατάραξη των πνευματικών λειτουργιών» και «διατάραξη της συνείδησης» κατά πρώτο λόγο είναι νομικοί όροι και με την ευρύτητα τους καλύπτουν ποικίλες ψυχοπαθολογικές και ψυχολογικές καταστάσεις (διαταράξεις της βουλευτικής και συναισθηματικής ζωής καθώς και του χώρου των ορμών), η ειδικότερη ανάπτυξη των οποίων είναι θέμα της ψυχιατρικής επιστήμης. Ανάλογα της μορφής του βιολογικού ευρήματος θα πρέπει να αντιμετωπιστεί και η αναγκαία ψυχιατρική-δικαστική εξέταση (Σταθόπουλος, 1983, σ. 668 · Κακκαλής, 1990-1992, σ. 277). Ενώ όμως στις γνήσιες ψυχώσεις η απόφαση είναι σχετικά απλή, γιατί από την αντίστοιχη ιατρική διάγνωση μπορεί ως επί το πλείστον να προκύψει το συμπέρασμα σχετικά με την απώλεια της ικανότητας για καταλογισμό, στις άλλες νοσηρές διατάξεις των πνευματικών λειτουργιών καθώς και στις διαταράξεις συνειδήσεως ανακύπτουν ουσιαστικές δυσχέρειες. Απαιτείται περαιτέρω η διερεύνηση της προσωπικότητας του δράστη για να καταστεί δυνατή η εξακρίβωση του εάν η συνολική κατάσταση του δράστη έχει υπερβεί τα όρια του άρθρου 36 Π.Κ. ή 34 Π.Κ. (Παπαδάτος, 1966, σ. 259-261 · Μαραγκοπούλου, 1967, σ. 129). Τις μεγαλύτερες δυσχέρειες κατά την εκτίμηση της ανικανότητας για καταλογισμό ή της ελαττωμένης ικανότητας για καταλογισμό εμφανίζουν οι ψυχοπάθειες στις διάφορες μορφές τους (Κατσαντώνης, 1972, σ. 97). Κατά κανόνα ψυχοπάθειες και νευρώσεις συνδέονται με ελαττωμένη ικανότητα για καταλογισμό και κρίνονται στο πλαίσιο του άρθρου 36 Π.Κ. (Ανδρουλάκης, 1979, σ. 98 · Σταθόπουλος, 1983, σ. 673 · Κοτσαλής, 1983, σ. 676).

Η ανικανότητα ή μη προς καταλογισμό έχει σημασία μόνο κατά το χρόνο τέλεσης της συγκεκριμένης πράξης και όχι κατά την επέλευση του αποτελέσματος ή κατά το χρόνο διενέργειας της πραγματογνωμοσύνης.

Η διανοητική υγεία του κατηγορούμενου είναι ζήτημα πραγματικό, που εξετάζεται από τον δικαστή (παρατήρηση δράστη, αξιολόγηση μαρτυρικών καταθέσεων) και εκτιμάται κυριαρχικά από αυτόν. Εάν είναι φανερή η διατάραξη η αντίθετα ψυχική υγεία του δράστη (κατηγορούμενου) θεωρείται περιττή οποιαδήποτε ιατρική εξέταση και μόνο σε περίπτωση αμφιβολίας τα δικαστήρια διατάσσουν πραγματογνωμοσύνη. Όταν απορρίπτουν αίτημα για τη διενέργεια πραγματογνωμοσύνης πρέπει να αιτιολογούν ειδικά την κρίση τους αυτή. Τα δικαστήρια, με τη θεμελιώδη αρχή της ηθικής απόδειξης (άρθρο

177 κώδικας ποινικής δικονομίας), δεν δεσμεύονται από τα πορίσματα της ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης, αλλά τα εκτιμούν ελεύθερα μαζί με τις λοιπές αποδείξεις. Όταν όμως τα δικαστήρια αποκλίνουν από τα πορίσματα των πραγματογνωμόνων πρέπει να αιτιολογούν ειδικά την παρέκκλιση αυτή. Η ανικανότητα προς καταλογισμό είναι ζήτημα νομικό και ανήκει στην αποκλειστική και κυρίαρχη αρμοδιότητα του δικαστή, πλην, όμως, στην προετοιμασία της συμβάλλει η γνωμάτευση του πραγματογνώμονα, η δε ορθή και τεκμηριωμένη δικαστική απόφαση προϋποθέτει κατανόηση και σωστή αξιολόγηση της σχετικής ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης. Και τούτο διότι η ικανότητα για καταλογισμό αποτελεί μεν τον κανόνα αλλά δεν τεκμαίρεται από την τυχόν μη απόδειξη των επικαλούμενων λόγων αποκλεισμού της. Γι' αυτό απαιτείται πλήρης αιτιολογία όταν η ικανότητα αυτή αμφισβητείται. Το δικαστήριο οφείλει να ερευνά αυτεπάγγελα την έλλειψη ή τυχόν μείωση της ικανότητας για καταλογισμό, όταν προκύπτει σχετική ένδειξη. Σε περίπτωση δε, που με βάση τα αποτελέσματα της κύριας διαδικασίας στο ακροατήριο του δικαστηρίου παραμένουν βάσιμες αμφιβολίες ως προς την ικανότητα του δράστη για καταλογισμό, πρέπει η περίπτωση να κριθεί με βάση τον θεμελιώδη κανόνα «in dubio pro reo» και ο κατηγορούμενος να αθωωθεί.

ΑΡΘΡΟ 36

Κατά το απογραφόμενο «Ελαττωμένη ικανότητα προς καταλογισμό» άρθρο 36 του ποινικού κώδικα: «1. Αν εξαιτίας κάποιας από τις ψυχικές καταστάσεις που αναφέρονται στο άρθρο 34, δεν έχει εκλείψει εντελώς, μειώθηκε όμως σημαντικά η ικανότητα για καταλογισμό που απαιτείται κατά το άρθρο αυτό, επιβάλλεται ποινή ελαττωμένη (άρθρο 83). 2. Η διάταξη της προηγούμενης παραγράφου δεν εφαρμόζεται στην περίπτωση της υπαίτιας μέθης».

Η ρύθμιση του παραπάνω άρθρου για την επιβολή ελαττωμένης ποινής αφορά περιοριστικά στις καταστάσεις του άρθρου 34 του αυτού ποινικού κώδικα, δηλαδή την νοσηρή διατάραξη των πνευματικών λειτουργιών ή την διατάραξη της συνείδησης, με εξαίρεση, κατά την παράγραφο 2, την περίπτωση της υπαίτιας μέθης.

Για την εφαρμογή του άρθρου 36 πρέπει ο δράστης να τέλεσε την πράξη είτε σε κατάσταση διατάραξης των πνευματικών του λειτουργιών, είτε

σε κατάσταση διατάραξης της συνείδησης με σημαντικά μειωμένη την ικανότητα να αντιληφθεί το άδικο της συγκεκριμένης πράξης του ή να ενεργεί σύμφωνα με την αντίληψη του περί αυτού. Στην περίπτωση αυτή πρέπει η μία από τις δύο ικανότητες να έχει μειωθεί ουσιωδώς, ώστε ο δράστης είτε να μην αντιληφθηκε τον άδικο χαρακτήρα της συγκεκριμένης πράξης του, είτε να μην συμμορφώθηκε και τι τον είχε διακρίνει. Οι ικανότητες του ελαττωμένα ικανού για καταλογισμό δράστη είναι σημαντικά μειωμένες σε σχέση με τον πλήρως ικανό για καταλογισμό χωρίς, όμως, να έχουν αρθεί ολοκληρωτικά. Η ικανότητα για συμμόρφωση εξετάζεται μετά την διαπίστωση ότι ο δράστης διέκρινε ή μπορούσε να διακρίνει τον άδικο χαρακτήρα της πράξης του.

Η ελαττωμένη ικανότητα προς καταλογισμό συνιστά απλώς μια ιδιαίτερη μορφή της ικανότητας προς καταλογισμό και επισύρει ελαττωμένη ποινή. Κρίσιμος χρόνος για την ελαττωμένη ή μη ικανότητα του δράστη για καταλογισμό είναι και στη περίπτωση αυτή ο χρόνος τέλεσης της πράξης. Η διαπίστωση της ελαττωμένης ή μη ικανότητας για καταλογισμό είναι νομικό ζήτημα.

Το άρθρο 36 του ποινικού κώδικα χρησιμοποιεί τα ίδια βιολογικά κριτήρια που χρησιμοποιεί το άρθρο 34. Επομένως, ως προς το βιολογικό σκέλος, η ελαττωμένη ικανότητα προς καταλογισμό και η ανικανότητα προς καταλογισμό ρυθμίζονται ομοιογενώς και ενιαία. Οι βιολογικές και ψυχολογικές καταστάσεις στην περίπτωση του άρθρου 36 δεν φθάνουν στον ίδιο βαθμό βαρύτητας όπως στο άρθρο 34 και δεν επιφέρουν πλήρη αποκλεισμό της ικανότητας διάκρισης ή συμμόρφωσης, αλλά απλώς τον ουσιώδη περιορισμό τους.

Οι ψυχοπαθολογικές και ψυχολογικές καταστάσεις που εμπίπτουν στο άρθρο 34 του ποινικού κώδικα και δεν απαριθμούνται περιοριστικά, έχουν πλήρη εφαρμογή και στο άρθρο 36 του ποινικού κώδικα, αρκεί να μην επέφεραν ολοκληρωτική άρση, αλλά απλώς να μείωσαν σημαντικά την ικανότητα του πράξαντος να αντιληφθεί τον άδικο χαρακτήρα της πράξης του ή να ενεργήσει σύμφωνα με την αντίληψη του περί αυτού.

Όλες οι καταστάσεις, που όπως έχει αναφερθεί μπορεί να οδηγήσουν σε άρση του καταλογισμού, δηλαδή η καθυστέρηση, η έκπτωση των νοητικών λειτουργιών, η ψυχωσική συνδρομή με παραγωγικά συμπτώματα, η

αλλοίωση του επιπέδου της συνείδησης μπορεί να αποτελούν και αιτίες μείωσης του καταλογισμού. Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι τα εξής:

α) Νοητική έκπτωση σε βαθμό που επιτρέπει μεν στο δράστη την ικανότητα να έχει μια αδρή αντίληψη του άδικου χαρακτήρα της πράξης του, περιορίζει όμως σημαντικά την ικανότητα κατανόησης όλων των πιθανών συνεπειών της, για παράδειγμα, πρόκληση επικίνδυνης σωματικής βλάβης από δράστη που δεν έχει την ικανότητα να αντιληφθεί πλήρως τους κινδύνους που συνεπάγεται η πράξη του.

β) Ψυχωσική συνδρομή με παραλήρημα ή ψευδαισθήσεις που αλλοιώνουν κρίσιμες πλευρές της πραγματικότητας, για παράδειγμα «φωνές» που επιτάσσουν εμπρησμό, σε άτομο, το οποίο όμως είναι κατά τα άλλα σε θέση να αντιληφθεί τον άδικο χαρακτήρα και τις βλαπτικές συνέπειες αυτής της πράξης.

γ) Αλλοίωση της συνείδησης μέτριου βαθμού, για παράδειγμα επιθετικές πράξεις από ένα συγχυτικό.

δ) Έξαρση ενός συναισθήματος, ενός αισθήματος με δυσάρεστη χροιά, μιας παρόρμησης. Ο φόβος, το άγχος, η οργή, η χαρά, η θλίψη, η δυσφορία, ο πόνος, η πείνα, η δίψα, μπορεί να περιορίζουν την ικανότητα ενός ατόμου να κρίνει αντικειμενικά και να αποφασίζει νηφάλια. Πολλές φορές αυτές οι καταστάσεις συνδυάζονται με έντονες παρορμήσεις. Ως παρόρμηση ορίζεται η έντονη επιθυμία για τέλεση μιας συγκεκριμένης πράξης, η οποία συνοδεύεται από μία δυσάρεστη ψυχική ένταση και από την προσδοκία ότι η ένταση μπορεί να μειωθεί, όταν η πράξη τελεστεί. Μια μεγάλη ποικιλία καταστάσεων, όπως συναισθηματική έξαρση (παραδείγματος χάριν ζήλια, αγανάκτηση), βιολογικές αναστατώσεις (για παράδειγμα προεμμηνορυσιακή τάση), συγκεκριμένες ψυχικές διαταραχές (για παράδειγμα αγχώδη ή καταθλιπτικά σύνδρομα, διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων, καταστάσεις εξάρτησης), μπορεί να ανήκουν σε αυτή την κατηγορία αιτίων μείωσης του καταλογισμού.

ε) Άμβλυνση των ανασταλτικών ψυχικών λειτουργιών, οι οποίες αποτρέπουν το άτομο από το να ενεργεί σύμφωνα με κάθε παροδική επιθυμία ή στιγμιαία παρόρμηση του. Οι συναισθηματικές αντιδράσεις ντροπής, ενοχής, φόβου, οι νοητικές διεργασίες αυτοκριτικής, ηθικής αξιολόγησης, πρόβλεψης, συνιστούν τέτοιες ανασταλτικές διεργασίες. Η άμβλυνση τους μπορεί να οφείλεται

αποκλειστικά στην έξαρση ενός συναισθήματος ή μιας παρόρμησης. Ενίοτε όμως είναι αυτοτελής και αποδίδεται: σε ψυχολογικές διεργασίες αποεπένδυσης, ναρκισσιστικής αναδίπλωσης, παλινδρόμησης σε παιδικόμορφη συμπεριφορά (για παράδειγμα στην υπολειμματική φάση της σχιζοφρένειας, στο σύνδρομο ιδρυματισμού, στις διαταραχές της διαγωγής αντιδραστικού χαρακτήρα. Επίσης, σε διάχυτες οργανικές εγκεφαλικές βλάβες ή σε οργανικής αιτίας διαταραχές της εγκεφαλικής λειτουργίας, οξείες (για παράδειγμα, μέθη), ή χρόνιες (για παράδειγμα αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας επί εδάφους χρόνιας εγκεφαλικής δυσλειτουργίας). (Λειβαδίτης, 2008, σ. 254-5).

Από τα ανωτέρω προκύπτει ότι μια ευρύτατη κατηγορία ψυχικών καταστάσεων και διαταραχών μπορεί να οδηγήσει στην αναγνώριση μειωμένου καταλογισμού. Κρίσιμο για το δικαστή είναι το ακόλουθο ερώτημα: Είναι τόσο έντονη η δυσκολία αντίληψης του αδίκου και ενέργειας σύμφωνα με αυτή, σε σύγκριση με τις συνήθειες δυνατότητες που διαθέτει ο «μέσος άνθρωπος», ώστε να κρίνεται ότι ο δράστης, σύμφωνα και με το γενικό πνεύμα της ισχύουσας ποινικής νομοθεσίας, είναι μεν ποινικά αξιόμεμπτος και αξιόποινος, σε βαθμό όμως σαφώς λιγότερο από τον προβλεπόμενο στη διάταξη που αφορά το αδίκημα, το οποίο διέπραξε.

Τίθεται επίσης ένα άλλο γενικότερα πρόβλημα: Μήπως η παρεχόμενη δυνατότητα διεκδίκησης μειωμένου καταλογισμού, απολήγει σε άνιση μεταχείριση σε βάρος των παραβατών, οι οποίοι δεν παρουσιάζουν ψυχικές διαταραχές. Έτσι, ο νόμος φαίνεται να επιβραβεύει την ύπαρξη ενός «κακού» χαρακτήρα, ή ενός συνόλου «κακών» συνηθειών, εφόσον εμφανίζονται υπό τον μανδύα μιας «ψυχικής διαταραχής».

Εναντίον αυτής της άποψης μπορεί να προβληθούν τα ακόλουθα επιχειρήματα: Η κοινωνία και το ποινικό σύστημα έχουν περισσότερες απαιτήσεις από ένα άτομο, το οποίο μπορεί να κρίνει και να αποφασίζει, χωρίς να δεσμεύεται υπέρμετρα από παρελθούσες ψυχολογικού χαρακτήρα επιδράσεις, ή βιολογικές ιδιομορφίες των εγκεφαλικών του λειτουργιών, οι οποίες έχουν προσλάβει το χαρακτήρα ψυχικής διαταραχής. Το ποινικό σύστημα εμπιστεύεται την Ψυχιατρική ως επιστήμη όταν αυτή διατείνεται ότι μερικές φορές πίσω από μια δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά διακρίνεται η ύπαρξη μιας ιδιαιτερότητας των ψυχικών λειτουργιών, η οποία, αν και τμήμα

της όλης ψυχικής ζωής και της προσωπικότητας του ατόμου, έχει αποκτήσει μια διακριτή και αυτοτελή υπόσταση και επηρεάζει έντονα τις κρίσιμες ως προς τη λήψη μιας εγκληματικής απόφασης ανώτερες πνευματικές λειτουργίες, ιδίως την κρίση και τη βούληση (Rasch, 1990).

Εξάλλου, για τη δίκαιη επιβολή ποινών σε όλους τους παραβάτες, με ή χωρίς ψυχική διαταραχή, υπάρχουν και άλλα κριτήρια όπως, για παράδειγμα, η συμπεριφορά του δράστη πριν ή μετά το έγκλημα, η ύπαρξη ταπεινών ή μη κινήτρων.

Οι διατάξεις του Π.Κ. περί ελαττωμένης ικανότητας για καταλογισμό και ανικανότητας για καταλογισμό αποτελούν μια από τις πιο βασικές ενδείξεις για την αποδοχή από το Π.Δ. του αξιώματος της ενοχής και την προσήλωση του σε αυτό.

3.3. ΔΥΝΑΤΕΣ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΛΥΣΕΙΣ. Η ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΚΩΔΙΚΑ.

Πρώτη προϋπόθεση για την ενοχή του δράστη είναι η ικανότητα του για ενοχή ή η ικανότητα του για καταλογισμό. (Κοτσαλής, 1990· Foerster, 1990-1992, σ. 263). Αφού η ποινική έννοια της ενοχής, στηρίζεται στη δυνατότητα του ανθρώπου να μπορεί να θέλει αυτό που οφείλει να θέλει, η ικανότητα του για ενοχή ή καταλογισμό δεν μπορεί παρά να σημαίνει την ικανότητα του να προσανατολίζει τη συμπεριφορά του προς δικαιοκούς κανόνες συμπεριφοράς, δηλαδή να συλλαμβάνει σωστά το νόημα τους (νοηματικό στοιχείο) και να πράττει σύμφωνα με αυτή τη διάγνωση (βουλευτικό στοιχείο). (Baumann & Weber, 1985).

Θεωρητικά διανοίγονται στο νομοθέτη τρεις δρόμοι για τη ρύθμιση της ικανότητας για καταλογισμό, οι οποίοι χαρακτηρίζονται συνήθως ως η βιολογική, η ψυχολογική και η μικτή ή σύνθετη μέθοδος (Κοτσαλής, 1988 σ. 215· Μαραγκοπούλου, 1990-1992).

Η καθαρά βιολογική μέθοδος, η οποία υπάρχει ακόμη στο άρθρο 64 του γαλλικού ποινικού κώδικα, έγκειται στο ότι ο νόμος περιγράφει απλώς και μόνον την ανώμαλη κατάσταση του δράστη, η ύπαρξη της οποίας καθιστά το δράστη – χωρίς άλλη εξέταση – ανίκανο για καταλογισμό (Jakobs, 1982, σ. 127· Μανωλεδάκης, 1985 σ. 478). Ακριβώς στο ότι η ψυχιατρική διάγνωση οδηγεί άμεσα σε ένα συμπέρασμα για την ικανότητα ή ανικανότητα για

καταλογισμό, χωρίς να εξετάζεται συνάμα το βιολογικό χαρακτηριστικό, στη σημασία του και την επίδραση του πάνω στη συγκεκριμένη πράξη, βρίσκεται και το μειονέκτημα αυτής της μεθόδου (Κοτσαλής, 1988 σ. 215-216).

Τελείως αντίθετα λειτουργεί η καθαρά ψυχολογική μέθοδος (Jakobs, 1982, σ. 127 · Μανωλεδάκης, 1985 σ. 479). Στηρίζεται απλώς και μόνο στις ψυχολογικές συνέπειες χωρίς να αναφέρει τους λόγους της ανικανότητας για καταλογισμό. Σύμφωνα με αυτή, ικανός για καταλογισμό είναι ο δράστης στον οποίο έλλειπε κατά το χρόνο της πράξεως η ικανότητα για διάκριση και συμμόρφωση. Κατά της καθαρά ψυχολογικής μεθόδου προβάλλεται ότι εγκαταλείπει το δικαστή «στη μέση του δρόμου» κατά την αναζήτηση των αιτίων που μπορούν να έχουν επηρεάσει τη διαμόρφωση της βουλήσεως του δράστη και έτσι είναι δυνατόν να προκύψει ένας σοβαρός κίνδυνος για την ασφάλεια δικαίου.

Η Τρίτη νομοθετική δυνατότητα για τη ρύθμιση της ικανότητας για καταλογισμό είναι η μικτή ή σύνθετη μέθοδος. Είναι η μέθοδος που χρησιμοποιεί ο Π.Κ. στα άρθρα 34 και 36 και εφαρμόζεται περαιτέρω από τους περισσότερους ποινικούς κώδικες (Κοτσαλής, 1990). Και τούτο γιατί αποτελεί τη σχετικά καλύτερη λύση ιδιαίτερα σε επίπεδο πρακτικής δικαιοσύνης. Με τη χρησιμοποίηση της μικτής μεθόδου εξουδετερώνονται τα μειονεκτήματα των δύο άλλων μεθόδων. Αφενός αποφεύγεται η εξαγωγή συμπεράσματος με βάση το βιολογικό εύρημα και μόνο, αφετέρου αποτρέπεται μέσω της συνδέσεως με ορισμένες βιολογικές ελλείψεις, των οποίων η ουσία και η επίδραση έχουν διερευνηθεί από την ψυχιατρική και ψυχολογία σε ορισμένο βαθμό, η ανασφάλεια δικαίου στην οποία θα μπορούσε να οδηγήσει η καθαρά ψυχολογική μέθοδος (Μαγκάκης, 1982, σ. 292). Η μικτή μέθοδος εμφανίζεται ως ένας αναγκαίος συμβιβασμός ανάμεσα σε ουσιαστική δικαιοσύνη, πρακτικότητα του δικαίου και ασφάλεια του δικαίου. (Κοτσαλής, 1988, σ. 219).

3.4. ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΔΙΚΑΣΤΗ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΟΓΝΩΜΟΝΑ

Η διάγνωση της ανικανότητας για καταλογισμό και της ελαττωμένης ικανότητας για καταλογισμό, προϋποθέτει κατά κανόνα τη συνεργασία ανάμεσα στο δικαστή και τον πραγματογνώμονα ψυχίατρο. Η ιδιαίτερη προβληματική αυτής της συνεργασίας προκύπτει απ' το γεγονός, ότι οι δύο εν

λόγω παράγοντες της ποινικής δίκης προέρχονται από τελείως διαφορετικούς επιστημονικούς χώρους, η δε σωστή λειτουργία και τεκμηριωμένη απόφαση του δικαστή προϋποθέτει την κατανόηση και έτσι σωστή αξιολόγηση της γνωμοδότησης του πραγματογνώμονα.

Σημαντικά προβλήματα εμφανίζει το θέμα της αρμοδιότητας του πραγματογνώμονα ψυχιάτρου και της συνεργασίας του με το δικαστήριο. Συγκεκριμένα η ικανότητα για καταλογισμό του δράστη δεν απαιτεί ειδικότερη εξέταση και αιτιολόγηση, ενόσω δεν υπάρχουν αμφιβολίες ή ερωτήματα σε σχέση με αυτή. Εάν όμως υπάρξουν κάποια περιστατικά που καθιστούν απλώς και μόνο πιθανή την περίπτωση του αποκλεισμού ή της μείωσης της ικανότητας για καταλογισμό, τότε το δικαστήριο μπορεί – ελλείψει κατά κανόνα της δικής του ειδημοσύνης – να σχηματίσει μόνον με τη βοήθεια, τη συνδρομή του πραγματογνώμονα ψυχιάτρου, μια επαρκώς τεκμηριωμένη κρίση, να αποκτήσει με άλλα λόγια δικανική πεποίθηση (άρθρο 177 Κ.Π.Δ.) σχετικά με την ικανότητα του κατηγορούμενου για καταλογισμό. Έτσι το ζήτημα που ανακύπτει είναι το πώς αξιοποιείται η συμβολή του πραγματογνώμονα σε περίπτωση που προσκληθεί να συμμετάσχει στην αποδεικτική διαδικασία. Η απόφαση δηλαδή για την ελαττωμένη ικανότητα για καταλογισμό ή για την ανικανότητα για καταλογισμό του κατηγορουμένου παραμένει κυριαρχικά στο δικαστή (Σταθόπουλος, 1983, σ. 668 · Κακκαλής, 1990-1992, σ. 277). Ωστόσο ο δικαστής για να καταλήξει σε αυτή την κρίση του θα πρέπει να κατανοήσει, να κάνει κτήμα του τις θέσεις, την έκθεση του πραγματογνώμονα. Γιατί μόνο τότε ο δικαστής μπορεί να παρουσιάσει τη δική του άποψη με πειστικό τρόπο, γιατί μόνο τότε έχει αποκτήσει δικανική πεποίθηση. Ο πραγματογνώμονας ψυχίατρος εκφράζεται βέβαια στο πλαίσιο της ποινικής δίκης ως βοηθός του δικαστή (Μπάκας, 1990, σ. 103 · Σταθάς, 1981, σ. 80). Ωστόσο θα πρέπει να ληφθούν υπόψη τα εξής:

1. Η Ψυχιατρική γίνεται συνήθως αντιληπτή ως εκείνο το τμήμα της ιατρικής επιστήμης, το οποίο ασχολείται με τη διάγνωση, θεραπεία και πρόληψη των ψυχικών ασθενειών.
2. Ο ψυχίατρος προσκαλείται να συμμετάσχει στην ποινική δίκη κατά δεύτερο ή τρίο λόγο ως ιατρός με διαγνωστικά ή/και θεραπευτικά καθήκοντα. Έτσι η αποστολή του έγκειται στη συνδρομή του δικαστηρίου για τη λήψη της απόφασης, εάν το συγκεκριμένο άτομο –

ως ικανό για καταλογισμό – θα πρέπει να τιμωρηθεί και ενδεχομένως σε περίπτωση επιβολής ποινικής κύρωσης, στο ποια κύρωση θα είναι η προσήκουσα (Foerster, 1990-1992, σ. 263).

3. Τέλος η αναγνώριση και καθιέρωση της δικαστικής ψυχιατρικής στηρίζεται στην πεποίθηση της ποινικής δικαιοσύνης, ότι δεν πρέπει και δεν μπορεί να καταλογίζεται στο δράστη η πράξη του ενόσω δεν έχει το κοινωνικά αποδεκτό και νομικά επιβαλλόμενο ελάχιστο υπευθυνότητας που εμφανίζει η ιδεατή μονάδα του μέσου ανθρώπου, ότι συνεπώς σε ένα τμήμα των περιπτώσεων που την απασχολούν η ποινική αξίωση της πολιτείας δεν μπορεί να θεμελιωθεί αλλά ούτε και να επιβληθεί ποινή. Έτσι με τη βεβαιότητα ότι για αυτή την απόφαση σχετικά με την ανικανότητα για καταλογισμό, ή την ελαττωμένη ικανότητα για καταλογισμό, ο δικαστής δεν διαθέτει τον αναγκαίο, ειδικό εξοπλισμό σε γνώσεις, κρίνεται απαραίτητη η βοήθεια, η αρωγή του πραγματογνώμονα ψυχίατρου.

Ωστόσο, οι δυσχέρειες που θα πρέπει να αντιμετωπίσει κατ' ανάγκη η δικαστική ψυχιατρική, είναι προφανείς. Ο αντίλογος επικεντρώνεται σε τρία σημεία. Συγκεκριμένα:

1. Δεν υπάρχει ο εγκληματίας, ούτε διαθέτουν η ψυχολογία, η ψυχοπαθολογία ή η ψυχιατρική το ερευνητικό εργαλείο με τη χρησιμοποίηση του οποίου θα ήταν δυνατό να διαφοροποιούνται οι εγκληματίες από τους μη εγκληματίες. Ο αντίθετος ισχυρισμός αποτελεί ιδιαίτερα χαρακτηριστικό παράδειγμα ψυχιατρικής υπερβολής και υπέρβασης αρμοδιοτήτων.
2. Γνωρίζουμε ότι και από κοινωνικοπολιτισμική σκοπιά η ποινική αξιολόγηση ορισμένων μορφών συμπεριφοράς δεν είναι διαχρονικά σταθερή. Η δομή της προσωπικότητας του ατόμου, οι αντιλήψεις τους και οι τάσεις του αποτελούν απλώς μια σχετική εγγύηση για σύννομη συμπεριφορά, ενώ ασυνήθιστες καταστάσεις και περιστάσεις είναι δυνατόν να ενεργοποιήσουν απροσδόκητες μορφές συμπεριφοράς.
3. Τέλος η δικαστική ψυχιατρική δεν λειτουργεί ως χρήσιμος βοηθός της ποινικής δικαιοσύνης και ο ψυχίατρος πραγματογνώμονας που στην εποχή της θετικιστικής εγκληματολογίας υπερεκτίμησε τις δυνατότητες του, θα πρέπει να θεμελιώσει το αίτημα της λειτουργικότητας του στο

πλαίσιο της ποινικής δίκης ως βοηθού του δικαστηρίου, με διαφορετικό τρόπο και κυρίως πιο πειστικά.

Σήμερα βέβαια ο ψυχίατρος πραγματογνώμονας θα πρέπει να στραφεί εναντίον αυτής της προκατάληψης με σαφήνεια και κατηγορηματικότητα. Ο πραγματογνώμονας, ο οποίος πιστεύει, ότι με την ένταξη της ψυχοπαθολογικής εικόνας σε έναν από τους συνήθεις χαρακτηρισμούς ασθενειών εξεπλήρωσε την εντολή που πήρε από το δικαστήριο και έτσι την αποστολή του, πλανάται.

Σύμφωνα με τη δικαστική παραγγελία ο πραγματογνώμονας επικουρεί το δικαστήριο κατά την αξιολόγηση του αποδεικτικού ερωτήματος που έχει τεθεί σχετικά με την ικανότητα για καταλογισμό του κατηγορούμενου. Με βάση, δηλαδή, τις ιδιαίτερες γνώσεις του, την ειδημοσύνη του ο πραγματογνώμονας είτε μεταβιβάζει στο δικαστήριο γενικές εμπειρικές προτάσεις, αφηρημένα πορίσματα της επιστήμης που ασκεί, είτε εξάγει συμπεράσματα από συγκεκριμένα «συνδυαστικά γεγονότα» (Ανδρουλάκης, 1973, σ. 329) που έχουν υποβληθεί σε αυτόν από το δικαστήριο ή έχουν διαγνωσθεί από τον ίδιο σε σχέση με την ύπαρξη ή μη γεγονότων με δικονομική σημασία (Ανδρουλάκης, 1974, 1994, σ. 256). Έτσι ο πραγματογνώμονας είναι σε αυτή τη λειτουργία του βοηθός του δικαστή με αποστολή την προετοιμασία της αξιολόγησης των αποδείξεων από το δικαστήριο (Ανδρουλάκης, 1974, 1994, σ. 256). Η συμβολή του πραγματογνώμονα μπορεί να εξυπηρετήσει ένα συγκεκριμένο στόχο: Να καταστήσει στο δικαστήριο σαφή το βαθμό βαρύτητας της ασθένειας του κατηγορουμένου. Ο δικαστής, θα πρέπει να εξετάσει την έκθεση πραγματογνωμοσύνης και να λάβει θέση, είτε αποδεχόμενος αυτή (πειθόμενος) είτε απορρίπτοντας την (με ουσιαστική αιτιολόγηση).

Αποκλειστικά και μόνο ο δικαστής έχει την υποχρέωση να αποφανθεί, να εξαγάγει από τα διαπιστωθέντα γεγονότα το συμπέρασμα, εάν ο δράστης θα πρέπει να θεωρηθεί ως ικανός για καταλογισμό, ελαττωμένα ικανός για καταλογισμό ή ανίκανος για καταλογισμό.

ΜΕΡΟΣ IV: ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΟΓΝΩΜΟΣΥΝΗ

4.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχιατρική εκτίμηση που γίνεται με σκοπό την σύνταξη ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης, είναι σε σημαντικό βαθμό διαφορετική, από την κλινική ψυχιατρική αξιολόγηση, που γίνεται για διαγνωστικούς ή θεραπευτικούς λόγους. Οι διαφορές αυτές είναι σε πολλά επίπεδα. Ο ρόλος του πραγματογνώμονα έχει μεγάλες και σημαντικές διαφορές με το ρόλο του κλινικού ψυχιάτρου. Ο κλινικός εστιάζει στις ανάγκες του κάθε εξεταζόμενου ασθενή και προσπαθεί να καθορίσει κοινούς στόχους θεραπευτή και του θεραπευόμενου. Κατά κανόνα ο ψυχίατρος στηρίζεται στο ιστορικό που λαμβάνει από τον ίδιο τον ασθενή ιδίως αναφορικά με την «παρούσα ψυχική κατάσταση». Τα συμπεράσματα της εξέτασης συζητούνται με τον ασθενή, ο οποίος συμμετέχει ενεργά στη λήψη των αποφάσεων για τη θεραπεία του.

Ο πραγματογνώμονας από την άλλη έχει προσληφθεί από κάποιο τρίτο πρόσωπο (δικαστήριο, δικηγόρο, αντιδίκους). Τα πρόσωπα αυτά δεν ενδιαφέρονται για την υγεία. Αντί λοιπόν για κλινικούς – θεραπευτικούς στόχους, οι εργοδότες του πραγματογνώμονα έχουν δικανικούς (νομικούς) ή οικονομικούς στόχους, οι οποίοι μπορεί να είναι αντίθετοι με τους στόχους του ατόμου που εξετάζεται για την σύνταξη ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης. (Δουζένης, 2006). Ο πραγματογνώμονας δε δεσμεύεται από το ιατρικό απόρρητο και πέραν του συμφέροντος του ασθενούς, πρέπει να λάβει υπόψη του και το συμφέρον του κοινωνικού συνόλου, καθώς και των προσώπων, τα οποία του ζήτησαν να συντάξει την πραγματογνωμοσύνη αυτή. Ο ψυχίατρος πραγματογνώμονας πρέπει να χαρακτηρίζεται από αντικειμενικότητα και σκεπτικισμό ως προς το ιστορικό που δίνει ο ίδιος ο εξεταζόμενος και να αναζητά πληροφορίες από άλλες (όσο το δυνατόν περισσότερες) πηγές καθώς και από ψυχομετρικές δοκιμασίες, αλλά και περαιτέρω ιατρικές εξετάσεις αν το κρίνει. Ο πραγματογνώμονας φθάνει στο συμπέρασμα του με τη μεγαλύτερη δυνατή αντικειμενικότητα και αποφεύγει όσο γίνεται τις υποθέσεις.

Η ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη περιλαμβάνει τις παρακάτω φάσεις: προετοιμασία για το περιστατικό, συλλογή των στοιχείων, ανάλυση

των στοιχείων και τέλος συγγραφή της πραγματογνωμοσύνης (Heibrun, 2001).

4.2. ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Ο κάθε πραγματογνώμονας/ τεχνικός σύμβουλος ψυχίατρος, πριν αναλάβει οποιοδήποτε περιστατικό πρέπει να λάβει υπόψη του και να διασαφηνίσει αρκετά ζητήματα:

Καταρχάς να διακρίνει το ρόλο του ως ειδικού. Από τη στιγμή που ο πραγματογνώμων ή ο τεχνικός σύμβουλος έχει προσεγγισθεί από το δικαστήριο ή κάποιον δικηγόρο, πρέπει, όπως κάθε ειδικός, να προσδιορίσει ποιος είναι ο λόγος παραπομπής και ποιο το ερώτημα στο οποίο καλείται να απαντήσει. Συχνά οι αιτούμενοι την εξέταση δεν είναι σαφείς όσον αφορά τα ψυχιατροδικαστικά ζητήματα. Άλλοι (σε αυτό συμπεριλαμβάνονται και οι δικηγόροι) μπορεί να μη γνωρίζουν πως ακριβώς μπορεί ο ψυχίατρος πραγματογνώμων/ τεχνικός σύμβουλος να βοηθήσει. Ο γνωματεύων ψυχίατρος πρέπει να αποσαφηνίσει τι του ζητείται να κάνει. Οι ρόλοι του ψυχίατρου στη νομική διαδικασία μπορεί να είναι είτε του πραγματογνώμονα διορισμένου από το δικαστήριο είτε του τεχνικού συμβούλου (πραγματογνώμονα) διορισμένου από τους διαδίκους (τα άτομα που βρίσκονται σε αντιδικία). Ο ρόλος αυτός περιλαμβάνει και την συγγραφή πραγματογνωμοσύνης και την μαρτυρική κατάθεση στο δικαστήριο προκειμένου να απαντηθούν ερωτήματα που προκύπτουν από την πραγματογνωμοσύνη. Ένας ψυχίατρος είναι δυνατόν να καταθέσει ως μάρτυρας μετά από μελέτη εγγράφων ή και εξέταση χωρίς όμως να του ζητηθεί να καταθέσει έγγραφη πραγματογνωμοσύνη ή ψυχιατρική γνωμοδότηση. Ένας ψυχίατρος μπορεί επίσης να είναι «σύμβουλος» σε ομάδα των δικηγόρων για κάποια (μεγάλη κατά κανόνα) υπόθεση. Ο τελευταίος αυτός ρόλος είναι σπάνιος στην Ελλάδα που δεν έχει ψυχιατροδικαστική παράδοση, αλλά σχετικά συχνός στον Δυτικό κόσμο και ιδίως τις ΗΠΑ.

Οι διαφορετικοί αυτοί ρόλοι όπως είναι αναμενόμενο προϋποθέτουν διαφορετικές ηθικές και κλινικές ευθύνες και υποχρεώσεις και συνεπάγονται διαφορετική προσέγγιση της δικαστικής διαδικασίας από τον ψυχίατρο. Οι πραγματογνώμονες αλλά και οι τεχνικοί σύμβουλοι πρέπει να είναι κατά το

δυνατόν αντικειμενικοί και αποστασιοποιημένοι. Ο ψυχίατρος πραγματογνώμονας, σε αντίθεση με τους μάρτυρες, θα πρέπει, με βάση τις ιδιαίτερες, ειδικές δυνατότητες του, να ερμηνεύσει επιστημονικά, ως ειδικός, τις δικές του και τις τυχόν ξένες διαπιστώσεις επί των ζητημάτων για τα οποία καλείται να γνωμοδοτήσει (Μαργαρίτης, 2008, σ.289). Η παρουσία του έχει σκοπό την ενημέρωση του δικαστηρίου και την παροχή πληροφοριών προς αυτό. Δεν πρέπει να ενδιαφέρεται για το ποια πλευρά θα «κερδίσει» ή θα χάσει την δίκη. Ένας ψυχίατρος όμως που εργάζεται με μια ομάδα δικηγόρων για την υπεράσπιση ή την καταδίκη κάποιου και ο οποίος συμβουλεύει για θέματα της ειδικότητας του τους δικηγόρους ενδιαφέρεται για τα συμφέροντα της ομάδας του και όχι για την αντικειμενική αλήθεια (Bluglass & Bowden, 1990). Ο ψυχίατρος τότε μπορεί δεδομένου ότι ο ίδιος δεν θα καταθέσει, να βοηθήσει στην προετοιμασία των ερωτήσεων που θα θέσουν οι δικηγόροι στους πραγματογνώμονες. Να προετοιμάσει έναν μάρτυρα για το πώς θα καταθέσει στο δικαστήριο κ.λ.π. Εξυπακούεται ότι ένας ψυχίατρος μπορεί να παίζει έναν και μόνο ρόλο σε κάθε περίπτωση που συμμετέχει. Η διασαφήνιση λοιπόν από τους αιτούντες την συνεργασία με τον ψυχίατρο, του ρόλου που ο ψυχίατρος καλείται να αναλάβει, είναι το πρώτο ζητούμενο στην αρχική συνάντηση.

Μετά λοιπόν από τη διασαφήνιση του ζητούμενου ρόλου ο ψυχίατρος καλείται να απαντήσει στο ερώτημα αν θέλει να αναλάβει την υπόθεση αυτή. Το ερώτημα αυτό μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολο στην απάντηση. Αν έχει ορισθεί σαν πραγματογνώμονας από το δικαστήριο τότε με ελάχιστες εξαιρέσεις (για παράδειγμα, στην περίπτωση που έχει συγγένεια με τον κατηγορούμενο, ή σε περιπτώσεις κωλύματος υγείας του πραγματογνώμονα) είναι υποχρεωμένος να αποδεχτεί τον διορισμό. Στην περίπτωση όμως που καλείται να αναλάβει ως τεχνικός σύμβουλος τα πράγματα μπορεί να μην είναι τόσο απλά.

Η εντολή για γνωμοδότηση γίνεται με γραπτή μορφή, μόνο δε σε κατεπείγουσες περιπτώσεις μπορεί να γίνει και προφορικώς, επακολουθεί όμως η σύνταξη εγγράφου (άρθρο 370 ΚΠολΔ και 184 ΚΠοινΔ). Αν ο πραγματογνώμονας δεν μπορεί να αναλάβει την εντολή, θα πρέπει να ειδοποιηθεί ο εντολέας άμεσα γραπτώς με παράθεση των λόγων (άρθρο 374 ΚΠολΔ και 190 ΚΠοινΔ).

Τα ερωτήματα του δικαστηρίου θα πρέπει να είναι διατυπωμένα κατά τρόπο απόλυτα κατανοητό για τον πραγματογνώμονα και να μην αναφέρονται σε νομικές έννοιες. Παρά ταύτα, από όσα γνωρίζουμε, αν πρόκειται για ικανότητα προς δικαιοπραξία το ερώτημα συνήθως διατυπώνεται ως εξής: «να διαγνωσθεί αν κατά την ... ο...είχε συνείδηση της πράξης του αυτής ή βρισκόταν σε ψυχική ή διανοητική διαταραχή που περιόριζε αποφασιστικά τη λειτουργία της βούλησης του». Ή αν πρόκειται για ικανότητα για καταλογισμό σε ενοχή, το ερώτημα γίνεται ως εξής: «να διαγνωσθεί, αν κατά την ... ο... τελούσε σε κατάσταση νοσηρής διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών του ή σε κατάσταση νοσηρής διατάραξης της συνείδησης του, συνεπεία των οποίων δεν είχε την ικανότητα να αντιληφθεί το άδικο της πράξης του ή να ενεργήσει σύμφωνα με την αντίληψη του για το άδικο αυτό ή αν συνεπεία κάποιας από τις καταστάσεις αυτές δεν είχε εκλείψει η ικανότητα αυτή, μειώθηκε όμως σημαντικά».

Δηλαδή, εδώ ο ψυχίατρος πραγματογνώμονας ερωτάται, αν υπάρχει κάποια ψυχική ασθένεια ή νοσηρή διατάραξη της συνείδησης και αν αυτή συνδέεται με την εγκληματική πράξη (Κοτσαλής, 2002, σ. 214). Η διατύπωση αυτή περιλαμβάνει επιστημονικούς όρους γνωστούς στον ψυχίατρο, όπως λόγου χάριν «διατάραξη των πνευματικών λειτουργιών» και «διατάραξη της συνείδησης» που δεν χρήζουν επεξήγησης. Η έννοια όμως του «αδίκου» είναι καθαρά νομική και θα πρέπει να εξηγείται στον πραγματογνώμονα ψυχίατρο ότι με αυτή νοείται η απαξία που πραγματώθηκε μέσω της πράξης και που αξιολογήθηκε από το δίκαιο καθ' αυτή ως απαξία.

Ο ψυχίατρος πρέπει να είναι σίγουρος για τις ικανότητες του προκειμένου να φέρει σε πέρας μια ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη. Πολλές φορές οι ψυχίατροι δεν έχουν τον απαραίτητο σκεπτικισμό και την «αντικειμενικότητα» για την αξιολόγηση όχι μόνο του εξεταζόμενου, αλλά και του επιπέδου των πληροφοριών που παρέχει αυτός και τα άτομα του περιβάλλοντος του, προκειμένου να συνταχθεί μια χρήσιμη και ολοκληρωμένη πραγματογνωμοσύνη. Εξυπακούεται επίσης ότι η προσπάθεια σύνταξης ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης για το δικαστήριο, βάζει σε μεγάλο κίνδυνο την σχέση του ασθενούς με τον ψυχίατρο, ιδίως αν ο ψυχίατρος δεν υποστηρίζει την άποψη του ασθενή, με την γνωμάτευση του.

Ο πραγματογνώμονας πριν από την ανάληψη των καθηκόντων του δίνει τον εξής όρκο: «Ορκίζομαι να διενεργήσω με πλήρη αμεροληψία και επιμέλεια... την πραγματογνωμοσύνη που μου ανατέθηκε, έχοντας μοναδικό σκοπό την ανακάλυψη της αλήθειας». (άρθρο 194, ΚΠοινΔ). Εξάλλου, κατά το άρθρο 385 ΚΠολΔ ο πραγματογνώμονας πριν από την ανάληψη των καθηκόντων του δίνει τον εξής όρκο: «Ορκίζομαι... να εκτελέσω ευσυνειδήτως τα καθήκοντα μου». Και στις δύο αυτές διατάξεις με απόλυτη σαφήνεια εμπεριέχεται η επιταγή της αμεροληψίας του πραγματογνώμονα. Οι εν λόγω διατάξεις επιτάσσουν τον ψυχίατρο πραγματογνώμονα να αγνοήσει τις τυχόν αποκλίνουσες από το δίκαιο προσωπικές αντεγκληματικές πεποιθήσεις του. Εφόσον εξέρχεται από τη θέση αυτή, διότι για παράδειγμα, θεωρεί ως άστοχο και απάνθρωπο το Ποινικό Δίκαιο περί ενοχής, με τις προσωπικές θεωρητικές κατασκευές των πεποιθήσεων του ή από γενικότερους κοσμοθεωρητικούς λόγους, τότε θα έπρεπε κατά το δυνατόν να αρνηθεί την ανάληψη της γνωμοδότησης (Μαργαρίτης, 2008, σ.291).

4.3. ΣΥΜΦΩΝΙΑ ΑΜΟΙΒΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΟΙΟΣ ΑΝΑΛΑΜΒΑΝΕΙ ΠΟΙΑ ΕΞΟΔΑ

Αποτελεί καλή πρακτική η ύπαρξη από την αρχή συμφωνίας για τα ζητήματα αυτά. Ο ψυχίατρος πρέπει να αναφέρει την αμοιβή που κρίνει ότι είναι απαραίτητη καθώς και τον τρόπο που θα καταβληθεί αυτή. Στην αμοιβή αυτή θα πρέπει να είναι ξεκάθαρο αν θα περιλαμβάνονται ή όχι οι δαπάνες για περαιτέρω εξετάσεις που τυχόν θα χρειαστούν (ψυχολογικά τεστ, αξονικές ή μαγνητικές τομογραφίες κ.λ.π.). Επίσης, μέριμνα πρέπει να λαμβάνεται για τα έξοδα μετακίνηση και διαμονής, στην περίπτωση που η εξέταση θα πρέπει να γίνει μακριά από την κατοικία του ψυχιάτρου πραγματογνώμονα (Simon, RI., & Gold, LS., 2004).

Η ίδια η φύση του λειτουργήματος του πραγματογνώμονα επιβάλλει την αυτοπρόσωπη από εκείνον διεξαγωγή της. Είναι αυτονόητο όμως ότι είναι επιτρεπτή και η χρησιμοποίηση των βοηθών του σε ορισμένες επί μέρους εργασίες, πράγμα όμως που θα πρέπει να σημειωθεί στη γνωμοδότηση.

Όπως όλοι όσοι έχουν εμπλακεί σε δικαστήρια γνωρίζουν, ο έλεγχος του χρόνου που θα δαπανηθεί κατά την δίκη ή κατά την διαδικασία εξέτασης είναι πρακτικά αδύνατος. Οι αναμονές είναι συχνά πολύ μεγάλες και αρκετές

φορές η δίκη αναβάλλεται για διάφορους λόγους. Είναι λοιπόν λογικό να υπάρχει κάποια «αποζημίωση» στην περίπτωση που ο ψυχίατρος παρουσιασθεί και είναι προετοιμασμένος ως όφειλε, αλλά η δίκη αναβλήθηκε.

4.4. ΣΥΛΛΟΓΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Η ψυχιατροδικαστική εκτίμηση πρέπει να είναι μία ενδελεχής ανασκόπηση όλων των κλινικών και νομικών πληροφοριών που αφορούν τον εξεταζόμενο και των νομικών ερωτημάτων στην απάντηση των οποίων καλείται να απαντήσει ο ψυχίατρος, ως ειδικός για να προσφέρει την γνώμη του.

Το πρώτο βήμα του πραγματογνώμονα, για την προετοιμασία της γνωμοδότησης συνίσταται στη μελέτη των φακέλων, και λοιπών στοιχείων που θα τεθούν στη διάθεση του και τους οποίους πρέπει να ζητήσει. Στα χρήσιμα στοιχεία εδώ ανήκουν συνήθως, οι εκθέσεις των προανακριτικών υπαλλήλων ή των ανακριτών, οι καταθέσεις των μαρτύρων, οι απολογίες, τυχόν υπάρχουσες προκαταρκτικές πραγματογνωμοσύνες, οι έγγραφες προτάσεις των διαδίκων και τα διάφορα έγγραφα (Μαργαρίτης, 2008, σ.291).

Στη συνέχεια, ο πραγματογνώμονας ανακοινώνει στον κατηγορούμενο και τους διαδίκους την ανάληψη από αυτόν της εντολής για πραγματογνωμοσύνη, μέσω του εντολέα δικαστή, γραπτώς με τη μορφή μιας πρόσκλησης ή ανακοίνωσης. Επί ανηλίκων, πρέπει να ενημερωθούν οι έχοντες την επιμέλεια για τυχόν επίσκεψη και εξέταση στο σπίτι. Σε κατηγορούμενους που μένουν σε ξενώνες ή βρίσκονται σε κράτηση, ισχύει το ίδιο. Μόνο πρέπει κατόπιν αυτονόητα επιπλέον να ενημερωθούν οι επικεφαλείς των ιδρυμάτων για να παραχωρήσουν ένα κατάλληλο χώρο για εξέταση.

Ο πραγματογνώμονας πρέπει να έχει στη διάθεση του όλο το προανακριτικό υλικό. Αυτό είναι πιθανόν να μην το παραλάβει ολόκληρο από τους δικηγόρους και πρέπει να το ζητήσει ειδικά. Θα πρέπει υπό κανονικές συνθήκες να έχει μελετήσει το περιεχόμενο της δικογραφίας πριν εξετάσει τον υπό πραγματογνωμοσύνη. Το ίδιο ισχύει και για στοιχεία απ' το ιατρικό ιστορικό, τα οποία επίσης πρέπει να αναζητηθούν. Υπό ιδανικές συνθήκες (που σχεδόν ποτέ δεν ισχύουν) ο πραγματογνώμονας θα πρέπει να έχει τα παρακάτω έγγραφα:

1. Προηγούμενα ψυχιατρικά ιστορικά και θεραπείες που εφαρμόστηκαν
2. Προηγούμενες ψυχολογικές δοκιμασίες
3. Ιατρικά ιστορικά
4. Πιστοποιητικά σπουδών
5. Κοινωνικό ιστορικό, εργασιακό ιστορικό
6. Στρατιωτική αξιολόγηση
7. Όλα τα στοιχεία από την ανακριτική/προανακριτική διαδικασία (δικογραφία)
8. Κείμενα ή ημερολόγια του κατηγορούμενου.

Μερικές φορές οι δικηγόροι που συνεργάζονται με τον τεχνικό σύμβουλο, δεν του παρέχουν όλη τη δικογραφία, αλλά επιλεκτικά ορισμένα έγγραφα από αυτήν. Αυτό μπορεί να οδηγήσει τον πραγματογνώμονα σε ένα εσφαλμένο συμπέρασμα, το οποίο θα τον εκθέσει στη δίκη, καθώς η άλλη πλευρά θα προσπαθήσει να μεγιστοποιήσει την σημασία των στοιχείων που αγνοεί.

Η εξέταση θα πρέπει να γίνει σε συνθήκες άνεσης για τον κατηγορούμενο και να μην περιοριστεί σε μια συνέντευξη. Θα διερευνηθεί το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό (παιδική και εφηβική ηλικία, σχολική εκπαίδευση, διαπροσωπικές σχέσεις, σεξουαλική συμπεριφορά), ενδεχόμενη χρήση ουσιών, στρατιωτική θητεία, γάμος, επαγγελματική απασχόληση και τυχόν επιθετική και παραβατική συμπεριφορά στην οικογένεια. Στη συνέχεια, θα διερευνηθεί η ψυχοπαθολογική του κατάσταση, η παρουσία ψυχωτικής συμπτωματολογίας, η ύπαρξη άγχους και κατάθλιψης, επιθετική συμπεριφορά, τυχόν ευερεθιστότητα και παρορμητικότητα, μανιακή συμπτωματολογία και τέλος η κατάσταση των νοητικών λειτουργιών. Αν χρειαστεί, θα πρέπει να υποβληθεί σε νευροψυχολογικό έλεγχο και σε εργαστηριακές εξετάσεις (ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, αξονική ή μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου, χρωματοσωμική ανάλυση, κ.α.).

Στην περίπτωση που ο κατηγορούμενος αρνείται να εξεταστεί, θα πρέπει να αναζητηθεί μελλοντική δυνατότητα να πραγματοποιηθεί η εξέταση και δεν θα πρέπει να συντάσσεται έκθεση με βάση τα στοιχεία της δικογραφίας.

Η πραγματική εξέταση αρχίζει με τη λήψη της προσωπικής ιστορίας του εξεταζόμενου. Ακολουθείται το τυπικό της τρίβαθμης κλινικής-ψυχιατρικής διαγνωστικής: για συμπτωματική (μορφή εμφάνισης), αιτιολογία (προέλευση)

και, σε ορισμένες περιπτώσεις, πρόγνωση (πρόβλεψη). Η στοχοθεσία του ψυχιάτρου πραγματογνώμονα είναι να ανεύρει τα στοιχεία εκείνα που σηματοδοτούν την τυχόν ύπαρξη κάποιας ψυχικής νόσου, που προκαλεί διατάραξη των πνευματικών λειτουργιών του υπό εξέταση προσώπου και να τοποθετηθεί επίσης ως προς τις επιδράσεις της ψυχικής ανωμαλίας αυτής πάνω στη δυναμική της συνείδησης και της βούλησης κατά την τέλεση της πράξης. Δηλαδή, ο ψυχίατρος πρέπει να καταστήσει στο δικαστήριο σαφή τον βαθμό βαρύτητας της ασθένειας του προσώπου που εξέτασε (Κοτσαλής, 2002, σ. 235).

Η πρώτη συνάντηση του πραγματογνώμονα με τον εξεταζόμενο αποτελεί συχνά κρίσιμο σημείο, για την προθυμία του τελευταίου για συνεργασία. Ο ψυχίατρος θα πρέπει να τον συναντά συνεπώς, όπως έναν ασθενή στη θεραπεία, δηλαδή με φιλικότητα, ειλικρίνεια και κατανόηση. Μετά από χαιρετισμό και λίγα λόγια γνωριμίας, ο ψυχίατρος πραγματογνώμονας εξηγεί με σαφήνεια την εντολή του και αναφέρεται και στο καθήκον της ανεξαρτησίας και αμεροληψίας του. Επίσης ο ψυχίατρος, τονίζει στον εξεταζόμενο ότι θα εκθέσει πλήρως προς τον εντολέα του (ανακρίνοντα, δικαστήριο) όλα τα σχετικά με το περιεχόμενο της εξέτασης, συμπεριλαμβανομένων και των δηλώσεων του εξεταζόμενου επί της υπόθεσης, για όλα δε αυτά κάνει μνεία στο έγγραφο που συντάσσει ενώπιον του εξεταζόμενου. Πάντως δεν είναι υποχρεωμένος να τονίσει στον εξεταζόμενο κατηγορούμενο, χωρίς εκείνος να τον ρωτήσει, ότι υπάρχει εκ μέρους εκείνου η ελευθερία να εξετασθεί και αντίστοιχα τη δυνατότητα να αρνηθεί καταθέσεις και εξετάσεις (Μαργαρίτης, 2008, σ.293).

Είναι αναμενόμενο ότι οι ψυχιατρικές συνεντεύξεις θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν περισσότερες στον αριθμό και αρκετής διάρκειας η κάθε μια. Η επαναλαμβανόμενη επαφή με τον εξεταζόμενο επιτρέπει την εξοικείωση και από τις δύο πλευρές αλλά και δίνει την δυνατότητα στον εξετάζοντα να επανέλθει και να θέσει θέματα και ερωτήματα που δημιουργήθηκαν από μία προηγούμενη συνέντευξη. Με αυτόν τον τρόπο αναδεικνύονται αντιφάσεις και λαμβάνονται ακριβέστερες πληροφορίες. Έτσι επιτρέπεται η εκτίμηση με την μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια της ψυχικής κατάστασης του εξεταζόμενου κατά την διάρκεια της επίδικης πράξης.

Για όλες τις γνωμοδοτικές δραστηριότητες, θα πρέπει ο ψυχίατρος να προσέξει την αρχή της προστασίας της προσωπικότητας του εξεταζόμενου. Κάθε ερώτημα και κάθε διαγνωστική εξέταση, η οποία δεν εξυπηρετεί την εκπλήρωση της εντολής του, σημαίνει μια (τυπικά, αλλά και ανθρώπινα) αδικαιολόγητη επέμβαση στην προσωπικότητα του ατόμου.

Επί κατηγορουμένων, ο ψυχίατρος πραγματογνώμονας θα πρέπει σαν εντεταλμένο όργανο, βοηθητικό στην απονομή της δικαιοσύνης, να σεβασθεί το «δικαίωμα σιωπής» και «μη αυτοενοχοποίησης» του κατηγορουμένου. (άρθρο 6 παρ. 1 και 2 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου). Δεν θα πρέπει δηλαδή ούτε να εξαναγκάζει, ούτε να παγιδεύει με τεχνάσματα τον κατηγορούμενο σε ομολογίες περί της ενοχής του, αλλά θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του μόνο τα όσα ελεύθερα ομολογεί εκείνος.

Στην αρχή ο πραγματογνώμονας πρέπει να επιδιώξει μια ελεύθερη παρουσίαση για την προϋστορία και τη διαδρομή της πράξης, καθώς και για τα ακολουθούντα βιώματα του εξεταζόμενου. Αυτή η παρουσίαση μπορεί να συμπληρωθεί μέσω συγκεκριμένων ανοικτών ερωτήσεων. Δια της συνομιλίας επιχειρείται η λήψη εικόνας σε μια θέση για το έγκλημα που προσάπτεται στον κατηγορούμενο. Συμπεράσματα του κατηγορούμενου από την πράξη και αντίστοιχα συνέπειες της πράξης, προσδοκίες, σχέδια και ενδοιασμοί, εν όψει του προσωπικού του μέλλοντος, της κοινωνικής του κατάστασης απέναντι στους συγγενείς, φίλους και πιθανούς συντρόφους, συμπληρώνουν τις ειδικές διερευνήσεις.

Σε ένα δεύτερο στάδιο, λαμβάνουν χώρα, ανάλογα με το αποδεικτικό ερώτημα του δικαστηρίου, ειδικές διερευνήσεις. Στο πλαίσιο της γνωμοδότησης για την ικανότητα για καταλογισμό ή ικανότητα προς σύναψη δικαιοπραξίας, προκαλείται με την «ψυχιατρική διερεύνηση», μια περιεκτική αναφορά για την υπόθεση, ακολουθούμενη από συμπληρωματικά και ελεγκτικά ερωτήματα, μια επιπρόσθετη ερωτηματοθεσία για την πρόγνωση και παράλληλα βιώματα για την εμφάνιση της επίμεμπτης συμπεριφοράς.

Οι προαναφερθείσες εξετάσεις απαιτούν, κυρίως στη γνωμοδότηση επί κατηγορουμένων, μια μακρότερη διαγνωστική φάση, δηλαδή κατά κανόνα περισσότερες συνεδρίες του ψυχιάτρου. Μέσω της σπονδυλωτής αυτής διαδικασίας, καθίσταται δυνατό με βάση ευρήματα που στο μεταξύ αξιολογούνται, να προστεθούν πιθανές συμπληρωματικές διαγνωστικές

διαδικασίες ή περιεχόμενα εξερευνήσεων. Γι' αυτό είναι αναγκαίο τα ενδιάμεσα αποτελέσματα της κάθε διαδικασίας και αντίστοιχα της κάθε συνεδρίας, να τα αξιολογεί άμεσα ο ψυχίατρος και να μην περιμένει την περάτωση των εξετάσεων. Με αυτό τον τρόπο σχηματίζονται διαγνωστικές υποθέσεις, που κατόπιν, μέσω άλλων διαδικασιών, μπορούν να εξασφαλισθούν ή αντίστοιχα να απορριφθούν, μέσω της διαδικασίας της «επαλήθευσης-διάψευσης».

Επί εξέτασης παιδιών, για να περιορισθεί η όποια καχυποψία, πρέπει ο ψυχίατρος να αναφέρει σ' αυτά και τους γονείς τους, ότι τέτοιες εξετάσεις διατάσσονται πολύ συχνά και κατά κανένα τρόπο δεν γίνονται αισθητές ως σοβαρές επιβαρύνσεις και επί πλέον να παρέχεται μια σύντομη εξήγηση για την έκβαση της εξέτασης. Εφόσον μαζί με τα παιδιά έχουν έλθει γονείς ή άλλοι ανατροφείς ως συνοδοί, αυτοί ερωτώνται, αν είναι απαραίτητο, κατά την απουσία του ανηλίκου που στο μεταξύ είναι απασχολημένος σε ένα γειτονικό χώρο. Σε μικρά παιδιά πρέπει κατ' αρχήν να ξεπερασθεί μια ορισμένη αναστολή, μέσω αντίστοιχης συγκέντρωσης σε κοινά παιχνίδια, με φιλική αντιμετώπιση ή μέσω της προτροπής για απλές χειρωνακτικές δραστηριότητες. Όμως, εξέταση με την παρουσία ενός γονέα ή άλλου έχοντος την επιμέλεια ή κάποιου άλλου προσώπου εμπιστοσύνης του κατηγορουμένου, θα έπρεπε να λάβει χώρα μόνο για τελείως ιδιαίτερους λόγους.

Σε ορισμένες σπάνιες περιπτώσεις, είναι δυνατόν να ζητηθεί η γνώμη του ψυχιάτρου χωρίς να του δίνεται η δυνατότητα να εξετάσει το άτομο του οποίου την ικανότητα δικαιοπραξίας ή καταλογισμού καλείται να εκτιμήσει. Αυτό συμβαίνει κατά πρώτο λόγο όταν αμφισβητείται η διαθήκη κάποιου ο οποίος έχει ήδη πεθάνει. Σε άλλες περιπτώσεις ο ψυχίατρος δεν έχει άδεια ή χρονική δυνατότητα να εξετάσει τον κατηγορούμενο για διάφορους τεχνικούς ή νομικούς λόγους. Στις περιπτώσεις αυτές πρέπει στην αρχή της έκθεσης να δηλώνεται ότι ο πραγματογνώμονας/τεχνικός σύμβουλος, δεν εξέτασε ο ίδιος τον προς κρίση και καταθέτει την γνώμη του μόνο μετά από μελέτη εγγράφων ή/ και μετά από συνεντεύξεις με άλλα πρόσωπα (για παράδειγμα, οικείου του προς εξέταση).

Ο πραγματογνώμονας/τεχνικός σύμβουλος πρέπει να λαμβάνει υπόψη του τις συνθήκες κάτω από τις οποίες γίνεται η εξέταση. Σύμφωνα με το νόμο

η εξέταση για πραγματογνωμοσύνη πρέπει να γίνεται από κοινού. Αυτό σημαίνει ότι τουλάχιστον η πρώτη συνέντευξη γίνεται από όλους τους ψυχιάτρους μαζί (στις περιπτώσεις μιας ποινικής δίκης αυτό μπορεί να σημαίνει την παρουσία επτά ή και οκτώ ψυχιάτρων με τον κατηγορούμενο). Εξετάσεις που κρατούν πολύ, κουράζουν και τις δυο πλευρές. Η παρουσία άλλων προσώπων, τεχνικών συμβούλων, πραγματογνωμόνων, φυλακτικού προσωπικού κ.λ.π. αυξάνουν την ένταση και την καχυποψία. Η αλληλοεπικάλυψη των ερωτήσεων από τους διάφορους ψυχιάτρους κουράζει και μπορεί να οδηγήσει σε αντιφάσεις λόγω δυσφορίας. Στην Ελλάδα δεν χρησιμοποιείται η μαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων, κάτι που αυξάνει την υποκειμενικότητα των συμπερασμάτων και δεν επιτρέπει σε κάποιον τρίτο να αξιολογήσει την συνέντευξη αυτή καθαυτή. Όλα αυτά επιτείνουν ένα κλίμα αντιπαράθεσης και αντιπαλότητας ακόμα και μεταξύ συναδέλφων, δυσκολεύοντας περαιτέρω την αναζήτηση της αλήθειας.

Οι πραγματογνώμονες/τεχνικοί σύμβουλοι οφείλουν να πληροφορούν τον εξεταζόμενο πριν αρχίσει η συνέντευξη για την ταυτότητα τους, ποιος είναι αυτός που τους ζήτησε να τον εξετάσουν (δικαστήριο, υπεράσπιση, κατηγορία), τον σκοπό της εξέτασης και το ότι το ιατρικό απόρρητο δεν ισχύει για αυτή την αξιολόγηση. Αυτή η ενημέρωση είναι απαραίτητη. Είναι όμως και διαφορετική από την ενημέρωση που πρέπει να γίνεται προκειμένου ο ασθενής να δώσει τη συναίνεση του για την κλινική εξέταση. Στη συνέντευξη για τη σύνταξη πραγματογνωμοσύνης, ο εξεταζόμενος δεν έχει το δικαίωμα να αρνηθεί την εξέταση, (μπορεί φυσικά να αρνηθεί να απαντήσει σε ερωτήσεις αλλά αυτό θα αξιολογηθεί από τον εξετάζοντα).

Οι ψυχιατροδικαστικές συνεντεύξεις διαφέρουν από τις κοινές κλινικές αξιολογήσεις αναφορικά με την προσέγγιση του εξεταζόμενου, του περιεχομένου, της εστίασης σε κάποια ορισμένη χρονική περίοδο καθώς επίσης και αναφορικά με την στάση του εξεταστή, που πρέπει να χαρακτηρίζεται περισσότερο από σκεπτικισμό παρά από αποδοχή και υποστήριξη. Σε αντίθεση με τη σφαιρική εκτίμηση των δεξιοτήτων, στάσεων, πεποιθήσεων και εμπειριών του εξεταζόμενου, οι πραγματογνώμονες εστιάζουν στα θέματα που αφορούν τα συγκεκριμένα ερωτήματα που τίθενται από το δικαστήριο.

4.5. ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ-ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΤΗΤΑ

Η ψυχιατρική εξέταση θα πρέπει να είναι λεπτομερειακή και να πραγματοποιηθεί σύμφωνα με τους κανόνες της ψυχιατρικής επιστήμης. Η διάγνωση θα βασισθεί στα διεθνώς καθιερωμένα διαγνωστικά και ταξινομικά συστήματα, το ICD-10 (International Classification of Diseases) και το DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας. Η διάγνωση θα πρέπει να πληρεί τα κριτήρια των ανωτέρω διαγνωστικών συστημάτων και να τεκμηριώνεται με αναφορά σε αυτά τα συστήματα (Αλεβίζος, 2008, σ.307).

Οι πραγματογνώμονες κατά την διάρκεια της συνέντευξης πρέπει να χρησιμοποιούν ανοικτές ερωτήσεις για να αναδείξουν την περιγραφή των επίδικων γεγονότων από τον εξεταζόμενο και στη συνέχεια να εστιάσουν στα θέματα που τους ενδιαφέρουν. Τα συνηθισμένα ψυχολογικά τεστ (WAIS, MMPI, καθώς και ορισμένες προβολικές δοκιμασίες) χρησιμοποιούνται όταν κρίνεται απαραίτητο και χορηγούνται από άτομα εκπαιδευμένα σε αυτά. Η χρησιμότητα τους όμως είναι αμφιλεγόμενη, καθώς αρκετά από αυτά, είναι αυτοσυμπληρούμενα και επομένως ο απαντών προσπαθεί να δώσει απαντήσεις, που δεν ανταποκρίνονται υποχρεωτικά στην πραγματικότητα, αλλά στο τι νομίζει ότι είναι καλύτερο να απαντήσει (Williams, Lees & Djanogly, 1999).

Στις ΗΠΑ, υπάρχουν ειδικά ερωτηματολόγια, που αποτελούν το κύριο μέσο για να επιτευχθεί κάποια αντικειμενικότητα και χρησιμοποιούνται ευρύτατα. Τα ερωτηματολόγια αυτά δεν έχουν μεταφραστεί και σταθμιστεί στην Ελλάδα. Τελευταία έχει μεταφραστεί η κλίμακα HCR-20 (Webster et al, 1997) από τους Τσόπελα, Μαρτινάκη, Λαμπράκη (2009), η οποία αφορά «εκτίμηση επικινδυνότητας για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς», προς το παρόν όμως αποτελεί έναν οδηγό εκτίμησης της επικινδυνότητας και όχι ένα απόλυτο ψυχομετρικό εργαλείο. Ωστόσο, σύμφωνα με τους συγγραφείς του, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη δημιουργία σχεδίων αντιμετώπισης μελλοντικής βίαιης συμπεριφοράς και να αποτελέσει ένα πολύτιμο στοιχείο στην κατάρτιση του ατομικού θεραπευτικού προγράμματος για κάθε ασθενή.

Οι εξεταζόμενοι για την σύνταξη ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης είτε πρόκειται για ποινικά είτε για αστικά θέματα, έχουν τις περισσότερες φορές σημαντικότερα κίνητρα προκειμένου να παραλλάξουν το τι συνέβη, τι

συμμετοχή είχαν, ή τις ψυχοδιανοητικές τους ικανότητες και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους. Για παράδειγμα, άτομα που κατηγορούνται για σεξουαλικά εγκλήματα συνήθως αρνούνται ή ελαχιστοποιούν τις πράξεις τους και παραλείπουν να αναφέρουν προηγούμενες συλλήψεις ή καταδίκες τους για παρόμοια εγκλήματα. Από την άλλη πλευρά, άτομα που ελπίζουν σε μία μεγάλη αποζημίωση μετά, για παράδειγμα, από ένα αυτοκινητιστικό ή εργατικό ατύχημα που είχε σαν αποτέλεσμα μια κρανιοεγκεφαλική κάκωση, υπερβάλλουν αναφορικά με τις δεξιότητες και τις πνευματικές επιδόσεις τους πριν το ατύχημα. Πέραν όμως από τη συνειδητή ή ασυνειδητή άρνηση, η μνήμη από μόνη της είναι ανακριβής και χρωματίζεται/ επηρεάζεται από άλλα γεγονότα που συνέβησαν ταυτόχρονα, σε προγενέστερο ή μεταγενέστερο χρόνο.

Η ανάμνηση των επίδικων περιστατικών από τον εξεταζόμενο μπορεί να επηρεάζεται λόγω, παραδείγματος χάριν, μέθης, συναισθηματικής διαταραχής, ψύχωσης ή λόγω διαταραχής της προσωπικότητας (Porter, Birt, Yuille et al, 2001). Η κατάθλιψη επηρεάζει τις νευροψυχολογικές λειτουργίες, επομένως μπορεί να ελαττώσει τις αναμνήσεις του γεγονότος ή να περιορίσει την ευκρίνεια τους.

Ουσιαστικός στόχος της ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης είναι η σχέση της ψυχικής διαταραχής με την εγκληματική πράξη. Συχνά όμως η εξέταση πραγματοποιείται μετά τη διάπραξη του αδικήματος, ενίοτε μετά ικανό χρόνο, με ενδεχόμενο η ψυχική κατάσταση του δράστη να έχει μεταβληθεί ή να έχει τροποποιηθεί με την φαρμακευτική θεραπεία και τούτο μπορεί να επισύρει αμφισβήτηση της εγκυρότητας της έκθεσης. Τούτο πρέπει να σχολιάζεται στην έκθεση και το συμπέρασμα να αιτιολογείται με αναγωγή της ψυχικής κατάστασης του δράστη στο χρόνο διάπραξης του αδικήματος με επιστημονική επιχειρηματολογία.

Επιπλέον, στην Ελλάδα, σε αντίθεση με τις περισσότερες χώρες του δυτικού κόσμου, οι εξετάσεις για πραγματογνωμοσύνη γίνονται πολύ καιρό μετά την επίδικη πράξη και οι αναμνήσεις ξέρουμε ότι αλλάζουν με τον καιρό. Μερικοί δικηγόροι, έμμεσα αλλά και άμεσα πολλές φορές, προετοιμάζουν τους πελάτες τους σχετικά με το τι πρέπει και τι δεν πρέπει να αναφέρουν στον ψυχίατρο, ποια γεγονότα να τονίσουν κ.λ.π. Το ίδιο μπορεί να συμβεί και από άλλους συγκρατούμενους του κατηγορουμένου (αν αυτός κρατείται) που

θεωρούν υποχρέωση τους, να του προτείνουν τη δική τους άποψη για την υπερασπιστική στρατηγική που πρέπει να ακολουθήσει, και το τι είναι καλύτερο να πει στους πραγματογνώμονες. Το ίδιο αν όχι και περισσότερο εμπλέκονται οι συγγενείς και οι φίλοι. Οι επαναλαμβανόμενες ψυχιατρικές συνεντεύξεις από τους διάφορους πραγματογνώμονες και τεχνικούς συμβούλους μπορεί να επηρεάσουν την ανάκληση καθώς ο κρατούμενος μαθαίνει να απαντά στις ερωτήσεις με παρόμοιο τρόπο.

Όλα αυτά καθιστούν απαραίτητο ο πραγματογνώμονας/τεχνικός σύμβουλος, πέρα από το σκεπτικισμό του για την ποιότητα των πληροφοριών που λαβαίνει, πρέπει να επιβεβαιώνει και να διασταυρώνει τα στοιχεία που παίρνει κατά τη συνέντευξη από όσο το δυνατόν περισσότερες πηγές. Πρέπει λοιπόν να διαμορφώσει προσωπική εκτίμηση για το αν ο εξεταζόμενος απαντά με ειλικρίνεια στα πλαίσια των δυνατοτήτων του, ή φαίνεται να έχει τάση για ασάφειες και δείχνει ότι επαναλαμβάνει πράγματα, τα οποία έχει «μάθει», ή φαίνεται να θέλει να παραπλανήσει τον εξεταστή (Williams, Lees & Djanogly, 1999).

4.6. ΣΥΛΛΟΓΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΑΠΟ ΆΛΛΕΣ ΠΗΓΕΣ

Αυτή η δραστηριότητα απαιτείται από τον πραγματογνώμονα τις περισσότερες φορές αν θέλει να κάνει τη δουλειά του σωστά. Ηθικά και δεοντολογικά σωστή στάση αποτελεί η προσπάθεια πληροφοριών και από τις δύο πλευρές (την πλευρά του θύματος αλλά και του θύτη). Στην Ελλάδα αυτό μπορεί να είναι ανέφικτο αν ο ψυχίατρος είναι τεχνικός σύμβουλος της μίας πλευράς, για παράδειγμα της υπεράσπισης. Στην περίπτωση αυτή οι αντίδικοι θα είναι πολύ αρνητικοί απέναντι του και πιθανότατα, θα αποδώσουν άλλα κίνητρα στην πρόθεση του να ζητήσει πληροφορίες. Με ακόμα μεγαλύτερη καχυποψία θα τον αντιμετωπίσουν και οι εντολείς του, φοβούμενοι ότι η επικοινωνία με τους αντιδίκους θα δώσει σε αυτούς επιχειρήματα που θα αποδυναμώσουν την θέση τους στην δίκη. Τα προβλήματα αυτά φυσικά δεν υπάρχουν για τον πραγματογνώμονα που έχει διορισθεί από το δικαστήριο και μπορεί να επικοινωνεί και να ζητά πληροφορίες από όποιον θέλει.

Μία από τις πρώτες προτεραιότητες του πραγματογνώμονα είναι η επιλογή των παράπλευρων πληροφοριών, που έχουν σημασία για την απάντηση των νομικών ερωτημάτων. Όλες οι διαθέσιμες πληροφορίες πρέπει

να εκτιμώνται και όχι μόνο αυτές που ενισχύουν τα επιχειρήματα του ιδίου ή των εντολέων του. Από ηθικής και δεοντολογικής άποψης λοιπόν, ο πραγματογνώμονας ο διορισμένος από το δικαστήριο (άρα χωρίς να έχει «ίδιον συμφέρον») βρίσκεται στην καλύτερη και ασφαλέστερη θέση. Για αυτόν το λόγο πραγματογνώμονες που χρησιμοποιούν την προνομιακή αυτή θέση για προσωπικά οφέλη είναι οι πλέον κολάσιμοι (και ποινικά κολάσιμοι, αν αποδειχθεί κάτι τέτοιο).

Δεν πρέπει όμως να λησμονείται ότι σε αντίθεση με τον πραγματογνώμονα που οφείλει να αποδεχθεί την τοποθέτηση του από το δικαστήριο με την εξαίρεση συγκεκριμένων και σαφώς προσδιοριζόμενων «κωλυμάτων», ο τεχνικός σύμβουλος είναι σε θέση να δεχθεί ή όχι να αναλάβει την υπόθεση, αν πεισθεί, ότι δεν είναι σε θέση να ενισχύσει τις απόψεις των εντολέων του. Αυτό μπορεί να συμβαίνει για διάφορους λόγους ένας από αυτούς είναι η αυτογνωσία του τεχνικού συμβούλου να συνειδητοποιήσει ότι για την υπόθεση αυτή απαιτούνται δεξιότητες που δεν έχει. Ένας άλλος είναι η συνειδητοποίηση εκ μέρους του τεχνικού συμβούλου ότι η προσπάθεια ενίσχυσης των απόψεων των εντολέων του, είναι επιστημονικά ανέφικτη και κατά συνέπεια κάθε τέτοια προσπάθεια είναι σε βάρος του κύρους και της αξιοπιστίας του.

Ο τεχνικός σύμβουλος λοιπόν μπορεί να αρνηθεί αν διαπιστώσει, ότι τα στοιχεία και οι πληροφορίες που έχει στη διάθεση του, τον εξαναγκάζουν είτε να μην μπορεί να υπερασπισθεί/ενισχύσει τις απόψεις των εντολέων του, είτε προκειμένου να κάνει κάτι τέτοιο, να αναγκαστεί να συμπεριλάβει στην έκθεση του απόψεις, που δεν τον εκφράζουν ή δεν θεωρεί σωστές.

Το δικαίωμα του τεχνικού συμβούλου να αρνηθεί πρέπει να είναι γνωστό εξ αρχής στα άτομα που τον προσεγγίζουν. Πρέπει λοιπόν να είναι σαφές προς όλες τις πλευρές ότι οι πρώτες συναντήσεις τεχνικού συμβούλου και εντολέων ή ακόμα και τεχνικού συμβούλου και κατηγορουμένου είναι προκαταρκτικές και μη δεσμευτικές. Όταν ο τεχνικός σύμβουλος πεισθεί ότι μπορεί να ενισχύσει επιστημονικά τις απόψεις των εντολέων του και να απαντήσει στα ερωτήματα που του έχουν τεθεί τότε θα αποδεχθεί και την εντολή. Προκειμένου να γίνει κάτι τέτοιο, πρέπει ο ψυχίατρος να πιστεύει, ότι αυτά που καταθέτει (προφορικά ή γραπτά), είναι σωστά και χρήσιμα στο δικαστήριο και μπορεί να τα υπερασπισθεί, αναλύσει και επεξηγήσει κατά την

ακροαματική διαδικασία. Εξυπακούεται ότι αυτή η απόφαση θα πρέπει να ληφθεί σύντομα και από τη στιγμή που θα αναλάβει τεχνικός σύμβουλος κάποιος, δεν θα πρέπει να αλλάξει γνώμη, παρά μόνο σε ιδιαίτερα εξαιρετικές περιπτώσεις, παραδείγματος χάριν, αν κατά τη διάρκεια των ψυχιατρικών συνεντεύξεων προκύψουν στοιχεία, είτε από την προανάκριση είτε από τις συνεντεύξεις, που καθιστούν την υπεράσπιση των απόψεων των εντολέων ασύμβατη και αδύνατη.

4.7. ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Συχνά η ανάλυση των ευρημάτων της κλινικής εξέτασης, του προανακριτικού υλικού και όλων των άλλων στοιχείων που έχουν συλλεχθεί είναι πολύπλοκη και κουραστική. Οι πραγματογνώμονες πρέπει να προσεγγίζουν την κάθε περίπτωση με την μεγαλύτερη δυνατή αντικειμενικότητα και χωρίς προκαταλήψεις που μπορεί να τους επηρεάσουν κατά την ανάλυση των δεδομένων. Πρέπει για μία ακόμη φορά να ελεγχθεί η ακρίβεια και η φερεγγυότητα των ευρημάτων.

Στις περιπτώσεις ποινικής ευθύνης όπου έχουν γίνει πολλά εγκλήματα, ο πραγματογνώμονας πρέπει να αναφέρεται στην ψυχική κατάσταση του κατηγορούμενου κατά τη διάρκεια του κάθε εγκλήματος ξεχωριστά.

Η σχέση αιτίου αποτελέσματος είναι κομβικό ζήτημα στην ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη. Η επιστημονική ανάλυση πρέπει να χρησιμοποιηθεί προκειμένου να δειχθεί η σχέση μεταξύ της ψυχικής κατάστασης και της διάπραξης του εγκλήματος. Το ερώτημα δηλαδή είναι: «Αν αυτός ο άνθρωπος υπό τις ίδιες συνθήκες, δεν είχε αυτή την ψυχική διαταραχή, θα διέπραττε αυτό το έγκλημα;» Η απόδειξη της σχέσης αυτής προϋποθέτει ότι ο πραγματογνώμονας θα πρέπει να «ξεχωρίσει» τις επιρροές της προσωπικότητας, των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών, άλλης συννοσηρότητας (σωματικής ή ψυχικής). Είναι εύκολα αντιληπτό ότι ο διαχωρισμός για παράδειγμα της επίδρασης της μανίας στην διάπραξη μιας παραβατικής πράξης, σε ένα άτομο που κάνει παραδείγματος χάριν, χρήση χασίς ή και κοκαΐνης και έχει επιπλέον κάποια διαταραχή προσωπικότητας είναι ένα έργο πολύ δύσκολο και για το οποίο μπορεί να υπάρχουν πολλές απόψεις.

Οι τεχνικοί σύμβουλοι, αλλά και οι πραγματογνώμονες, θα πρέπει να αυτοελέγχονται προκειμένου να επιβεβαιώσουν ότι δεν έχουν επηρεασθεί ουσιαστικά στην επιστημονική τους εκτίμηση από τη σχέση τους με τους εντολείς τους. Αντίστοιχα, η έκβαση της δίκης δεν πρέπει να ενδιαφέρει ιδιαίτερα τον ψυχίατρο πραγματογνώμονα/τεχνικό σύμβουλο. Η αποστολή του είναι να διαφωτίσει το δικαστήριο στα θέματα που είναι ειδικός και να εξηγήσει με τρόπο κατανοητό στον δικαστή ιατρικές και ψυχιατρικές έννοιες. (Κοτσαλής, 2002). Δεν είναι υπάλληλος της δικηγορικής ομάδας, δεν αμείβεται ανάλογα με το αποτέλεσμα. Επομένως, δεν τον αφορά το αποτέλεσμα της δίκης, τον ενδιαφέρει να αναδείξει τα θέματα που αυτός θεωρεί σημαντικά και να τα εξηγήσει με τον καλύτερο τρόπο και τίποτα παραπάνω. Ο ψυχίατρος που χαίρεται υπερβολικά για το αποτέλεσμα κάποιας δίκης είναι πιθανόν να έχει «υπερεπενδύσει» στην υπόθεση και η κρίση του να είναι επηρεασμένη.

Μετά το πέρας των εξετάσεων πρέπει να ενημερωθεί ο κατηγορούμενος, αλλά μόνο ότι οι εξετάσεις έλαβαν τέλος. Ο ψυχίατρος πραγματογνώμονας δεν πρέπει να απαντά στα ερωτήματα των ενδιαφερομένων, για το πιθανό του πόρισμα, διότι πρόκειται κάθε φορά για την προσωπική του θέση, η οποία, ακόμα και μέσω των παρατηρήσεων κατά τη διάρκεια της αποδεικτικής διαδικασίας σε μια κύρια διαδικασία, μπορεί σαφώς να μεταβληθεί (Μαργαρίτης, 2008, σ.294).

4.8. ΣΥΓΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΡΑΓΜΑΤΟΓΝΩΜΟΣΥΝΗΣ

Κατά το άρθρο 198 ΚΠοινΔ, η γνωμοδότηση των πραγματογνωμόνων πρέπει να είναι γραπτή και αιτιολογημένη και να περιλαμβάνει και τη γνώμη επίσης της μειοψηφίας, αν υπάρχει σε περίπτωση διορισμού περισσότερων πραγματογνωμόνων. Η γνωμοδότηση παραδίδεται σ' αυτόν που τη διέταξε (ανακριτικό υπάλληλο, ανακριτή ή δικαστήριο). Για την κατάθεση συντάσσεται έκθεση ή γίνεται αναφορά στα πρακτικά της συνεδρίασης. Αν η πραγματογνωμοσύνη διαταχθεί κατά την ακροαματική διαδικασία, η γνωμοδότηση μπορεί να γίνει και προφορικά, οπότε τα ουσιαστικά σημεία της καταχωρίζονται στα πρακτικά. Γνώση αυτής λαμβάνουν μετά, ο εισαγγελέας και οι διάδικοι.

Γενικά η πραγματογνωμοσύνη πρέπει να είναι λεπτομερής, διατυπωμένη με ακρίβεια, καλά δομημένη και να υποστηρίζεται από τα λοιπά έγγραφα και στοιχεία της προανάκρισης. Στόχος της πραγματογνωμοσύνης είναι να διατυπώσει και να εξηγήσει τα συμπεράσματα του ψυχιάτρου. Ο συγγραφέας της έκθεσης πρέπει να γνωρίζει ότι κάθε φράση του, θα γίνει αντικείμενο μελέτης και κριτικής, η οποία μπορεί να είναι και κακόπιστη. Πρέπει να θυμάται, ότι εκθέσεις πραγματογνωμοσύνης προχειρογραμμένες και «στο πόδι», θα τον βάλουν σε ιδιαίτερα δύσκολη και άβολη θέση, όταν θα κληθεί να τις υπερασπιστεί κατά τη διάρκεια της ακροαματικής διαδικασίας στο δικαστήριο (Δουζένης, 2008, σ. 284). Επίσης, αν η πραγματογνωμοσύνη είναι ελλιπής, αόριστη, αντιφατική ή ασαφής, ο εντολέας είτε την επιστρέφει για διόρθωση και συμπλήρωση ή διατάσσει νέα πραγματογνωμοσύνη. (ΚΠοινΔ 197).

Η πραγματογνωμοσύνη πρέπει να είναι καλά δομημένη και διαιρεμένη σε κεφάλαια, υποκεφάλαια κ.λ.π. με τους αντίστοιχους τίτλους, θα πρέπει να αναφέρει τις πηγές από τις οποίες λαμβάνει τα δεδομένα και να παραπέμπει στα αντίστοιχα έγγραφα όπου αυτό είναι δυνατό. Ο ψυχίατρος πραγματογνώμονας πρέπει να παρουσιάσει πειστικά τις θεωρητικές βάσεις και πρακτικές μεθόδους που ακολούθησε κατά την έρευνα του.

Όταν μάλιστα δεν συμφωνεί με τον άλλο πραγματογνώμονα και καταλήγει σε διαφορετικά με εκείνον συμπεράσματα, είναι αναγκαία η ενασχόληση του με τα αντίθετα επιχειρήματα εκείνου. Φυσικά πρέπει να λειτουργήσει με πίστη στην άποψη του, τηρώντας μια σταθερή, αλλά ασφαλή, θέση στο πρόβλημα. Παράλληλα όμως, θα πρέπει να επιδείξει και ευελιξία στην προσαρμογή των προσωπικών του διαγνώσεων πάνω σε μεταβλημένες προϋποθέσεις ή στην εγκατάλειψη υποθετικών ερμηνειών για χάρη καλύτερων δυνατοτήτων, αν ανακύψουν αντίθετα γεγονότα.

Στις περιπτώσεις που δεν υπάρχει ψυχιατρική συνέντευξη και η γνωμοδότηση/πραγματογνωμοσύνη στηρίζεται μόνο στη μελέτη εγγράφων ή συνεντεύξεις με άλλα άτομα αυτό πρέπει να αναφέρεται από την αρχή.

Στις περιπτώσεις που έχουν γίνει ψυχιατρικές συνεντεύξεις είναι απαραίτητο να αναφέρεται αν η συνέντευξη έγινε παρουσία άλλων ατόμων και να αναφέρονται αυτά και ο ρόλος τους. Στις ποινικές δίκες στην Ελλάδα ζητείται να υπάρχει τουλάχιστον μια κοινή εξέταση του κρατουμένου με όλους

τους ψυχιάτρους πραγματογνώμονες και τεχνικούς συμβούλους. Η εξέταση αυτή έχει ως στόχο την μεγαλύτερη ομοιογένεια των ψυχιατρικών ευρημάτων και την ανάδειξη των ψυχιατρικών συμπτωμάτων όπου υπάρχουν με τρόπο κοινό σε όλους τους συμμετέχοντες. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα να αποφεύγεται η μειωτική για την εικόνα των ψυχιάτρων κατάσταση όπου ο ένας πραγματογνώμονας περιγράφει ψευδαισθήσεις και παραληρήματα και ο τεχνικός σύμβουλος περιγράφει έναν ψυχικά υγιή άνθρωπο. Από την άλλη πλευρά όμως, δεν χρειάζεται ειδική γνώση για να αντιληφθεί κανείς ότι η εξέταση ενός ατόμου από επτά ή και περισσότερους ειδικούς μαζί είναι μία πολύ δύσκολη υπόθεση.

Στην έκθεση της πραγματογνωμοσύνης ο εξετάζων θα πρέπει να αναφέρεται στον εξεταζόμενο με το όνομα του και να μην τον περιγράφει ως «ασθενή».

Η έκθεση θα πρέπει να αποφεύγει την τεχνική ορολογία και όπου χρησιμοποιούνται ψυχιατρικοί όροι αυτοί θα πρέπει να επεξηγούνται, την πρώτη φορά που αναφέρονται. Πολλές φορές είναι χρήσιμο να αναφέρονται κατευθείαν φράσεις του εξεταζόμενου έτσι ώστε το δικαστήριο να μπορεί να σχηματίσει δική του εικόνα για τη διανοητική κατάσταση και τον τρόπο που λειτουργεί ο εξεταζόμενος. Είναι στην κρίση του πραγματογνώμονα/τεχνικού συμβούλου ποια στοιχεία είναι σημαντικά και πρέπει να αναφερθούν και ποια όχι, θα πρέπει όμως ο συγγραφέας να είναι σε θέση να εξηγήσει γιατί θεώρησε κάποια πληροφορία σημαντική και όχι κάποια άλλη, ή γιατί θεώρησε το ένα σύμπτωμα σημαντικό και όχι το άλλο.

Εφόσον η γλώσσα αποτελεί το μοναδικό μέσο επικοινωνίας, ανακύπτει τελικά η αναγκαιότητα, να παρουσιασθούν τα ψυχολογικά ευρήματα, σε συνάρτηση με τα ερωτήματα του δικαστηρίου, με απλή και σαφή διατύπωση και να μπορούν να γίνουν κατανοητά από όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη (δικαστές και διαδίκους).

Εδώ εμπλέκεται αναγκαία το ζήτημα ότι η γνωμοδότηση γίνεται από ειδικό επιστήμονα, τον ψυχίατρο, που είναι συνηθισμένος στη χρήση της γλώσσας της επιστήμης του. Κάθε λέξη, που χρησιμοποιεί ο ψυχίατρος, ιδίως ως «ορολογία», μεταφέρει ένα συγκεκριμένο εννοιολογικό φορτίο, αποτέλεσμα ιστορικής διαδρομής και επιστημονικών ερευνών, που ο ίδιος και οι θεράποντες της επιστήμης του, κατανοούν απόλυτα. Πολλές ειδικές

εκφράσεις, που στην επιστημονική συνεννόηση προσδιορίζονται με σαφήνεια και συνεπώς χρησιμοποιούνται επίσης με την έννοια του νοούμενου, κατέχουν για μη ψυχιάτρους άλλα νοηματικά περιεχόμενα. Εδώ θα πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα από τον πραγματογνώμονα ότι αποδέκτες του νοήματος της έκθεσης πραγματογνωμοσύνης είναι το δικαστήριο, ο εισαγγελέας, ο κατηγορούμενος, ο πολιτικός ενάγων κ.λ.π. διάδικοι της πολιτικής δίκης και οι συνήγοροι και οι πληρεξούσιοι τους, ήτοι πρόσωπα που δεν είναι συνηθισμένα στη χρήση των επιστημονικών όρων της ψυχιατρικής.

Οι παρατηρήσεις αυτές αναγκαία δημιουργούν στον πραγματογνώμονα την αυτονόητη υποχρέωση, να συντάξει τη γνωμοδότηση του, κατά τρόπο γενικά κατανοητό από τους αποδέκτες του νοήματος της. Τούτο όμως ενέχει τον κίνδυνο να ενδώσει ο πραγματογνώμονας στην πρόκληση υπεραπλούστευσης, να χρησιμοποιήσει έννοιες της «καθημερινής ψυχιατρικής», να μορφοποιήσει ότι κερδήθηκε μετά από βαθιά ψυχοδιαγνωστική εργασία, όχι με τον ίδιο επιστημονικό τρόπο, αλλά να το συντομεύσει και να το μεταφέρει από το επιστημονικό – ορολογικό επίπεδο, στη γλώσσα της καθημερινότητας. Η απόσταση αυτή θα πρέπει να γεφυρωθεί, με την παράλληλη χρήση στην πραγματογνωμοσύνη της επιστημονικής γλώσσας της Ψυχιατρικής και τη μεταφορά των νοημάτων προς μη ειδικούς, μέσω της καθομιλουμένης γλώσσας, έτσι ώστε και οι ασάφειες να αίρονται και η πραγματογνωμοσύνη να είναι δυνατό να ελεγχθεί και από άλλους ειδικούς, αν ζητηθεί από τους ενδιαφερόμενους. (Μαργαρίτης, 2008, σ.296).

Στην συζήτηση της περίπτωσης ο ψυχίατρος θα πρέπει να χρησιμοποιήσει τις γνώσεις του και την βιβλιογραφία που θεωρείται έγκυρη και να μην προσφεύγει σε ιδιοσυγκρασιακές απόψεις μόνο και μόνο γιατί ενισχύουν τα επιχειρήματά του. Θα πρέπει να παραμένει στο γνωστικό πεδίο που είναι ειδικός και να μην αναφέρεται σε άλλα θέματα που οι γνώσεις του δεν είναι επαρκείς. Οι πραγματογνώμονες θα πρέπει να είναι σε θέση να αλλάξουν την άποψή τους, αν νέα στοιχεία που τίθενται υπόψη τους, ανατρέπουν τα μέχρι στιγμής δεδομένα.

Πρέπει κατά τη συγγραφή της έκθεσης να υπενθυμίζει στον εαυτό του ότι γνωμοδοτήσεις χωρίς επαρκή θεμελίωση δεν είναι χρήσιμες και σε τελική ανάλυση μειώνουν το κύρος του συγγραφέα τους. Οι πραγματογνωμοσύνες

πρέπει να καταλήγουν στο συμπέρασμα τους με «σχετική ιατρική βεβαιότητα». Γνωματεύσεις που είναι υποθέσεις προς διερεύνηση και όχι επιστημονικά τεκμηριωμένες τοποθετήσεις δεν πρέπει να κατατίθενται. Ο γνωματεύων θα πρέπει πάντα να θεωρεί ότι τα γραφόμενα στην πραγματογνωμοσύνη θα πρέπει να τα υπερασπισθεί και στο δικαστήριο χωρίς να μειωθεί το κύρος και η αξιοπρέπεια του. Αυτό θα τον βοηθήσει να είναι περισσότερο συγκροτημένος και σαφής.

Αν και ο κάθε πραγματογνώμων μπορεί να συντάσσει την έκθεση με δικό του τρόπο, τα ακόλουθα στοιχεία θα πρέπει να περιλαμβάνονται:

- ο Βραχεία εισαγωγή με αναφορά στην κατηγορία, το διορισμό ως πραγματογνώμονα με την ημερομηνία και το αίτημα της εξέτασης, τον τόπο, το χρόνο και τις συνθήκες της εξέτασης (μόνος, με άλλους, ως τεχνικός σύμβουλος)
- ο Κατάλογος των στοιχείων που παρασχέθηκαν (έγγραφα, εκθέσεις κ.α.)
- ο Όνομα, ηλικία και επάγγελμα του εξεταζόμενου
- ο Ατομικό και οικογενειακό ιστορικό
- ο Τυχόν χρήση ουσιών και οινόπνευματος
- ο Ιατρικό και ψυχιατρικό ιστορικό
- ο Περιγραφή του αδικήματος
- ο Ψυχιατρική εξέταση
- ο Ψυχιατρική διάγνωση (αναφορά στα διαγνωστικά κριτήρια)
- ο Κριτική – σύνθεση των δεδομένων
- ο Συμπέρασμα (Αλεβίζος, 2008, σ. 308).

Ανάλογη διάρθρωση με τροποποιήσεις μπορεί να έχει η έκθεση τεχνικού συμβούλου (με προσθήκη: Παρατηρήσεις επί της εκθέσεως πραγματογνωμοσύνης), ψυχιατρική έκθεση και έκθεση σε αστικές διαδικασίες.

Στο συμπέρασμα θα δίνεται απάντηση με σαφήνεια στα ερωτήματα που έχει θέσει το δικαστήριο για την ύπαρξη ή όχι καταλογισμού. Τα βασικά στοιχεία απουσίας καταλογισμού είναι η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής, η ανικανότητα να λειτουργεί με τη λογική, η έλλειψη αναγνώρισης της φύσης και του άδικου της πράξης και η ανικανότητα να αποφύγει την πράξη.

Η γνωμοδότηση των πραγματογνωμόνων, σχετικά με τον καταλογισμό δεν είναι δεσμευτική για το ποινικό δικαστήριο, οποιασδήποτε φύσεως και αν είναι, αλλά εκτιμάται ελεύθερα, σύμφωνα με την αρχή της ηθικής απόδειξης

(Μπουρόπουλος, 1959, σ. 258 · Κοτσαλής, 1990, σ. 280). Έτσι, το δικαστικό συμβούλιο μπορεί να μην κρίνει ακαταλόγιστο, όπως διαπιστώνουν οι ψυχίατροι πραγματογνώμονες, αλλά να παραπέμψει στο ακροατήριο τον κατηγορούμενο.

Αλλά και το άρθρο 387 του ΚΠολΔ, για τα πολιτικά δικαστήρια, ορίζει ότι «το δικαστήριο εκτιμά ελεύθερα των γνωμοδότηση των πραγματογνωμόνων». Δηλαδή, το πολιτικό δικαστήριο είναι απόλυτα ελεύθερο να δεχθεί τα αντίθετα, από όσα δέχθηκαν οι πραγματογνώμονες σχετικά με τον καταλογισμό, χωρίς καμία αιτιολογία. Το δικονομικό σύστημα το επιτρέπει, παρά τον ελλοχεύοντα κίνδυνο επιστημονικής αυθαιρεσίας. Αρκεί φυσικά να προκύπτει από την απόφαση ότι το δικαστήριο συνεκτίμησε με τις λοιπές αποδείξεις και την ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη.

4.9. ΚΛΗΣΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΟΥ ΠΡΑΓΜΑΤΟΓΝΩΜΟΝΑ ΣΤΟ ΑΚΡΟΑΤΗΡΙΟ

Ο πραγματογνώμονας που κατέθεσε την έκθεση πραγματογνωμοσύνης, μπορεί σε κάθε περίπτωση να κληθεί στο ακροατήριο από τον εισαγγελέα ή από το δικαστήριο. Εκεί, μετά από την ανάγνωση της έκθεσης του, ο πραγματογνώμονας περιορίζεται σε απαντήσεις επί ερωτήσεων που του απευθύνουν οι δικαστές, ο εισαγγελέας ή οι διάδικοι (ΚΠοινΔ 362). Ως επιστήμονας, στα πλαίσια της επιστημονικής ελευθερίας, ο πραγματογνώμονας μπορεί να μεταβάλλει το πόρισμα της γνωμοδότησης του, ιδίως όταν στηρίζεται σε νέα ευρήματα-γεγονότα και αντίστοιχα συνδετικά ή συμπληρωματικά γεγονότα.

Ο ψυχίατρος που εισέρχεται στη δικαστική διαμάχη ασκεί ένα ρόλο τελείως διαφορετικό από το ρόλο του θεραπευτή ψυχιάτρου. Ο ρόλος του αυτός να προσφέρει την επιστημονική του γνώση για τον άρρωστο στη διαδικασία απονομής δικαιοσύνης είναι το ίδιο σημαντικός όσο και ο διαγνωστικός και θεραπευτικός του ρόλος. Στην άσκηση αυτού του ρόλου ο ψυχίατρος θέτει το ηθικό και επαγγελματικό του καθήκον σε ύψιστη προτεραιότητα.

Θα πρέπει να έχει κάποια γνώση της δικαστικής ψυχιατρικής, της εγκληματολογίας, των νόμων, της ποινικής διαδικασίας και της οργάνωσης των υπηρεσιών και να είναι εξοικειωμένος με τα νομικά προβλήματα που προκύπτουν από ορισμένους ψυχιατρικά ασθενείς και κυρίως να έχει πλήρη

γνώση των κανόνων της ψυχιατρικής ηθικής και δεοντολογίας, ώστε να μπορεί να χειριστεί με επιδεξιότητα έναν ασθενή που παραπλέμπεται από την αστυνομία ή άλλη αρχή. (Simon, 2005). Θα πρέπει να διαθέτει επιστημονική γνώση, οξυδέρκεια και επιδεξιότητα, για να εφαρμόσει αποτελεσματικά την κλινική του εμπειρία στη νομική διαδικασία που περιλαμβάνει θέματα ποινικά, αστικά ή θέματα νομοθεσίας (Mendelson, 1992).

Η παρουσία του ψυχιάτρου στο δικαστήριο ως μάρτυρα, συχνά αποτελεί δυσάρεστη εμπειρία και οδηγεί πολλούς ψυχιάτρους σε απροθυμία να βιώσουν το στρες του δικαστηρίου. Θα πρέπει να είναι προετοιμασμένος ότι μπορεί να αντιμετωπιστεί με αμφισβήτηση και επιθετικότητα και να αισθανθεί ότι βρίσκεται σε εχθρικό περιβάλλον.

Ο συνήγορος της άλλης πλευράς μπορεί να είναι ενοχλητικός ή σαρκαστικός, να προσπαθεί να τον εκνευρίσει για να χάσει τον αυτοέλεγχο. Αν και αυτή η πιεστική συμπεριφορά προς τον μάρτυρα εντάσσεται στη φιλοσοφική αρχή της αντιπαλότητας ως βασικής και αποτελεσματικής διαδικασίας για την εξακρίβωση της αλήθειας, το καθήκον του συνηγόρου να υπερασπίζεται τον πελάτη του δεν έρχεται σε αντίθεση με την υποχρέωση του να αντιμετωπίζει με σεβασμό όλους τους παράγοντες της δίκης (Bluglass, 1995).

Θα πρέπει να έχει επίγνωση ότι, ως εμπειρογνώμων, αυτός διαθέτει την επιστημονική γνώση και εμπειρία και όχι ένας μη ψυχίατρος και ότι γι' αυτή του την ιδιότητα βρίσκεται στο δικαστήριο, να απαντά με επιστημονικό τρόπο στις ερωτήσεις και να κυριαρχεί στο επιστημονικό του πεδίο. Θα πρέπει να διατηρεί αυτοπεποίθηση και αυτοέλεγχο, να αποφεύγει τις «παγίδες» και να εκθέτει με επιστημονική πειστικότητα τις απόψεις του, ώστε να μην μπορούν να κλονιστούν τα συμπεράσματα του.

Κατά την ακροαματική διαδικασία, ενδέχεται ο δικαστής, οι δικηγόροι και άλλα πρόσωπα που από τη φύση του πράγματος έχουν ελλείπουσα κατανόηση της ψυχιατρικής μεθοδικής, μπορεί να αξιώνουν από τον ψυχίατρο σαφείς και καθαρές απαντήσεις, του τύπου «είναι ή όχι ακαταλόγιστος ο κατηγορούμενος»; Αναπόφευκτα ο ψυχίατρος πραγματογνώμονας θα απαντήσει στα ερωτήματα αυτά, παρόλο που αποτελούν καθαρά νομικά ζητήματα. Παρόλα αυτά, θεωρείται νομικά επιτρεπτή η απάντηση σε

ερωτήσεις τέτοιου είδους από τον ψυχίατρο πραγματοποιώμενα (Κοτσαλής, 2002, σ. 241).

Σε μερικές περιπτώσεις, σε ποινικές κυρίως δίκες, οι οποίες αποκτούν μεγάλη δημοσιότητα, μπορεί να έχουν διατυπωθεί από εμπειρογνώμονες διαφορετικές ή και διαμετρικά αντίθετες ψυχιατρικές γνώμες, για τις οποίες οι δύο πλευρές καλούν τους ψυχιάτρους σε μια μάχη εμπειρογνωμόνων. Δεδομένου ότι οι αντίθετες απόψεις τείνουν να δυσφημούν το ψυχιατρικό επάγγελμα, θα πρέπει ο ψυχίατρος, ως πραγματογνώμων μιας πλευράς να τεκμηριώσει επιστημονικά τις θέσεις του και να μην προβαίνει σε σκόπιμη διαστρέβλωση της επιστημονικής πραγματικότητας. Θα πρέπει να είναι προετοιμασμένος να δεχθεί αμφισβητήσεις από συνήγορο αν η γνώμη του διαφέρει από τη γνώμη άλλου ψυχιάτρου. Θα πρέπει να επιμένει στις απόψεις του και να δώσει επιστημονικές απαντήσεις για να ενισχύσει τα συμπεράσματα του, αλλά και να εξηγήσει στο δικαστήριο τη διαφορετική γνώμη του συναδέλφου του (Αλεβίζος, 2008, σ. 304).

Πριν παρουσιαστεί στο δικαστήριο θα πρέπει να έχει μελετήσει την πραγματογνωμοσύνη, τις εκθέσεις των τεχνικών συμβούλων, μαρτυρίες και όλα τα σχετικά έγγραφα, για να υποστηρίξει αποτελεσματικά τα συμπεράσματα του. Είναι σκόπιμο να έχει συναντηθεί προηγουμένως με το συνήγορο της πλευράς από την οποία καλείται, για ερωτήματα και διευκρινήσεις που μπορεί να προκύψουν ή να έχει ζητήσει τη γνώμη του ειδικού. Επίσης, θα πρέπει να έχει συναντηθεί νωρίτερα με τον κατηγορούμενο για να εκτιμήσει την κατάσταση του κατά την παρουσία του στο δικαστήριο.

Θα πρέπει να είναι σαφής στις εκφράσεις του, να μιλά αργά και καθαρά και με την απαιτούμενη ένταση φωνής, ώστε να ακούγεται από τους παράγοντες της δίκης και από το κοινό, να αποφεύγει μη κατανοητούς ψυχιατρικούς όρους και να δείχνει ψυχραιμία και επιστημονική σοβαρότητα. Μπορεί να έχει μπροστά του τις σημειώσεις του και να ρωτήσει το δικαστήριο αν μπορεί να θυμάται όλες τις λεπτομέρειες (Bluglass, 1995).

Ο Gutheil (1995) αναφέρει τις ακόλουθες οδηγίες, για την καλύτερη παρουσία του ψυχιάτρου στο δικαστήριο:

1. Ο ψυχίατρος θα πρέπει να ακούσει προσεκτικά την ερώτηση και να περιμένει λίγο πριν απαντήσει, για να την κατανοήσει καλά και για να δώσει

χρόνο στην άλλη πλευρά να διατυπώσει ένσταση (οι συνήγοροι είναι ελεύθεροι να διατυπώνουν ένσταση, αν θεωρήσουν ότι κάποιες ερωτήσεις είναι ακατάλληλες ή άσχετες με την υπόθεση).

2. Θα πρέπει να έχει ακριβώς στο νου του τα όρια του χώρου του και να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός στα πάντοτε και στα ποτέ σχετικά με προβλέψεις που ερωτάται να κάνει. Αν πιέζεται να δώσει απάντηση με ναι ή όχι σε ένα σύνθετο ερώτημα, να μη διστάσει να πει ότι αυτή η ερώτηση δεν απαντάται με ναι ή με όχι.

3. Θα πρέπει να μη φοβάται και να μη διστάσει να απαντήσει «δεν ξέρω» ή ότι «δεν μπορεί να απαντηθεί αυτό το ερώτημα». Δεν μπορούν να απαντηθούν όλα τα ερωτήματα που υποβάλλει ο συνήγορος.

4. Θα πρέπει να μιλάει απλά, να αποφεύγει την ακατάληπτη διάλεκτο και να προσέχει να μη θίξει το άτομο που δικάζεται.

5. Θα πρέπει να είναι προσεκτικός, να μην αποδέχεται τυφλά, ως έγκυρη και αυθεντική βιβλιογραφία που επικαλείται ο συνήγορος της άλλης πλευράς. Θα πρέπει να ζητήσει να δει ή να ακούσει σχετικά εδάφια πριν αναγνωρίσει τη βιβλιογραφία ως έγκυρη.

Ο πραγματογνώμονας πρέπει να διατηρήσει όλες τις καταγραφές και τα διαγνωστικά στοιχεία, στα οποία στήριξε τη γνωμάτευση του, διότι μπορούν να του χρησιμεύσουν στην ίδια υπόθεση σε μια δεύτερη βαθμίδα (ακροατήριο, εφετείο, κ.λ.π.), ενδεχόμενα ακόμη και σε μια επανάληψη της διαδικασίας μετά από πολλά χρόνια, κατά τα άρθρα 523 επ. ΚΠοινΔ. Εάν τα στοιχεία που έχει στη διάθεση του, θα πρέπει να αξιολογηθούν και για επιστημονικούς λόγους, από τον ίδιο ή από τρίτους, θα πρέπει τούτο να γίνει με απόλυτο σεβασμό στα προσωπικά δεδομένα των ενδιαφερομένων. Θα πρέπει δηλαδή να ληφθεί μέριμνα να μην είναι δυνατή η αναγνώριση των συμμετοχών σε τρίτους μέσω κάλυψης των ονομάτων κ.λ.π. (Μαργαρίτης, 2008, σ.297).

ΜΕΡΟΣ V: Η ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΤΙΣ ΑΝΑΠΤΥΓΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ

Οι νομικές παραδόσεις, τα νομικά πλαίσια, οι καθιερωμένες διαδικασίες, ακόμη και οι βασικές έννοιες της Ψυχιατροδικαστικής, όπως η παρεχόμενη περίθαλψη, ο εγκλεισμός και οι αξιολογούντες εμπειρογνώμονες, διαφέρουν στα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και στις ΗΠΑ.

5.1. Η ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΕ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ Η.Π.Α.

Οι χώρες που υιοθετούν μια κοινή αγγλοσαξονική παράδοση νόμου, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο ή η Ιρλανδία, εξετάζουν σπάνια την επίδραση της ψυχικής διαταραχής στην εγκληματική ευθύνη των υπόπτων στην ακροαματική διαδικασία στο δικαστήριο, εκτός από την περίπτωση της ανθρωποκτονίας. Η κυρίαρχη τάση, είναι να χρησιμοποιούν πληροφορίες για την ψυχική υγεία μετά την απαγγελία της καταδίκης, με στόχο την πιθανή μείωση της ποινής ή για να αποφασιστεί η νοσηλεία σε μονάδα ψυχικής υγείας (Salize & Dressing, 2005).

Αντίθετα, τα περισσότερα κράτη μέλη που βασίζονται στο ρωμαϊκό νόμο, εφαρμόζουν διαβαθμισμένη έννοια της εγκληματικής ευθύνης, όταν αποφασίζουν για την αξιολόγηση, την ποινή και τον εγκλεισμό των ψυχικά αρρώστων παραβατών. Ορισμένες Σκανδιναβικές χώρες, υιοθετούν χαρακτηριστικά γνωρίσματα και των δύο συστημάτων στη νομοθεσία τους. (Τσόπελας, 2008β). Διαφορά, επίσης, στα κράτη μέλη, παρατηρείται στα ποσοστά πλήρους ή μερικής ανικανότητας καταλογισμού κατά τη διάρκεια, πριν ή μετά την δικαστική διαδικασία.

Ωστόσο, όλα τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έχουν ως στόχο το διαχωρισμό των παραβατών από εκείνους με ψυχική διαταραχή και το συνεπακόλουθο εγκλεισμό τους, σύμφωνα πάντα με τις εκάστοτε ιδιαίτερες ανάγκες θεραπείας ή και το βαθμό κινδύνου που κάθε ένας αντιπροσωπεύει για την κοινωνία. Αυτό έχει οδηγήσει σε πολύ διαφορετική παροχή υπηρεσιών Ψυχιατροδικαστικής (Salize, Lepping & Dressing, 2005). Για παράδειγμα, στη Γερμανία, έχει υπάρξει ανάπτυξη ενός χωριστού κλάδου Ψυχιατροδικαστικής, ενώ μερικές άλλες χώρες έχουν αναπτύξει υπηρεσίες, που περιλαμβάνουν τις φυλακές, αλλά ενσωματώνονται περισσότερο μέσα στο γενικό σύστημα

ψυχικής υγείας, π.χ. Αγγλία ή Γαλλία. Σε μερικά κράτη μέλη η Ψυχιατροδικαστική εξέταση είναι ευθύνη του Υπουργείου δικαιοσύνης, ενώ σε άλλα το σύστημα υγείας έχει την κύρια ευθύνη (Salize, Lepping & Dressing, 2005).

Όλα τα κράτη μέλη παρέχουν συγκεκριμένους νόμους, κώδικες ή και άλλα αρμόδια νομικά όργανα για τη ρύθμιση των δικαστικών διαδικασιών σχετικά με την αξιολόγηση των ατόμων που κατηγορούνται για ένα έγκλημα και που παραπέμπονται για ψυχιατρική αξιολόγηση. Στη Φινλανδία, στη Γερμανία, στην Ιταλία, στο Λουξεμβούργο, στη Σουηδία, οι κρίσεις για τους ψυχικά ασθενείς παραβάτες θεωρητικά μπορούν να εκδοθούν χωρίς εξέταση από εμπειρογνώμονα. Στην πράξη, αυτό θα συνέβαινε μόνο σε σπάνιες και προφανείς υποθέσεις (Dressing & Salize, 2006).

Ο διορισμός του εμπειρογνώμονα στη Φινλανδία, την Πορτογαλία και τη Σουηδία, είναι ευθύνη των Εθνικών Αρχών. Η Δανία, η Αγγλία και η Ουαλία, υιοθετούν μια προσέγγιση Κοινοτικής Ψυχιατρικής, με το διορισμό του εμπειρογνώμονα σύμφωνα με τη διεύθυνση κατοικίας του κατηγορουμένου. Στη Δανία οι περισσότερες αξιολογήσεις διευθετούνται σε τέσσερα περιφερειακά κέντρα, που καλύπτουν το μεγαλύτερο μέρος της χώρας. Περισσότερα από τα δύο τρίτα των κρατών μελών, απαιτούν έναν εκπαιδευμένο ψυχίατρο για την αξιολόγηση της ψυχικής κατάστασης ενός υπόπτου, που υποτίθεται ήταν ψυχικά διαταραγμένος (Dressing & Salize, 2006). Έτσι, σε Αυστρία, Δανία, Φινλανδία, Γαλλία, Ιρλανδία, Ιταλία, Πορτογαλία, ο επαγγελματίας που εξετάζει είναι οπωσδήποτε ψυχίατρος. Σε Αγγλία και Ουαλία, δυο ιατροί συμβάλλουν στην αξιολόγηση, εκ των οποίων ο ένας πρέπει να είναι ψυχίατρος. Στην Ολλανδία, επιβάλλεται η συμμετοχή τουλάχιστον δύο εμπειρογνομόνων, με διαφορετικό επαγγελματικό υπόβαθρο. Στις περισσότερες περιπτώσεις, αυτό σημαίνει έναν ψυχίατρο και έναν ψυχολόγο. Στη Σουηδία, τέσσερις εμπειρογνώμονες συμβάλλουν σε μια σημαντική ψυχιατροδικαστική αξιολόγηση: Ο ψυχίατρος που κατευθύνει, ένα ψυχολόγος, ένας κοινωνικός λειτουργός, και μια νοσοκόμα. Σε περίπτωση δευτερεύουσας δικανικής αξιολόγησης, αρκεί ένας εμπειρογνώμονας. Στο Βέλγιο, τη Γερμανία, τη χώρα μας, το Λουξεμβούργο και στην Ισπανία, δεν είναι καθορισμένο το είδος του επαγγελματία που εξετάζει (Dressing et al, 2006).

Όσον αφορά τη μορφή της πραγματογνωμοσύνης, στη Δανία, το Ηνωμένο Βασίλειο, τη Φινλανδία, τη Σουηδία αυτή πρέπει οπωσδήποτε να είναι γραπτή. Στην Αυστρία, το Βέλγιο, τη Γαλλία, τη Γερμανία, την Ελλάδα, την Ιρλανδία, την Ιταλία, το Λουξεμβούργο, την Ολλανδία, την Πορτογαλία και την Ισπανία, η πραγματογνωμοσύνη μπορεί να είναι προφορική και γραπτή. (Dressing et al, 2006).

Η εκπαίδευση στην Ψυχιατροδικαστική, σε μερικά κράτη ενσωματώνεται στα πανεπιστημιακά προγράμματα σπουδών, αλλά το εύρος και η ποιότητα εκπαίδευσης ποικίλει. Η πιο εκτεταμένη κατάρτιση προσφέρεται στη Φινλανδία περιλαμβάνοντας έξι έτη εκπαίδευσης στη Ψυχιατροδικαστική, επιπρόσθετα της κατάρτισης στη γενική ιατρική. Στο Ηνωμένο Βασίλειο η κατάρτιση στην Ψυχιατροδικαστική αρχίζει μετά την εκπαίδευση στη γενική ψυχιατρική (απόκτηση ειδικότητας) και διαρκεί τρία έτη. Στη Γερμανία η ειδική κατάρτιση στη Ψυχιατροδικαστική διαρκεί τρία έτη μετά από εκπαίδευση στη γενική ψυχιατρική. Στη Σουηδία απαιτούνται δύο έτη εκπαίδευσης μετά το πέρας της ειδίκευσης στην Γενική Ψυχιατρική. Στην Πορτογαλία προσφέρεται μια σύντομη κατάρτιση στη Ψυχιατροδικαστική για μια περίοδο έξι μηνών. Όλα τα άλλα κράτη μέλη δεν παρέχουν προγράμματα σπουδών για ειδική κατάρτιση στη Ψυχιατροδικαστική. Οι εμπειρογνώμονες στα περισσότερα κράτη μέλη αναφέρουν ανεπάρκεια ή και παντελή έλλειψη ποιοτικών προτύπων στη Ψυχιατροδικαστική. Μόνο στο Ηνωμένο Βασίλειο, στην Ιρλανδία, στη Σουηδία και τη Γερμανία παρέχεται χωριστό πιστοποιητικό ολοκλήρωσης ειδικευμένης εκπαίδευσης (Certificate of Completion of Specialist Training, CCST) (Gunn, & Nedopil, 2005).

Ο οργανισμός πιστοποίησης της ιατρικής εκπαίδευσης στις ΗΠΑ (Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME), προσδιόρισε την Ψυχιατροδικαστική τον Ιούλιο του 2003, ως ψυχιατρική υποειδικότητα που εστιάζει στην αλληλεξάρτηση Ψυχιατρικής και νόμου. Το ACGME, απαιτεί ένα περιεκτικό διδακτικό και κλινικό πρόγραμμα σπουδών για τους εκπαιδευόμενους, το οποίο αποτελείται από ένα έτος υποειδικότητας, μετά από την ολοκλήρωση εκπαίδευσης στην Γενική Ψυχιατρική διάρκειας 4 ετών. Αυτή περιλαμβάνει μια περιεκτική επισκόπηση της ιστορίας και της πρακτικής της Ψυχιατροδικαστικής και των βασικών αρχών του νόμου (συμπεριλαμβανομένου του Αστικού και Ποινικού Δικαίου) με επίκεντρο τη

Ψυχιατροδικαστική, καθώς επίσης και παρακολούθηση συνεδρίων Ψυχιατροδικαστικής (Layde, 2004).

Ένας αξιολογητής στις ΗΠΑ, πρέπει να είναι αμερόληπτος, να εξυπηρετήσει έτσι το δικαστήριο ή το κοινό αίσθημα δικαίου (Gunn, 1996). Αυτό έρχεται σε αντίθεση, για παράδειγμα με ένα Βρετανό ψυχιατροδικαστή, ο οποίος βλέπει την αξιολόγηση ως τμήμα της γενικής επαγγελματικής σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενή, με τις ανάγκες του ασθενή να είναι κυρίαρχες και το αποτέλεσμα της αξιολόγησης να είναι κατά ένα μεγάλο μέρος προσανατολισμένο θεραπευτικά.

5.2 Η ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Από τα μέσα της δεκαετίας του 1970, αλλά και τις προηγούμενες δεκαετίες, μερικοί ψυχίατροι ασχολούνταν ήδη επαγγελματικά με το αντικείμενο της ψυχιατροδικαστικής (Γαρδίκας, 1966). Ορισμένοι από αυτούς ήταν εγγεγραμμένοι στους καταλόγους πραγματογνωμόνων στα διάφορα εφετεία της χώρας και αναλάμβαναν επ' αμοιβή την τέλεση πράξεων πραγματογνωμοσύνης. Αυτές, αφορούσαν κυρίως ποινικά ζητήματα καταλογισμού, καθώς και αστικά ζητήματα είτε δικαστικής συμπαράστασης, είτε αποζημίωσης. Γνωστοί ψυχίατροι ήταν ο έγκριτος νευρολόγος-ψυχίατρος και ιατροδικαστής κύριος Χρίστος Βούρδας, που είναι ίσως ο παλαιότερος εκπρόσωπος του κλάδου της Ψυχιατροδικαστικής στην Ελλάδα, καθώς επίσης και οι: Δόγκας, Μαράτος, Μιταρτζής, Μπούκης, Ραπίδης, Σπύρογλου, Στριγγάρης, Φωτάκης (Στριγγάρης, 1949 · Φωτάκης, 1983). Οι δύο τελευταίοι έχουν αφήσει και αξιόλογο συγγραφικό έργο. Θεωρητικό θεμέλιο ήταν για πολλούς από τους ασχολούμενους με τα ποινικά και σωφρονιστικά ζητήματα η Εγκληματολογία του Γαρδίκα.

Σήμερα, στην Ελλάδα κάθε χρόνο αρκετά συμπόσια, ημερίδες, τράπεζες συνεδρίων ασχολούνται με τη Δικαστική Ψυχιατρική. Πριν λίγα χρόνια δημιουργήθηκε σχετικός κλάδος στην Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία. Έστω και «στα χαρτιά» η ειδίκευση στην Ψυχιατρική προϋποθέτει τρεις μήνες άσκησης σε αυτό το αντικείμενο. Φαίνεται λοιπόν ότι τα τελευταία τριάντα περίπου χρόνια αυξήθηκαν και οι ανάγκες όπως και οι απαιτήσεις της κοινωνίας για εξειδικευμένες ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες.

Τα ελλείμματα στους τομείς της παιδείας και της έρευνας, η επιφυλακτικότητα και ο φόβος της κοινής γνώμης έναντι της Ψυχολογίας, της Ψυχιατρικής, της Κοινωνιολογίας ή της Εγκληματολογίας ως ορθολογοκρατούμενων, αξιόπιστων επιστημονικών κλάδων, επηρεάζουν την κατάσταση της Ψυχιατροδικαστικής στη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα σε σύγκριση με την κατάσταση του κλάδου αυτού σε άλλες αναπτυγμένες χώρες.

Το κυριότερο ίσως πρόβλημα της Ψυχιατροδικαστικής αφορά την ποινική μεταχείριση ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Τα άρθρα του Ποινικού Κώδικα που αφορούν τον καταλογισμό, χρησιμοποιούν επιστημονικά παρωχημένη ορολογία. Η ελλιπής νομική εκπαίδευση των ψυχιάτρων και η λίαν ανεπαρκής ψυχιατρική εκπαίδευση των νομικών, συμπεριλαμβανομένων των εισαγγελέων και των ποινικών δικαστών, καθιστά την επικοινωνία των δύο κλάδων προβληματική με συνέπειες μερικές φορές τραυματικές για τον ψυχίατρο πραγματογνώμονα ή μάρτυρα σε ποινική δίκη.

Στην Ελλάδα οι κρινόμενοι ως ακαταλόγιστοι δράστες ποινικής παράβασης, η οποία τιμωρείται με ποινή φυλάκισης μεγαλύτερη από έξι μήνες, εγκλείονται επ' αόριστον σε «θεραπευτικό κατάστημα» (άρθρο 69 Π.Κ.). Τις περισσότερες φορές πρόκειται για ασθενείς με ενεργό ψύχωση δράστες φόνου, σοβαρής βιαιοπραγίας ή εμπρησμού. Πολλές δεκάδες τέτοιων ασθενών νοσηλεύονται στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής και μερικοί άλλοι σε άλλα ανάλογα ψυχιατρικά ιδρύματα. Στα τμήματα στα οποία νοσηλεύονται, η μεταχείριση τους δεν είναι διαφορετική από αυτή άλλων νοσηλευομένων. Υπό μία έννοια, αυτή της χαλαρής επιτήρησης, της ελευθερίας κινήσεων η κατάσταση τους είναι καλύτερη από αυτή ακαταλόγιστων επικίνδυνων ασθενών σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, οι οποίοι φυλάσσονται υπό αυστηρότερες συνθήκες σε ειδικές μονάδες χωρίς να αναμειγνύονται με άλλες κατηγορίες ψυχικά ασθενών.

Όπως και σε άλλες χώρες έτσι και στις φυλακές της Ελλάδας κρατούνται αρκετοί υπόδικοι και κατάδικοι που παρουσιάζουν ψύχωση (ενεργό ή σε αποδρομή) καθώς και αγχώδεις ή καταθλιπτικές διαταραχές σε ποσοστό αρκετά υψηλότερο σε σύγκριση με αυτό του γενικού πληθυσμού. Παρά τις προβλέψεις του αρκετά προοδευτικού ισχύοντος Σωφρονιστικού Κώδικα και σε αντίθεση με όσα συμβαίνουν σε άλλα ευρωπαϊκά κράτη, δεν

γίνεται κάποια αρχική ψυχιατρική-ψυχολογική εκτίμηση των υπόδικων για σοβαρά εγκλήματα και των κατάδικων σε ποινές μακροχρόνιας φυλάκισης. Αναμειγνύονται συχνά κρατούμενοι με ή χωρίς διαταραχές προσωπικότητας, χρήστες ή μη χρήστες ουσιών. Καθώς στην Ελλάδα υπάρχουν ελάχιστοι εργαζόμενοι ψυχικής υγείας εξειδικευμένοι στη Σωφρονιστική Ψυχολογία και Ψυχιατρική, δεν υπάρχουν προγράμματα ή εξειδικευμένες δραστηριότητες αυτού του είδους. Αξίζει να επισημανθεί, ότι στη χώρα μας έχει ελάχιστη ανάπτυξη ο θεσμός της εναλλακτικής έκτισης ποινών που έχει φανεύει αποδοτικός για ορισμένες κατηγορίες παραβατών.

Οι σοβαρότερα ψυχικά ασθενείς κρατούμενοι καθώς και αυτοί που έχουν συμπτώματα εξάρτησης νοσηλεύονται στο Ψυχιατρείο των Φυλακών Κορυδαλλού. Είναι καταφανής η ακαταλληλότητα της ανωτέρω συνύπαρξης. Οι εγκαταστάσεις και το υπάρχον προσωπικό του ψυχιατρικού τμήματος δεν επαρκούν για τις ανάγκες ενός σύγχρονου κέντρου νοσοκομειακής νοσηλείας. Δεν υπάρχουν συστηματικά προγράμματα εξειδικευμένης ψυχολογικής και ψυχοθεραπευτικής βοήθειας σε ασθενείς παραβάτες. Ανάλογα ισχύουν και όσον αφορά τη σωφρονιστική μεταχείριση ανηλίκων παραβατών με ψυχικές διαταραχές.

Η χρησιμοποίηση ψυχολόγου ή ψυχιάτρου πραγματογνώμονα σε ποινικές ή αστικές δίκες είναι, σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, σχετικά συνήθης στην Ελλάδα. Αυτό οφείλεται στο ότι η ελληνική κοινωνία δεν είναι επαρκώς ενήμερη και αποφεύγει να συζητήσει δημόσια για τις ψυχολογικές ή τις ψυχιατρικές διαστάσεις κοινών προβλημάτων, που μπορεί, για παράδειγμα, να απασχολούν την οικογενειακή ζωή, τις διαπροσωπικές σχέσεις, το δίκαιο αποζημίωσης. Η ελλιπής εκπαίδευση νομικών, ψυχιάτρων, ψυχολόγων, σε ζητήματα Δικαστικής Ψυχολογίας και Ψυχιατρικής που μπορεί παραδείγματος χάριν να συνδέονται με τις συνέπειες της κακοποίησης ασθενέστερων πληθυσμιακών ομάδων, όπως ανηλίκων, ηλικιωμένων, τη ρατσιστική ή τη σεξιστική συμπεριφορά, την επιμέλεια ανηλίκων, την πρόκληση ατυχημάτων, την κατάχρηση εξουσίας από ειδικούς διαφόρων επαγγελμάτων είναι αιτία αδικιών, ταλαιπωρίας, δυστυχίας για πολλούς ανθρώπους γύρω μας.

Στην Ελλάδα η ανάπτυξη θεσμών που σχετίζονται με τη Ψυχιατροδικαστική είναι, σε σύγκριση με άλλες αναπτυγμένες χώρες, μάλλον

περιορισμένη. Το φαινόμενο αυτό πέρα από άλλες ιδεολογικές και κοινωνικές παραμέτρους, οφείλεται και στην ανεπαρκέστατη ανάπτυξη της Δικαστικής Ψυχολογίας και Ψυχιατρικής, ως αυτοτελών επαγγελματικών, επιστημονικών-ερευνητικών κλάδων. Στην Ελλάδα η εκπαίδευση νομικών, ψυχολόγων, ψυχιάτρων στο σχετικό τομέα, είναι συνήθως ανύπαρκτη και μερικές φορές περιορισμένη. Δεν υπάρχει σχετικό Ινστιτούτο ή μεταπτυχιακοί κλάδοι σπουδών. Επιδημιολογική ή πειραματική έρευνα στο επίπεδο του σωφρονιστικού συστήματος ουσιαστικά δε γίνεται, πέραν των άλλων και γιατί οι σχετικές απόπειρες συναντούν γραφειοκρατικά εμπόδια. Τα τρία ζητήματα, Ινστιτούτο Δικαστικής Ψυχιατρικής, διατμηματικές μεταπτυχιακές σπουδές, οργανωμένη έρευνα, αποτελούν άμεσους στόχους.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ

Οι προκλήσεις για την Ψυχιατροδικαστική αφορούν τρία διαφορετικά αλλά αλληλοϋποστηριζόμενα πεδία: Την αναγνώριση του ρόλου της Ψυχιατροδικαστικής, την Εκπαίδευση στην Ψυχιατροδικαστική και στην παροχή υπηρεσιών ικανοποιητικής ποιότητας.

Στα πλαίσια εναρμόνισης των εκπαιδευτικών προγραμμάτων στην Ψυχιατρική με τα Ευρωπαϊκά πρότυπα και τις διεθνείς προδιαγραφές, η Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία, έχει υποβάλλει σχετική πρόταση από πενταετίας και πλέον προς το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ανάλογες προτάσεις δημοσιεύτηκαν μεταγενέστερα από το Ελληνικό Κολλέγιο Ακαδημαϊκής Ψυχιατρικής (Σολδάτος, et al, 2006 · Λύκουρας, et al, 2007). Στην προσπάθεια ανάδειξης του ρόλου της Ψυχιατροδικαστικής στην κλινική πράξη, ιδιαίτερα θα συμβάλλει η προκήρυξη θέσεων στο γνωστικό αυτό αντικείμενο από τις ιατρικές Σχολές. Η αναγνώριση της Ψυχιατροδικαστικής εξειδίκευσης στην Ελλάδα θα συμβάλλει τα μέγιστα στην αντιμετώπιση με αυτοπεποίθηση από τους ψυχιάτρους νομικά και δικαστικά ζητήματα, καθώς και ηθικά δεοντολογικά ζητήματα τα οποία προκύπτουν αρκετά συχνά στην καθημερινή κλινική πράξη.

Πέραν όμως από τους ειδικευόμενους και οι ειδικευμένοι ψυχίατροι ιδίως αυτοί που δεν έχουν ασχοληθεί με πραγματογνωμοσύνες, πρέπει να εξοικειωθούν με τις βασικές ψυχιατροδικαστικές έννοιες, έτσι ώστε, να είναι σε θέση να ανταποκριθούν ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της επαγγελματικής τους ζωής και να μην αποφεύγουν ψυχιατροδικαστικές υποχρεώσεις. Η άρνηση έμπειρων ψυχιάτρων λόγω φόβου και ανασφάλειας για το τι τους ζητείται, αφήνει το πεδίο ανοικτό σε άλλους, με λιγότερες γνώσεις για το συγκεκριμένο ασθενή. Αυτό οδηγεί σε χαμηλότερου επιπέδου πληροφορίες προς το δικαστήριο και υποβάθμιση της Ψυχιατρικής στα μάτια των νομικών και δικαστικών λειτουργών.

Η Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία (ΕΨΕ) περιλαμβάνει πλέον στα συνέδρια της, τη θεματική ενότητα «Ψυχιατροδικαστική», όπως άλλωστε συμβαίνει σε όλα τα διεθνή ψυχιατρικά συνέδρια. Ο Κλάδος Ψυχιατροδικαστικής της ΕΨΕ ιδρύθηκε το 2005 και έχει επίσης ανάλογες εκπαιδευτικές δραστηριότητες, για παράδειγμα συνδιοργάνωση συμποσίων

με τον Κλάδο της Βιολογικής Ψυχιατρικής της ΕΨΕ. Στις 4 Οκτωβρίου 2008, στο Ξενοδοχείο “Athens Imperial”, ο κλάδος Ψυχιατροδικαστικής της ΕΨΕ οργάνωσε επιστημονική ημερίδα με θέμα «Σύνταξη Ψυχιατρικής Πραγματογνωμοσύνης». Η ημερίδα αυτή εντάσσεται στην συνολική προσπάθεια του κλάδου για την ευαισθητοποίηση, ενημέρωση αλλά και στην εξοικείωση των ψυχιάτρων και γενικά των επαγγελματιών ψυχικής υγείας πάνω σε θέματα ψυχιατροδικαστικού ενδιαφέροντος. Ιδιαίτερα ενδιαφέρον σημείο της ημερίδας ήταν η βιωματική αναπαράσταση της εξέτασης μιας «συλληφθέντος, για δολοφονία, γυναίκας», με το ερώτημα της ύπαρξης ακαταλόγιστου ή όχι. Οι «πραγματογνώμονες-ψυχίατροι» έπρεπε να εξετάσουν την «κατηγορουμένη», να συντάξουν ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη και να την υποστηρίξουν ενώπιον του «δικαστηρίου».

Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των ψυχιάτρων που έχει θεσμοποιηθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση, είναι δυνατόν να δώσει ευκαιρίες επιμόρφωσης, ευαισθητοποίησης και εξοικείωσης με τα θέματα που άπτονται της Ψυχιατροδικαστικής. Σεμινάρια και εκπαιδευτικές ημερίδες κατά πρώτο λόγο φαίνεται να είναι οι πλέον αποδεκτοί τρόποι συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για τους ψυχιάτρους.

Πέρα όμως από τους ψυχιάτρους χρειάζεται και εκπαίδευση των νομικών (δικαστικών λειτουργών και δικηγόρων) ώστε να κατανοούν κριτικά και ουσιαστικά το περιεχόμενο των πραγματογνωμοσυνών που κατατίθενται και να μην απαξιώνουν τις ψυχιατρικές καταθέσεις, αλλά να έχουν τις γνώσεις που με την εφαρμογή της λογικής θα τους βοηθήσει να αντιλαμβάνονται τις αντιφάσεις που τυχόν περιέχουν. Σε αυτό το πλαίσιο κινούνται οι προσπάθειες του Κλάδου Ψυχιατροδικαστικής της ΕΨΕ για τη διοργάνωση σεμιναρίων, στα οποία θα συμμετέχουν και πανεπιστημιακοί της Νομικής, στους κατά τόπους Δικηγορικούς Συλλόγους. Η συνεισφορά διεπιστημονικών εκδηλώσεων νομικών και ψυχιάτρων στην επικοινωνία των δύο αυτών επιστημών είναι προφανής.

Σε αυτό το πλαίσιο κινήθηκε το επιδοτούμενο εκπαιδευτικό πρόγραμμα Ψυχιατροδικαστικής (Δικαστικής Ψυχιατρικής), που έγινε τον Σεπτέμβριο και Οκτώβριο 2009, στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (ΨΝΑ) στο πλαίσιο του Ε.Π Υγεία – Πρόνοια 2000-2006, Άξ. Προτερ. 2: Ψυχική Υγεία – Μέτρο 2.4 με θέμα: «Θέματα Ψυχιατροδικαστικής και Ψυχιατροδικαστική

Πραγματογνωμοσύνη». Η διοργάνωση του προγράμματος έγινε από το Ψ.Ν.Α., με επιστημονικά υπεύθυνους του προγράμματος, τον Διευθυντή Ψυχίατρο κύριο Τσιτουρίδη Σάββα και τον Επιμελητή Α' Ψυχίατρο κύριο Τσόπελα Χρίστο, ιατρούς του ΨΝΑ, και σε συνεργασία με τον κλάδο Ψυχιατροδικαστικής της ΕΨΕ. Ως εκπαιδευτές στο πρόγραμμα συμμετείχαν καθηγητές Νομικής, Δικαστές, Εισαγγελείς, Καθηγητές Ψυχιατρικής και Ψυχιατροδικαστικής, Διευθυντές Ψυχίατροι και επαγγελματίες Ψυχικής υγείας με εμπειρία και ιδιαίτερο ενδιαφέρον για αυτά τα θέματα. Το πρόγραμμα απευθυνόταν σε ιατρούς, τόσο ειδικευμένους όσο και ειδικευόμενους στην Ψυχιατρική ή Παιδοψυχιατρική, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές με ειδίκευση στην ψυχιατρική και Δικαστικούς λειτουργούς με προϋπηρεσία έως πέντε χρόνων. Η συνολική διάρκεια του προγράμματος, ήταν 120 ώρες εκτός ωραρίου εργασίας, θεωρία 60 ώρες και πρακτική άσκηση 60 ώρες. Δημιουργήθηκαν δύο ομάδες καταρτιζομένων αποτελούμενες από 27 άτομα η κάθε μία. Η υποφαινόμενη, είχε την τύχη να συμμετάσχει ως εκπαιδευόμενη σε αυτό το διεπιστημονικό και πρωτοποριακό για τα ελληνικά δεδομένα πρόγραμμα, που επεδίωξε να φέρει κοντά επαγγελματίες του χώρου ψυχικής υγείας και του δικαστικού χώρου, ώστε να αποκτήσουν κοινή γλώσσα συνεννόησης, σε θέματα που άπτονται της ψυχιατροδικαστικής. Οπωσδήποτε και στο μέλλον πρέπει να συνεχιστούν προσπάθειες όπως αυτή.

Οι νόμοι για την αναγκαστική νοσηλεία καθώς και για την κράτηση επικίνδυνων παραβατών με ψυχικές διαταραχές χρήζουν συνεχούς ανανέωσης. Αυτό πρέπει να γίνεται σε συμφωνία νομικών και ψυχιάτρων, συμφωνία η οποία θα στηρίζεται στα νεώτερα επιστημονικά δεδομένα, αλλά και την φροντίδα για τα ατομικά δικαιώματα και τις ελευθερίες των ψυχικά πασχόντων.

Ο εγκληματίας με ψυχική διαταραχή βρίσκεται πολύ συχνά αντιμέτωπος με τον λεγόμενο «διπλό στιγματισμό», αυτόν του εγκληματία και αυτόν του ψυχικά πάσχοντα. Ο άνθρωπος αυτός είναι κατά συνέπεια ανεπιθύμητος στο ψυχιατρικό τμήμα γιατί δημιουργεί προβλήματα, είναι δε επικίνδυνος και ανεπιθύμητος στο σωφρονιστικό κατάστημα εφόσον χρειάζεται αυξημένη φροντίδα και επιτήρηση. Για την επίλυση αυτής της δυσκολίας έχουν δοκιμασθεί λύσεις και από τις δύο πλευρές, (Meltzer, Brian,

Brugha, et al, 2004), όπως «ειδικές φυλακές» και ειδικά ψυχιατρικά τμήματα «υψίστης ασφαλείας» για τη νοσηλεία των παραβατών με ψυχιατρική διαταραχή. Η πορεία από την κράτηση στην ελευθερία είναι επίσης υποστηριζόμενη και ελεγχόμενη στα αναπτυγμένα κράτη. Στη χώρα μας, η φροντίδα των ατόμων αυτών, είναι ιδιαίτερα χαμηλής προτεραιότητας. Αυτό είναι απαραίτητο να αλλάξει, καθώς οι συνθήκες κράτησης και ο τρόπος που αντιμετωπίζονται οι κρατούμενοι με ψυχική διαταραχή, είναι απάνθρωπος και δεν ταιριάζει σε πολιτισμένη χώρα. Η κατάσταση αυτή είναι αιτία αύξησης της συχνότητας των αυτοκτονιών και επιβάρυνσης της ψυχιατρικής νοσηρότητας, εκθέτει δε τη χώρα μας διεθνώς. Η ανάπτυξη πλήρων ψυχιατροδικαστικών δομών, αποτελεί πολύ μακρινό στόχο και προϋποθέτει αλλαγή προτεραιοτήτων της Πολιτείας. Στην παρούσα φάση, είναι απαραίτητο, τουλάχιστον ένα εξωτερικό ιατρείο που να απευθύνεται στα άτομα αυτά με ψυχική διαταραχή που αποφυλακίζονται και ως στόχος είναι ρεαλιστικός και υλοποιήσιμος.

Η ανάπτυξη της Ψυχιατροδικαστικής μέσα από την εκπαίδευση και την παροχή καλύτερης ποιότητας ψυχιατρικών υπηρεσιών θα συνεισφέρει επίσης στην ανάπτυξη της έρευνας στο σημαντικό αυτό πεδίο της Ψυχιατρικής.

Ο διορισμός εμπειρογνομόνων με διαφορετικά προσόντα, επαγγελματική κατάρτιση, εμπειρία και συγκεκριμένες δεξιότητες μπορεί να επηρεάσει την έκβαση της Ψυχιατροδικαστικής αξιολόγησης. Στις αξιολογήσεις θα μπορούσαν να έχουν ενεργό συμμετοχή και να βοηθούν ουσιαστικά με τις γνώσεις τους, για παράδειγμα, προσοντούχοι εγκληματολόγοι με μεταπτυχιακές σπουδές ή εξειδικευμένοι δικαστικοί ψυχολόγοι. Ο τρόπος με τον οποίο ο εμπειρογνώμονας διορίζεται και τα κριτήρια επιλογής του διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο. Οι Ψυχιατροδικαστές διαδραματίζουν επίσης έναν κεντρικό ρόλο στις διαδικασίες επαναξιολόγησης και αποασυλοποίησης των ψυχικά διαταραγμένων παραβατών, αναπτύσσοντας κοινά και αξιόπιστα κριτήρια αξιολόγησης ανάμεσα σε επαγγελματίες που δουλεύουν σε υπηρεσίες ασχολούμενες με ψυχικά ασθενείς παραβάτες.

Είναι αναγκαία λοιπόν η περαιτέρω ανάπτυξη της Ψυχιατροδικαστικής στην Ελλάδα, αλλά και όλων των κλάδων που μπορούν να την πλαισιώσουν, έτσι ώστε να ενισχύσει το αίσθημα ασφάλειας των ίδιων των ψυχιάτρων

(δεδομένου ότι η γνώση είναι δύναμη), αλλά και οι ψυχίατροι να μπορούν κάθε φορά με την αρωγή και των άλλων καταρτισμένων επιστημόνων (εγκληματολόγων, δικαστικών ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, δικαστικών λειτουργών, νοσηλευτών), να οδηγούνται σωστά στην επίλυση προβλημάτων ασθενών με ψυχιατροδικαστικές συνιστώσες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αλεβιζόπουλος, Γ. (1998). *Δικαστική Ψυχιατρική*. Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνος.

Αλεβίζος, Β. (2008). Ο ρόλος του ψυχιάτρου στο Δικαστήριο, στο: Α. Δουζένης – Λ. Λύκουρας: *Ψυχιατροδικαστική*, Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Αλεξιάδης, Σ. (1971). *Οι διανοητικώς καθυστερημένοι εγκληματίαι*. Θεσσαλονίκη.

Αλεξιάδης, Σ. (1985). *Η επικινδυνότητα του εγκληματία*. Θεσσαλονίκη.

Ανδρουλάκης, Ν. (1970-1978). *Ποινικόν Δίκαιον, Γενικόν Μέρος (Πανεπιστημιακαί Παραδόσεις)*, Τεύχη Α-Η', Αθήναι.

Ανδρουλάκης, Ν. (1973). Ο ψυχίατρος – πραγματογνώμων εν τη ποινική δίκη, *Ποινικά Χρονικά* ΚΓ', 321.

Ανδρουλάκης, Ν. (1973). Θεμελιώδεις έννοιαι της ποινικής δίκης.

Ανδρουλάκης, Ν. (1979). *Ποινικόν Δίκαιον Α', Τα θεμέλια*, Σάκκουλας: Αθήνα-Κομοτηνή.

Ανδρουλάκης, Ν. (1994). Θεμελιώδεις έννοιες της ποινικής δίκης.

Βλάχου, Β. (2008). *Η εξέλιξη των εγκληματολογικών θεωριών για τη βία και την επιθετικότητα*. Νομική Βιβλιοθήκη.

Βούρδας, Α. (2008). Παραβατικότητα – εγκληματικότητα και νοητική υστέρηση, στο, Α. Δουζένης – Λ. Λύκουρας: *Ψυχιατροδικαστική*, Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Γαρδίκας, Κ. (1966). *Εγκληματολογία*, Αθήνα: Τζέκα.

Γαρδίκας, Κ. (1968). Η πρόγνωση της εν τω μέλλοντι κοινωνικής αγωγής του εγκληματήσαντος, *Ποιν. Χρ.* 129-148.

Γαρδίκας, Κ. (1970). *Η εξέταση της προσωπικότητας του εγκληματίου και η πρόγνωση της μελλούσης διαγωγής αυτού*, Αθήναι.

Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., Hart, S.D. (2009). *HCR-20 Εκτίμηση επικινδυνότητας για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς*.

Μετάφραση –Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Χρήστος Τσόπελας, Σοφία Μαρτινάκη, Αγγελική Λαμπράκη. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

Δημόπουλος, Χ. (1988). *Η προεγκληματική επικινδυνότητα και τα μέτρα για την αντιμετώπιση της*. Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας.

Διακογιάννης, Γ.Α. (2008). Εξάρτηση σε Ψυχοδραστικές ουσίες και έγκλημα – παραβατικότητα, στο, Α. Δουζένης – Λ. Λύκουρας: *Ψυχιατροδικαστική*, Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Δουζένης, Α. (2006). *Ψυχιατροδικαστική*, στο Σολδάτος, Κ., Λύκουρας, Λ. *Σύγγραμμα Ψυχιατρικής*. Αθήνα: Βήτα.

Δουζένης, Α. (2008). Ψυχιατρική Πραγματογνωμοσύνη, στο: Α. Δουζένης – Λ. Λύκουρας: *Ψυχιατροδικαστική*, Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Δουζένης, Α., & Λύκουρας, Λ. (2008). Μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας, στο: Α. Δουζένης – Λ. Λύκουρας: *Ψυχιατροδικαστική*, Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Ζαγκαρόλας, Ι. (1940). *Η επικινδυνότητα και τα ασφαλιστικά μέτρα εν τω ποινικώ δικαίω (δογματική και συγκριτική έρευνα)* Αθήναι.

Κακκαλής, Π. (1990-1992). Η αντιμετώπιση της ικανότητας προς καταλογισμό από τα ελληνικά δικαστήρια, *Ελληνική Επιθεώρηση Εγκληματολογίας* (5-10), σ. 272.

Καρανίκας, Δ. (1960). *Εγχειρίδιον Ποινικού Δικαίου*. Τομ. Α', Θεσσαλονίκη-Αθήναι.

Κατσαντώνης, Α. (1972α). *Ποινικόν Δίκαιον, Γενικόν Μέρος*, Τόμος Πρώτος, Ι.

Κατσαντώνης, Α. (1972β). Η ικανότης προς καταλογισμόν ψυχοπαθητικών ή ψυχικώς ανωμάλων εγκληματιών, *Ποινικά Χρονικά*, 97.

Κοτσαλής, Λ. (1983). Ζητήματα της ελαττωμένης ικανότητας για καταλογισμό, *Ποινικά Χρονικά* ΛΓ', 675.

Κοτσαλής, Λ. (1988). Γνώση και άγνοια του αδίκου, *Ποινικά*, 20, σ. 215.

Κοτσαλής, Λ. (1990). Η ελαττωμένη ικανότητα για καταλογισμό, *Ποινικά*, 32.

Κοτσαλής, Λ. (1996). *Εισαγωγή στη Δικαστική Ψυχιατρική. Βασικά στοιχεία*. Δεύτερη έκδοση. Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή.

Κοτσαλής, Λ. (2002). *Εισαγωγή στη Δικαστική Ψυχιατρική. Βασικά στοιχεία*. Τρίτη έκδοση. Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή.

Λειβαδίτης, Μ. (2008). Ψυχιατρική και καταλογισμός, στο: Α. Δουζένης – Λ. Λύκουρας: *Ψυχιατροδικαστική*, Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Λύκουρας, Ε., Γουρνέλλης, Π., Ζέρβας, Α., Δουζένης, Α., Πολίτης, Α., Λειβαδίτης, Μ., Παπαδημητρίου, Γ., Αγγελόπουλος, Ν., Μαυρέας, Β., Μπεράτη, Σ., Καπρίνης, Γ., Σολδάτος, Κ. (2007). Πρόταση για την ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων Διασυνδετικής Ψυχιατρικής, Ψυχογηριατρικής και Ψυχιατροδικαστικής ως εξειδικεύσεων της Ψυχιατρικής. Κείμενο συμφωνίας των μελών του Ελληνικού Κολλεγίου Ακαδημαϊκής Ψυχιατρικής. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. (υπό έκδοση).

Μαγκάκης, Α. (1962). *Ο καταλογισμός εις το Ποινικόν Δίκαιον*, Αθήναι.

Μαγκάκης, Α. (1982). *Ποινικό Δίκαιο*, Διάγραμμα Γενικού Μέρους.

Μαργαρίτης, Μ. (2008). Η πλευρά του δικαστή, στο: Α. Δουζένης – Λ. Λύκουρας: *Ψυχιατροδικαστική*, Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Μανωλεδάκης, Ι. (1985). *Ποινικό Δίκαιο. Επιτομή Γενικού Μέρους*.

Μαραγκοπούλου-Γιωτοπούλου, Α. (1967). Η έρευνα της προσωπικότητας του εγκληματία, *Ποινικά Χρονικά* ΙΖ', σ. 129.

Μαραγκοπούλου-Γιωτοπούλου, Α. (1990-1992). Καταλογισμός - Ποινικές, ψυχιατρικές και εγκληματολογικές απόψεις, *Ελληνική Επιθεώρηση Εγκληματολογίας*, (5-10), σ. 281.

Μπάκας, Χ. (1990). Η δικονομική λειτουργία της πραγματογνωμοσύνης στην ποινική δίκη, *Ποινικά*, 31.

Μπουρόπουλος, Α. (1959). *Ερμηνεία του Π.Κ.*

Νασιάκου, Μ. (1982). *Η Ψυχολογία σήμερα, 2. Κλινική Ψυχολογία*, Αθήνα: Παπαζήσης.

Πανούσης, Γ. (1978). *Η επικινδυνότητα*, ΝοΒ Ιούλιος.

Παπαδάτος, Π. (1966). Η έρευνα της προσωπικότητας του εγκληματίου εν τη παρ' ημίν νομοθεσία και πράξη, *Ποινικά Χρονικά* ΙΣΤ', σ. 257.

Sadock, B., & Sadock, V. (2007). *Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

Σολδάτος, Κ., Μαυρέας, Β., Καπρίνης, Γ., Μπεράτη, Σ., Αγγελόπουλος, Ν., Λειβαδίτης, Μ., Σκαπινάκης, Π., Ζέρβας, Ι., Λύκουρας, Ε. (2006). Διαπανεπιστημιακή εναρμόνιση προπτυχιακής και μεταπτυχιακής

εκπαίδευσης στην Ψυχιατρική. Κείμενο συμφωνίας των μελών του Ελληνικού Κολλεγίου Ακαδημαϊκής Ψυχιατρικής. *Αρχεία Ελληνικής Ψυχιατρικής*, 23(4):379-392.

Σπινέλλης, Δ. (1984). *Εισαγωγή στις Ποινικές και Εγκληματολογικές επιστήμες. Α' Βασικές έννοιες των νομικών ποινικών και εγκληματολογικών επιστημών*. Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας.

Σταθέας, Γ. (1981). *Η πραγματογνωμοσύνη εις την ποινικὴν δίκην*.

Σταθόπουλος, Κ. (1983). Η διατάραξη των πνευματικών λειτουργιών ή της συνειδήσεως και η ελαττωμένη ικανότητα για καταλογισμό από τη σκοπιά της δικαστηριακής πρακτικής, *Ποινικά Χρονικά* ΛΓ', σ. 668.

Στριγγάρης, Μ. (1947). *Ψυχιατροδικαστική. Ψυχοβιολογική και ψυχοπαθολογική Εγκληματολογία*.

Στριγγάρης, Μ. (1949). *Ψυχιατροδικαστική*. Αθήνα: Κουλτούρα.

Τζεφεράκος, Γ. (2009). Διατάραξη των πνευματικών λειτουργιών ή της συνείδησης και ελαττωμένη ικανότητα για καταλογισμό. *Ψυχιατροδικαστική* (1), 3-5.

Τζωρτζόπουλος, Χ. (1936). *Εγχειρίδιον του ουσιαστικού Ποινικού Δικαίου*.

Τσαλίκoglου-Κωστοπούλου, Φ. (1984). *Σχιζοφρένεια και Φόνος*. Αθήνα: Παπαζήσης.

Τσόπελας, Χ. (2008α). Νευρωσικές διαταραχές και έγκλημα/ παραβατικότητα, στο Α. Δουζένης – Λ. Λύκουρας: *Ψυχιατροδικαστική*, Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Τσόπελας, Χ. (2008β). Δομές και εξέλιξη της Ψυχιατροδικαστικής στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ, στο Α. Δουζένης – Λ. Λύκουρας: *Ψυχιατροδικαστική*, Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Ferri, E. (1925). *Κοινωνιολογία του εγκλήματος*. Μετ. Β. Δουρδούμα. Αθήνα: Ζαχαρίου.

Foerster, K. (1990-1992). Η συμβολή του ψυχιάτρου-πραγματογνώμονα στην κρίση για την ικανότητα για καταλογισμό, *Ελληνική Επιθεώρηση Εγκληματολογίας*, (5-10), σ. 263.

Φωτάκης, Ν. (1978). *Θέματα Δικαστικής Ψυχολογίας και Δικαστικής Ψυχιατρικής. Ο καταλογισμός*, 1α και 1β.

Φωτάκης, Ν. (1983). *Ψυχιατρική-Ψυχολογική πραγματογνωμοσύνη*, Αθήνα: Σάκκουλας.

Χαϊδου, Α. (1996). *Θετικιστική Εγκληματολογία. Αιτιολογικές προσεγγίσεις του εγκληματικού φαινομένου*, Αθήνα: Νομική βιβλιοθήκη.

Χαραλαμπάκης, Α. (1988). *Η έμμεση αυτοουργία*.

2. ΞΕΝΗ

Adler, A (1947). *Menschenkenntnis*, (6. Aufl.), Wien.

Alevisopoulos, G. (1996). *The nature of impulsive aggression: Focus on the involvement of serotonergic activity*. Lecture. Institute of Psychiatry, London, 26.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders, 4th Edition, Text Revision*. Washington DC, American Psychiatric Association.

Ashley, M.C. (1922). Outcome of 1000 cases paroled from the Middletown State Homeopathic Hospital State. *Hospital Quarterly*, 8: 64-70.

Ball, J.C., Rosen, L., Flueck, J.A., & Nurco, D.N. (1981). The criminality of heroin addicts when addicted and when off opiates. In *The drug-crime connection*. Inciardi, J.A. (ed). Sage, Beverly Hills, Cal.

Ball, J.C., Shaffer, J.W., & Nurco, D.N. (1983). The day-to-day criminality of heroin addicts in the United States. *Drug Alcohol Dependence*, 12: 119-142.

Bandura, A. (1973a). *Aggression: a social learning analysis*, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall Inc.

Bandura, A. (1973b). Social learning theory of Aggression, in Knutson, J.F. (ed), *The Control of Aggression*, Chicago, Aldine Publ. Co, 201-250.

Baumann, J., Weber, U. (1985). *Strafrecht*, AT.

Beck, J.C. (ed). (1985). *The potentially violent patient and the Tarasoff decision in psychiatric practice*. American Psychiatric Press, Washington, DC.

Beigel, A., & Murphy, D.S. (1971). Assessing clinical characteristics of the manic state. *Am J Psychiatry*, 128: 688-694.

Berkowitz, L.(1973). Aggression: a social psychological analysis, in Caldwell, B.M., Ricciuti, H.N. (eds), *Review of child development research*, University of Chicago Press, vol. 3, 95-140.

Bluglass, R. (1995). Writing reports and giving evidence. In *Seminars in Practical Forensic Psychiatry*. Chiswick D and Core R (eds), Gaskell, London, pp 134-163.

Bluglass, R. & Bowden, P. (1990). *Principles and practice of forensic Psychiatry*. Longman Group UK Limited.

Bouzat, P., & Pinatel, J. (1975). *Traité de droit penal et de criminology*, tom III (Criminologie par J. Pinatel) IIIème ed. Daloz.

Braude, S. (2003). *Counting Persons and Living With Alters: Comments on Mathews Philosophy, Psychiatry & Psychology* Vol. 10, No. 2: 153-156/June.

Brooke, D., Taylor, C., Gunn, J., Maden, A. (1996). *Point prevalence of mental disorder in unconvicted male prisoners in England and Wales* BM, 313: 1524-1527.

Bushman, B.J., & Cooper, H.M. (1990). Effects of alcohol on human aggression: An interactive research review. *Psychol Bull*, 107: 341-354.

Cale, E. M., & Lilienfeld, S.O. (2002). Histrionic personality disorder and antisocial personality disorder: sex-differentiated manifestations of psychopathy? *Journal of Personality Disorders*, 16: 52-72.

Carlson, G.A., & Goodwin, F.K. (1973). The stages of mania: A longitudinal analysis of the manic episode. *Arch Gen Psychiatry*, 28: 221-228.

Cleckley, H.N. (1976). *The mask of sanity*. 5th edition. Mosby, St Louis MO.

Cloninger, C.R., Reich, T., Guze, S.B. (1975). The multifactorial model of disease transmission, III: familial relationship between sociopathy and hysteria (Briquet's syndrome). *Br J Psychiatry*, 127: 23-32.

Cohen, L.H., & Freeman, H. (1945). How dangerous to the community are state hospital patients? *Connecticut State Med J*, 9: 697-699.

Cohen, S. (1985) *Aggression: The role of drugs*. In *The substance abuse problems, Vol 2*, The Haworth Press, New York.

Coid, j. (1983). The epidemiology of abnormal homicide and murder followed by suicide. *Psychol Med*, 13: 855-860.

Coid, j. (1988). Mentally abnormal prisoners on remand: I- rejected or accepted by the NHS? *BMJ*, 296: 1779-1782.

Collins, J.J., & Schlenger, W.E. (1988). Acute and chronic effects of alcohol use on violence. *J Stud Alcohol*, 49: 516-521.

Collins, J.J., Hubbard, R.L., & Rachal, J.V. (1985). Expensive drug use and illegal income: A test of explanatory hypotheses. *Criminology*, 23: 743-764.

Cupchick, W., & Acherson, J.D. (1983). Shoplifting: An occasional crime of the moral majority. *Bull Am Acad Law*, 11: 343-354.

De Asua, J. (1923). *La pericolosità*, Torino.

Deely, P.Q. (2003). *Social, Cognitive, and Neural Constraints on Subjectivity and Agency: Implications for Dissociative Identity Disorder Philosophy, Psychiatry & Psychology/Vol.10, NO.2:161-167/June*.

Dollard, J., Doob, L.W., Miller, N.E., Mowrer, O. H., Sears, R. R.(1939). *Frustration and Aggression*, Yale University Press, New Haven.

Dressing, H., & Salize, H.J. (2006). Forensic Psychiatric assessment in European Union member states. *Acta Psychiatr Scand*: 114: 282-289.

Eysenck, H.J., & Gudjonssen, G.H. (1989). *The causes and cures of criminality*. London: Plenum Press.

Feuerbach, A. (1799-1800). *Revision der Grundsätze und grundbegriffe des positiven peinlichen rechts*, 2. Teil.

Fishbein, D.H. (1990). Biological perspectives in criminology. *Criminology*, 28: 27-72.

Franklin, R.D., Allison, D.B., & Sutton, T. (1992). Alcohol, substance abuse, and violence among North Carolina prison admissions, *J Offend Rehab*, 17: 101-111.

Freud, S. (1950). Why war? In Strachey J., (ed), *Collected Papers*, Vol. V, London: The Hogarth Press.

Freud, S. (1963). *Massenpsychologie und Ich-Analyse*, 4. Aufl., Gesammelte Werke: 13. Band, Frankfurt.

Freud, S. (1966). *Abriß der Psychoanalyse*, 4. Aufl., Gesammelte Werke: 17. Band, Frankfurt.

Gandossy, R.P., Williams, J.R., Cohen, J., & Harwood, H.J. (1980). *Drugs and crime: A survey and analysis of the literature*. U.S. Government Printing Office, Washington, DC.

Gerbner, P., Gross, L., Morgan, M., Signorelli, N. (1981). Health and medicine on television. *N Eng J Med*, 305: 901-904.

Gibbens, T.C.N., Palmer, C., & Prince, J. (1971). Mental health aspects of shoplifting. *BMJ*, ii: 612-615.

Gil, D.G. (1996). Preventing violence in a structurally violent society: Mission impossible. *Am J Orthopsychiatry*, 66: 77-84.

Goldstein, P.J. (1985). The drugs/violence nexus: A tripartite conceptual framework. *J Drug Issues*, 15: 493-506.

Goldstein, P.J. (1989). Drugs and violent crime. In *Pathways to criminal violence*. Weiner, N.A., and Wolfgang M.E. (eds), SAGE pubs, London, pp.17-48.

Golub, A., & Johnson, B.D. (1994). A recent decline in cocaine use among youthful arrestees in Manhattan, 1987 through 1993. *Am J Public Health*, 84: 1250-1254.

Gudjonsson, G.H. (1990). Psychological and psychiatric aspects of shoplifting. *Med Sci Law*, 30: 45-51.

Gudjonsson, G.H., Clare, A.W., Rutter, M., & Pearce, I. (1993). *Persons at risk during interviews in police custody: The identification of vulnerabilities*. Royal Commission on Criminal Justice.

Gulevich, G.D., & Bourne, P.G. (1970). Mental illness and violence. In *Violence and the struggle for existence*. Daniels, D.N., Gilula, M.F., & Ochberg, F.M. (eds), Boston, Little & Brown, pp. 309-326.

Gunn, J. (1977). *Epileptics in Prisons*. London: Academic Press.

Gunn, J. (1993). *Dangerousness*. In *Forensic Psychiatry. Clinical, legal and ethical issues*. Gunn, J., & Taylor, P.J. (eds), Butterworth-Heinemann Ltd., Oxford, pp. 624-645.

Gunn, J. (1993). Editorial: What's in a name: A psychopath smells just as sweetly. *CBMH*, 3: iii-vii.

Gunn, J. (1996). Comparative forensic psychiatry, USA vs UK. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 6, 45-48.

Gunn, J., & Nedopil, N. (2005). *European training in forensic Psychiatry* *Criminal Behaviour and Mental Health* 15(4): 207-213.

Gunn, J., Maden, A., & Swinton, M. (1991). Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. *BMJ*, 303: 338-341.

Gutheil, T.G. (1995). Legal issues in psychiatry. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Kaplan H and Sadock B (eds), Williams and Wilkins, pp2747-2767.

Harding, C.M., & Ashikaga, T. (1982). *Utilization of community mental health clinics, the state hospital and social support networks by the Vermont Study Cohort – twenty years after deinstitutionalization*, Vermont Department Of Mental Health , Montpelier, VT.

Hare, R.D. (1981). A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Pers. And Individual Differences*, 111-119.

Hare, R.D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist – Revised* Toronto Ontario. Multi Health Systems.

Hare, R.D., Harpur, T.J., Hakstian, A.R., Forth, A.E., Hart, S.D. (1990). The Revised Psychopathy Checklist: Reliability and factor structure. *Psychological Assessment*, 338-341.

Harris, G.T., Rice, M.A., & Cormier, C. (1991). Psychopathy and violent recidivism. *Law Hum Behav*, 14: 223-236.

Harris, P. (1993). The nature and extent of aggressive behaviour amongst people with learning difficulties (mental handicap) in a single health district. *J Intellect Disabil Res*, 37: 221-242.

Hastings, D.W. (1958). Follow-up results in psychiatric illness. *Am J Psychiatry*, 144: 1057-1066.

Hawton, K. (1987). Assessment of suicide risk. *Br J Psychiatry*, 150: 145-153.

Hayes, L.M. (1989). National study of jail suicides. *Psychiatr Q*, 60: 7-29.

Heilbrun, K. (2001). *Principles of Forensic Mental Health Assessment*, New York, Kluwer/Plenum.

Heldmann, H. (1956). *Zurechnungsfähigkeit, Zurechnungsunfähigkeit und verminderte Zurechnungsfähigkeit*.

Hodgins, S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency, and crime: Evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 49: 476-483.

Hodgins, S., & Cote, G. (1993). *Major mental disorder and antisocial personality disorder: A criminal combination*, 21: 155-160.

Holland, T., & Murphy, G. (1990). Behavioural and psychiatric disorder in adults with mild learning difficulties. *Int Rev Psychiatry*, 2: 117-136.

Hunt, D.E., Lipton, D.S., & Spunt, D. (1984). Patterns of criminal activity among methadone maintenance clients and current narcotic users not in treatment. *J Drug Issues*, 14: 687-702.

Inciardi, J.A. (1979). Heroin use and street crime. *Crime Delinquency*, 25: 335-346.

Inciardi, J.A. (1986). *The war on drugs: Heroin, cocaine, and public policy*. Mayfield, Palo Alto CA.

Jakobs, G. (1982). Zum Verhältnis von psychischem Factum und Norm bei der Schuld, *KrimGgw Fr.* 15, s.127.

Johnstone, E., Crow, T., Johnson, A., & MacMillan, F. (1986). The Norkwick Park study of first episodes of schizophrenia. 1: Presentation of the illness and problems relating to admission. *Br J Psychiatry*, 149: 51-56.

Jung, C. (1916). *Über die Psychologie des Unbewußten*.

Jung, C. (1931). *Seelenprobleme der Gegenwart*.

Kaiser, G. (1985). *Kriminologie*.

Kang, S.Y., De Leon, G. (1993). Criminal involvement of cocaine users enrolled in a methadone treatment programme. *Addiction*, 88: 395-404.

Kennet, J., & Mathews, S. (2002). *Identity, control and responsibility: the case of Dissociative Identity Disorder Philosophical Psychology*, Vol. 15, NO. 4: 509-526.

Kerns, A., & O' Connor, A. (1988). The mentally handicapped criminal offender. *Br J Psychiatry*, 152: 848-851.

Lagos, J., Perlmutter, K., & Saexinger, H. (1977). Fear of the mentally ill: Empirical support for the common man's response. *Am J. Psychiatry*, 134: 1134-1137.

Layde, J. (2004). *Recent trends in forensic psychiatry training. Current Opinion in Psychiatry*, 17: 411-415.

Lefavi, R., Reeve, T., & Newland, M. (1990). Relationship between anabolic steroid use and selected psychological parameters in male bodybuilders. *J Sport Behav*, 13: 157-166.

Lester, D., & Danto, B.L. (1993). *Suicide behind bars: Prediction and Prevention*. Philadelphia: Charles Press.

Link, B.G., Andrews, H., & Cullen, F.T. (1992). The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *Am Sociol Rev*, 57: 275-292.

Lipsedge, M. (1995). Clinical risk management in psychiatry. In *Clinical risk management*. Vincent, C. (ed.), BMJ Publishing Group, London, pp. 277-293.

MacMillan, J., & Johnson, A. (1987). Contact with the police in early schizophrenia: Its nature, frequency and relevance to the outcome of treatment. *Med Sci Law*, 27: 191-200.

Marzuk, P.M., Tardiff, K., Hirsch, C.S. (1992). The epidemiology of murder suicide. *JAMA*, 267: 3179-3183.

McCormick, R.A., & Smith, M. (1995). Aggression and hostility in substance abusers: The relationship to abuse patterns, coping style, and relapse triggers. *Addict Behav*, 2: 555-562.

McMurran, M. (2001). Offenders with personality disorders. In Hollin C ed. *Handbook of offender assessment and treatment*. Chichester: Wiley.

Megargee, E.L., (1969). *The Psychology of Violence: A Critical Review of Theories of Violence*. U.S. National Commission on the Causes and Prevention of Violence, Task Force III: Individual Acts of Violence, Vol. 13 p. 1037-1115.

Mendelson, E.F. (1992). A survey of practice at a regional forensic service: what do forensic psychiatrists do? 1. Characteristics of cases and distribution of work. *Br J Psychiatr*, 160, 769-772.

Meltzer, D., Brian, T., Brugha, T., et al. (2004). Access to medium secure psychiatry care in England and Wales. A national survey of admission assessments. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 15: 7-32.

Miller, N.S. (1995). *Addiction psychiatry: Current diagnosis and treatment*. Wiley-Liss, Baltimore.

Mitchell, I.J., & Gilchrist, E. (2006). Domestic violence and panic attacks – common neural mechanisms? *Legal and Criminological Psychology*, Vol. 11, Number 2, September, pp. 267-282 (16).

Monahan, J. (1992). Mental disorder and violent behavior. *Am Psychologist*, 47: 511-521.

Montandon, C. (1979). La dangerosité, revue de la littérature aglo-saxonne, *Déviance et Société*, Genève, 3(1).

Mugford, S. (1992). Licit and illicit drug use, health costs and the "crime connection" in Australia: Public views and policy implications. *Contemp Drug Problems*, XIX: 351-385.

Murdoch, D., Pihl, R.O., & Ross, D. (1990). Alcohol and crimes of violence: Present issues. *Int J Addict*, 25: 1065-1081.

Murphy, D. (2006). Homophobia and psychotic crimes of violence. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, March, 17(1): 131-150.

National Institute of Justice. (1989). *Drug forecasting*. Jan-Mar. US Department of Justice, Washington, DC.

Noble, P., & Roger, S. (1989). Violence by psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry*, 155: 384-390.

Nurco, D.N., Hanlon, T.E., Kinlock, T.W., & Duszynski, K.R. (1989). The consistency of types of criminal behavior over preaddiction, addiction, and nonaddiction status periods, *Comp Psychiatry*, 30: 391-402.

Parker, N. (1979). Murderers: A personal series. *Med J Australia*, 1: 36-39.

Parker, R.N. (1995). Bringing "booze" back in: The relationship between alcohol and homicide. *J Res Crime Delinquency*, 32: 3-38.

Pernanen, K. (1981). Theoretical aspects of the relationship between alcohol use and crime. In *Drinking and crime*. Collins, J. J. Jr (ed)., Guilford, New York.

Pihl, R.O., & Peterson, J. (1995). Drugs and aggression: correlations, crime and human manipulative studies and some proposed mechanisms. *J Psychiatr Neurosci*, 20: 141-149.

Pinatel, J. (1952). *Le diagnostic d' état dandereux ou d' adaptation sociale*, Revue de science criminelle.

Pope, H., & Katz, D. (1988). Affective and psychotic symptoms associated with steroid anabolic use. *Am J Psychiatry*, 145: 487-490.

Porter, S., Birt, A.R., Yuille, J.C., et al. (2001). Memory for murder. *Int J Law Psychiatry*, 24, 23-42.

Quinsey, V.L., Rice, M.E., & Harris, G.T. (1995). Actuarial prediction of sexual recidivism. *J Interpers Violence*, 10: 85-105.

Rabkin, J. (1979). Criminal behavior of discharged mental patients. *Psychol Bull*, 86: 1-27.

Rasch, W. (1990). Criminal Responsibility in Europe, in Bluglass, R. & Bowden, P. *Principles and practice of forensic Psychiatry*. Longman Group UK Limited.

Reed, B.J.F., & May, P.A. (1984). Inhalant abuse and juvenile delinquency: A control study in Albuquerque, New Mexico. *Int J Addictions*, 19: 789-803.

Rice, M.E., & Harris, G.T., (1995). Psychopathy, schizophrenia, alcohol abuse, and violent recidivism. *Intern J Law Psychiatry*, 18: 333-342.

Rice, M.E., Harris, G.T., & Quinset, V.L. (1990). A follow-up of rapists assessed in a maximum-security psychiatric facility. *J Interpers Violence*, 5: 435-448.

Robertson, G. (1988). Arrest patterns among mentally disordered offenders. *Br J Psychiatry*, 153: 313-316.

Rofman, E., Askinazi, C., & Fant, E. (1980). The prediction of dangerous behaviour in emergency civil commitment. *Am J Psychiatry*, 137: 1061-1064.

Roy, A., & Linoilla, M. (1988). Suicidal behaviour, impulsiveness and serotonin. *Acta Psychiatr Scand*, 78: 529-535.

Salize, H.J., & Dressing, H. (2005). *Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders – Legislation and practice in EU Member States. Final Report*. Mannheim, Germany: Central Institute of Mental Health.

Salize, H.J., Lepping, P., & Dressing, H. (2005). *How harmonised are we? Forensic Mental Health legislation and service provision in the European Union Criminal Behaviour and Mental Health* 15(3): 143-147.

Sears, R.R., Maccoby, E.E., Levin, H. (1957). *Patterns of child rearing*, Row Paterson.

Serin, R.C. (1996). Violent recidivism in criminal psychopaths. *Law Hum Behav*, 20: 207-217.

Shaffer, J.W., Nurco, D.N., & Kinlock, T.W. (1984). A new classification of narcotic addicts based on type and extent of criminal activity. *Compr Psychiatry*, 25: 315-328.

Shaffer, J.W., Nurco, D.N., Ball, J.C. et al. (1987). The relationship of preaddiction characteristics to the types of amounts of crime committed by narcotic addicts. *Int J Addictions*, 22:153-165.

Simon, R.I. (2005). Clinical-legal issues in Psychiatry. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8th edition. By Sadock V.A. Sadock (eds). Lippincott Williams and Wilkins, pp. 3969-3988.

Simon, R.I. & Gold, L.S. (2004). *Textbook of Forensic Psychiatry*. American Psychiatric Publishing. Washington DC.

Snyder, H.N., & Sickmund, M. (1995). *Juvenile offenders and victims: A focus on violence*. Statistics Summary. National Center for Juvenile Justice, U.S. Department of Justice.

Strauss, R.H., Weight, J.E., Finerman, G.A.M., et al. (1983). Side effects of anabolic steroids in weight trained men. *Physician Sport Med*, 11: 87-96.

Swanson, J.W., Holtzer, C.E., Ganju, V.K., & Jono, R.T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the epidemiologic catchment area surveys. *Hosp Comm Psychiatry*, 41: 761-770.

Swanson, J.W. et al (2006). A National study of Violent Behaviour in Persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 63: 490-499.

Tardiff, K., & Sweillam, A. (1982). Assault, suicide, and mental illness. *Arch Gen Psychiatry*, 139: 212-215.

Taylor, P.J. (1982). Schizophrenia and violence. In *Abnormal offenders, delinquency and the criminal justice system*. Gunn, J., and Farrington, D.P. (eds), John Wiley and Sons, (pubs), Chichester.

Taylor, P.J. & Gunn, J. (1984). Violence and psychosis. I: Risk of violence among psychotic men. *BMJ*, 288: 1945-1949.

Teplin, L. (1984). Criminalizing mental disorder: The comparative arrest rate of the mentally ill. *Am Psychologist*, 39: 794-803.

Vevera, J., Hubbard, A., Vesely, A., Papezova, H. (2005). Violent behavior in schizophrenia. Retrospective study of four independent samples from Prague, 1949 to 2000. *Br J Psychiatry*, 187: 426-30.

Virkkunen, M., Nuutila, A., Goodwin, F.K. et al (1987). CSF monoamine metabolites in male arsonists. *Arch Gen Psychiatry*, 44: 241-247.

Volavka, J., Laska, E., Baker, S., et al (1997). History of violent behaviour and schizophrenia in different cultures: Analyses based on the WHO study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Br J Psychiatry*, 171: 9-14.

Wallace, C., Mullen, P.E., Burgess, P. (2004). Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am J Psychiatry*, 161 (4): 716-27.

Walsh, E., Buchanan, A., Fahy, T. (2002). Violence and schizophrenia: examining the evidence. *The Br J of Psychiatry*, 180 (6): 490-495.

Warren, J.I., Burnette, M., South, S.C., Chauhan, P., Bale, R., Friend, R. (2002). Personality Disorder and Violence Among Female Prison Inmates. *Am Acad Psychiatry Law*, 30: 502-9.

Watson, J. (1986). *Solvent abuse: The adolescent epidemic*. Croom Helm, Beckenham.

Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., Hart, S.D. (1997). *HCR-20 Assessing risk for Violence*. Mental Health Law, Policy Institute, Simon Fraser University, 1:24.

Weizmann-Henelius, G., Viemero, V., & Eronen, M. (2003). The violent female perpetrator and her victim. *Forensic Science International*, 133, 197-203.

Wessely, S. & Taylor, P. (1991). Madness and crime: Criminology versus psychiatry *CBMH*, 1: 193-228.

West, D.J., & Farrington, D.P. (1977). *The delinquent way of life*. London: Heinemann.

Williams, C.W., Lees, Harley, P.R., & Djanogly, S.E. (1999). Clinical scrutiny of litigant's self reports. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30, 361-367.

Winfrey, L.T. (1988). Rethinking American jail death rates. *Policy Stud Rev*, 7: 641-659.

Wish, E.D., & Johnson, B.D. (1986). The impact of substance abuse and criminal careers. In *Criminal careers and career criminals*, Vol. II, Blumstein, A., Cohen, J., Roth, J.A., Visher, C.A (eds). National Academy Press, Washington, DC.

Wolfgang, M.E., & Strohan, R.B. (1956). The relationship between alcohol and criminal homicide. *Quart J Stud Alcohol*, 17: 411-425.

World Health Organization (1990). Task Force on Methods for the Regulation of Male Fertility. Contraceptive efficacy of testosterone-induced azospermia in normal men. *Lancet*, 336: 955-959.

Wulach, J.S. (1983). Mania and crime: a study of 100 manic defendants. *Bulletin of AAPL*, 11: 69-75.

Zitrin, A., Hardesty, A.S., Burdock, E. I., & Drossman, A.K. (1976). Crime and violence among mental patients. *Am J Psychiatry*, 133: 142-149.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Δικαστική Ψυχιατρική ή Ψυχιατροδικαστική, υποδηλώνει την ειδικότητα που ασχολείται με ζητήματα ατόμων με ψυχικά προβλήματα, τα οποία εμπλέκονται στη δικαιοδοσία των αρχών του δικαίου. Στην Ελλάδα ορίζεται ως νομική προϋπόθεση η εξέταση της ψυχικής υγείας στη δίκη ενός υπόπτου που θεωρείται ψυχικά άρρωστος ή διαταραγμένος. Ο κύριος στόχος της ψυχιατροδικαστικής αξιολόγησης είναι να αξιολογηθεί η ψυχολογική κατάσταση ενός ατόμου που κατηγορείται για ένα έγκλημα. Η απάντηση εάν ο συγκεκριμένος δράστης είναι ικανός ή ανίκανος για καταλογισμό παραμένει κυριαρχικά στο δικαστήριο.

Ο ψυχίατρος-πραγματογνώμονας εκφράζεται στο πλαίσιο της ποινικής δίκης ως βοηθός του δικαστή. Η κύρια αποστολή του έγκειται στη συνδρομή του δικαστηρίου για τη λήψη της απόφασης, εάν το συγκεκριμένο άτομο – ως ικανό για καταλογισμό – θα πρέπει να τιμωρηθεί ή όχι και ενδεχομένως σε περίπτωση επιβολής ποινικής κύρωσης, στο ποια θα πρέπει να είναι η προσήκουσα.

Η εργασία ευελπιστεί να καταδείξει την αναγκαιότητα ανάπτυξης κοινής γλώσσας ανάμεσα στους λειτουργούς Ψυχικής Υγείας και στο Δικαστικό Σώμα, ώστε μέσα απ' την ανάπτυξη κοινών κριτηρίων να βοηθήσουν στην ορθότερη αντιμετώπιση των ψυχικά διαταραγμένων παραβατών.

Οι προκλήσεις για την Ψυχιατροδικαστική αφορούν τρία διαφορετικά αλλά αλληλοϋποστηριζόμενα πεδία. Την αναγνώριση του ρόλου της Ψυχιατροδικαστικής, την εκπαίδευση στην Ψυχιατροδικαστική και την παροχή υπηρεσιών ικανοποιητικής ποιότητας. Άμεσους στόχους πρέπει να αποτελούν η δημιουργία Ινστιτούτου Δικαστικής Ψυχιατρικής, οι κατάλληλες διατμηματικές μεταπτυχιακές σπουδές καθώς και η οργανωμένη έρευνα.

Λέξεις-φράσεις κλειδιά: Ψυχιατροδικαστική / Δικαστική Ψυχιατρική, Ψυχιατρική Πραγματογνωμοσύνη, καταλογισμός, Ψυχικά πάσχοντες, ψυχικά διαταραγμένοι παραβάτες.