

ΕΘΝΙΚΟ & ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ



**ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
Β΄ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
Διευθυντής: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Α. ΔΟΥΖΕΝΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ**

**ΠΜΣ «ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ»
ΔΙΕΥΘ. ΣΠΟΥΔΩΝ: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Α. ΔΟΥΖΕΝΗΣ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Ακούσια νοσηλεία ατόμων με ψυχική
ασθένεια: Η εμπλοκή και η στάση της Ελληνικής
Αστυνομίας**

**Μαριάνθη Ζεϊμπέκη
Γιαννούλα Σιούτη**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
Μαρίνα Οικονόμου**

Ψυχίατρος – Αναπλ. Καθηγήτρια
Αιγινήτειο Νοσοκομείο

Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

ΑΘΗΝΑ ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2018

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ακούσια νοσηλεία ατόμων με ψυχική ασθένεια: Η εμπλοκή και η στάση της Ελληνικής Αστυνομίας

Μαριάνθη Ζεϊμπέκη (ΑΜ 20160371)
Γιαννούλα Σιούτη (ΑΜ 20160366)

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

Μαρίνα Οικονόμου: Αναπλ. Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, Α΄Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Μαρίνα Οικονόμου: Αναπλ. Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, Α΄Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

Αθανάσιος Δουζένης: Καθηγητής Ψυχιατρικής, Διευθυντής Β΄ Ψυχιατρικής Κλινικής ΠΓΝ «Αττικόν», Υπεύθυνος του ΠΜΣ στην «Ψυχιατροδικαστική»

Ρωσσέτος Γουρνέλλης: Αναπλ. Καθηγητής Ψυχιατρικής, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική ΠΓΝ «Αττικό»

ΑΘΗΝΑ ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2018

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια των σπουδών για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στην «ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ » που απονέμει η Ιατρική σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Εγκρίθηκε τηναπό την εξεταστική επιτροπή:

Οικονόμου
Μαρίνα

Δουζένης
Αθανάσιος

Γουρνέλλης
Ρωσσέτος

ΒΑΘΜΟΣ:

ΑΡΙΣΤΗ:.....

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ:.....

ΚΑΛΗ:.....

ΑΠΟΔΕΚΤΗ:.....

Περίληψη

Τις τελευταίες δεκαετίες υπάρχουν σημαντικές εξελίξεις στην έρευνα αλλά και στην πρακτική που σχετίζεται με την επαφή των αστυνομικών με άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας αλλά και την διαχείριση αντίστοιχων περιστατικών, κατανοώντας την ανάγκη για καλύτερη προετοιμασία των αστυνομικών και συγκεκριμένες μεθόδους πρακτικής. Στην Ελλάδα, στη βάση του υπάρχοντος νομικού πλαισίου, η πιο συχνή επαφή των αστυνομικών με άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας είναι στο πλαίσιο της προσαγωγής για ακούσια νοσηλεία.

Στην έρευνα συμμετείχαν εκατόν πενήντα αστυνομικοί, οι οποίοι υπηρετούν σε διαφορετικά αστυνομικά τμήματα των Αθηνών και του Πειραιά. Η συμμετοχή των αστυνομικών ήταν εθελοντική, κατόπιν σχετικής άδειας από το Αρχηγείο της Ελληνικής Αστυνομίας, ενώ μοναδικό κριτήριο για την επιλογή του δείγματος ήταν η άσκηση αστυνομικών καθηκόντων που περιελάμβαναν την διαχείριση περιστατικών στα οποία εμπλέκονται άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Στόχος είναι η καλύτερη δυνατή προστασία όλων των εμπλεκομένων, η μείωση του στίγματος που συνοδεύει τα προβλήματα ψυχικής υγείας και η καταπολέμηση της εγκληματοποίησης των ψυχικών διαταραχών.

Οι κυριότερες κατηγορίες που μελετήθηκαν μέσω ερωτηματολογίων είναι: πως εμπλέκονται οι αστυνομικοί στο μέτρο της ακούσιας νοσηλείας, οι στάσεις των αστυνομικών απέναντι στα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, ενώ αναδεικνύονται τα προβλήματα και οι περιορισμοί που έχουν να αντιμετωπίσουν, υπογραμμίζοντας τις αντίστοιχες αλλαγές που οι ίδιοι πιστεύουν ότι πρέπει να δρομολογηθούν.

Εκτός από την απουσία σχετικής εκπαίδευσης των αστυνομικών που κάνει πιο δύσκολη την διαχείριση αυτού του είδους των περιστατικών, η έλλειψη συνεργασίας με άλλες υπηρεσίες και ιδιαίτερα με το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ), τοποθετεί ακόμη περισσότερα εμπόδια στην αστυνομική πρακτική. Από την άλλη πλευρά, τα παραδείγματα πολλών χωρών καταδεικνύουν ότι η χρήση εκπαιδευτικών προγραμμάτων παρέμβασης στην Αστυνομία μειώνει τη συχνότητα των περιστατικών, τον αριθμό των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζουν προβλήματα με την δικαιοσύνη, αυξάνοντας τα επίπεδα αποτελεσματικότητας τους στην διαχείριση αυτών των περιστατικών.

Ενθαρυντικό είναι ωστόσο το γεγονός, ότι οι Έλληνες αστυνομικοί δεν εκφράζουν ακραίες στιγματιστικές αντιλήψεις για τα άτομα που χρήζουν ψυχιατρικής βοήθειας, με το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών να διατηρεί μια μετριοπαθή στάση.

Λέξεις-Κλειδιά : αστυνομία, ακούσια νοσηλεία, στάσεις, στίγμα, διαχείριση

ABSTRACT

Over the last decades there are significant changes in the research and the practice related with the contact of police officers with people in mental distress and the management of the respective incidents, understanding the need for the better preparation of police officers and specific techniques of practice. In Greece according to existing laws the most common contacts of police officers with people suffering from mental disease, are found in the case of being arrested for involuntary hospitalization.

A total of 150 police officers participated in the research, who serve in various police departments of the city of Athens. The police officers' participation in the research was voluntary, after the respective permission provided by the Police Headquarters, while the unique criterion for the sample's selection was the involvement of the police officers in the management of incidents with people in mental distress. The aim of this research is the best possible protection of all individuals involved, the reduction of the stigma that accompanies mental health problems and the combat of mental disorders criminalization.

The most important categories that this study focuses on are: the way the officers conduct with the exactice of involuntary hospitalization, their attitudes towards mental disease, while they emphasise in some problems and restrictions that they face in practice, underlining the respective changes which they think that should be introduced.

Apart from the lack of relevant training which complicates dealing with incidents of this type, the lack of cooperation with other public healthcare services involved -especially with the National Emergency Aid Centre-, renders more obstacles in police action. On the other hand based on examples of many countries it has been demonstrated that the use of educational intervention programs reduces the occurrence of these incidents, the number of people with mental disorders facing trouble with justice and enhances police officers' efficiency when dealing with similar situations.

However, what is encouraging is the fact that under no circumstances do the Greek policemen reflect extremely prejudiced opinions against people in need of psychiatric help, with the majority of them maintaining a moderate attitude towards the issue.

Key-words: police, involuntary hospitalization, attitudes, stigma,management

Ευχαριστίες

Η διεξαγωγή και ολοκλήρωση μίας διπλωματικής ερευνητικής εργασίας είναι ένας μαραθώνιος, που απαιτεί σταθερό και συνεχή ρυθμό μέχρι την γραμμή του τερματισμού. Φτάνοντας στο τέλος αυτής της προσπάθειας συνειδητοποιήσαμε πως η επίτευξη του στόχου είναι αποτέλεσμα σκληρού προσωπικού αγώνα, προσήλωσης και επιμονής αλλά και αποτέλεσμα της στήριξης και συνδρομής πολλών ανθρώπων, στους οποίους θέλουμε να εκφράσουμε την ειλικρινή μας ευγνωμοσύνη.

Αρχικά, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον υπεύθυνο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος στην Ψυχιατροδικαστική κ.Αθανάσιο Δουζένη, Καθηγητή Ψυχιατρικής, Διευθυντή Β΄ Ψυχιατρικής Κλινικής ΠΓΝ «Αττικόν», για το κίνητρο που μας έδωσε μέσω του προγράμματος σπουδών, να εκπονήσουμε μια ερευνητική εργασία.

Ομοίως, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε και την επιβλέπουσα της εργασίας μας, Κα Μαρίνα Οικονόμου, Ψυχίατρο-Αναπλ. Καθηγήτρια, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, για την πολύτιμη καθοδήγηση και βοήθεια της από την πρώτη στιγμή της απόφασής μας για αυτή την έρευνα.

Θερμές ευχαριστίες και το Αρχηγείο της Ελληνικής Αστυνομίας για την άμεση ανταπόκρισή της στο αίτημα μας για την χορήγηση των απαιτούμενων αδειών, γεγονός που διευκόλυνε σημαντικά το έργο μας.

Όμως το μεγαλύτερο ευχαριστώ το οφείλουμε στις οικογένειες μας και στους δικούς μας ανθρώπους που ήταν δίπλα μας. Ιδιαίτερα ευχαριστούμε τον Αστυφύλακα κ. Ρεμεντζούλο Παναγιώτη, που με την πολυετή εμπειρία του μας βοήθησε στην δημιουργία του κατάλληλου για την έρευνά μας ερωτηματολογίου, την παιδική μου φίλη κ. Όλγα Μεταλληνού για την πολύτιμη βοήθειά της στην διαμόρφωση του ερωτηματολογίου αυτού καθώς και την κ.Θάλεια Μαρινάκη για την δική της πολύτιμη συμβολή. Επίσης, θερμές ευχαριστίες και στον Ανθυπαστυνόμο κ.Χριστοδουλόπουλο Δημήτρη, για την δική του συμμετοχή στην ολοκλήρωση της εργασίας .

Τέλος, να ευχαριστήσουμε και εκείνους που δεν βοήθησαν ή εμπόδισαν με οποιονδήποτε τρόπο αυτή μας την προσπάθεια, καθώς με την στάση τους μας όπλισαν με περισσότερη αποφασιστικότητα και επιμονή.

Πίνακας Περιεχομένων

Εισαγωγικό σημείωμα.....	12
Βιβλιογραφική επισκόπηση	
Ψυχική νόσος και στίγμα	15
Η επίδραση του στίγματος που συνοδεύει τις ψυχικές διαταραχές	17
Στίγμα και στάσεις απέναντι σε προβλήματα ψυχικής υγείας	19
Η ακούσια νοσηλεία	20
Μια ιστορική αναδρομή των νομοθετικών ρυθμίσεων	22
Η πρώτη νομοθετική ρύθμιση : ο ν.ΨΜΒ του 1862	23
Ο νόμος Ν.Δ 104/73	24
Ο νόμος ν.2071/1992	25
Ο ν. 2716/99	28
Διαφορές ανάμεσα στις Ευρωπαϊκές χώρες	29
Η πραγματικότητα	31
Η εμπλοκή της αστυνομίας στην ακούσια νοσηλεία	33
Προβλήματα που ανακύπτουν από την επαφή αστυνομίας και ψυχικά πασχόντων ατόμων.....	36
Μοντέλο διαχείρισης της κρίσης	39
Στάσεις και απόψεις των αστυνομικών για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας	41
Ακούσια νοσηλεία: Η εμπλοκή και η στάση της Ελληνικής Αστυνομίας	
Σκοπός της έρευνας	44
Οι φάσεις της έρευνας	45
Προκαταρκτική Διερεύνηση	45
Κύρια φάση της έρευνας	45
Συμμετέχοντες	45
Συλλογή αποτελεσμάτων	46
Μέθοδος συλλογής αποτελεσμάτων	46
Μέθοδος ανάλυσης των δεδομένων	47
Επανακωδικοποιήσεις μεταβλητών και έλεγχος αξιοπιστίας	48
Ζητήματα δεοντολογίας	50
Ανάλυση δεδομένων	51

Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	79
Αποτελέσματα.....	80
Σχολιασμός – Συζήτηση	84
Η εμπλοκή της αστυνομίας και τα προβλήματα που ανακύπτουν	84
Οι στάσεις των Ελλήνων αστυνομικών.....	89
Προτάσεις από την πλευρά των αστυνομικών	96
Περιορισμοί της παρούσας έρευνας	99
Τελικά συμπεράσματα	100
Βιβλιογραφία	101
Παράρτημα	110

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

1. Επανακωδικοποιήσεις μεταβλητών.....	48
2. Συνεισφορά λημμάτων στο δείκτη Cronbach	49
3. Χρόνια υπηρεσίας στο Σώμα	53
4. Διεύθυνση αστυνομίας που υπηρετούν	54
5. Αριθμός συμμετοχών σε διαδικασία μεταγωγής ακούσιου εγκλεισμού.....	55
6. Δείκτης γνώσης του νόμου 2071/1992.....	55
7. Τρόποι μεταφοράς των ασθενών	56
8. Δείκτης γνώσης του άρθ.96 του νόμου 2071/1992, για την αξιοπρεπή μεταφορά των ασθενών	56
9. Χρόνος παραμονής του ασθενή στο αστυνομικό τμήμα	57
10. Διάθεση ύπαρξης χώρου προστατευτικής φύλαξης στα Α/Τ για τους ψυχικά ασθενείς.....	57
11. Συχνότητα περιορισμού του ασθενή σε κρατητήριο μαζί με άλλους κρατούμενους.....	58
12. Συχνότητα χειροπέδησης του ασθενή, κατά την μεταφορά του στο Α/Τ, κατά την παραμονή του εκεί και κατά την μεταφορά του στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο.....	58
13. Δείκτης παρουσίας των αστυνομικών κατά την διάρκεια της εξέτασης.....	59
14. Δείκτης έγγραφης ενημέρωσης του ασθενή.....	59
15. Δείκτης γνώσης του άρθρου 96 παρ. 4, ν. 2071/92	60
16. Χρόνος παραμονής των αστυνομικών στο ψυχιατρικό ίδρυμα.....	60
17. Αξιολόγηση του απρόβλεπτου στις αντιδράσεις ενός ψυχικά ασθενή	61
18. Αξιολόγηση της επικινδυνότητας ενός ψυχικά ασθενή.....	61
19. Αξιολόγηση της επικινδυνότητας ενός ψυχικά ασθενή για τον εαυτό του ή για τους άλλους.....	62
20. Δείκτης διακινδύνευσης της σωματικής ακεραιότητας των αστυνομικών	62

21. Αξιολόγηση της δυναμικής εξαγρίωσης ενός ψυχικά ασθενή από την παρουσία των αστυνομικών.....	63
22. Αξιολόγηση της ικανότητας διαχείρισης ενός ψυχικά ασθενή.....	63
23. Αξιολόγηση της ικανότητας διαχείρισης ως αποτέλεσμα εκπαίδευσης ή εμπειρίας.....	64
24. Δείκτης ένδειξης νευρικότητας ή άγχους κατά την επαφή με ψυχικά ασθενή.....	64
25. Δείκτης ένδειξης συμπόνοιας για έναν ψυχικά ασθενή	65
26. Αξιολόγηση του επαγγέλματος του αστυνομικού, ως αιτία έλλειψης ή μη ευαισθησίας απέναντι στον πόνο του αλλού.....	65
27. Δείκτης αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών ως απρόσωπα αντικείμενα	66
28. Αξιολόγηση της ψυχολογικής επιβάρυνσης των αστυνομικών από την εμπλοκή τους στη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας.....	66
29. Συμβολή της μεταφοράς του ασθενή με ασθενοφόρο, στην βελτίωση της κατάστασης.....	67
30. Συμβολή της μεταφοράς του ασθενή με συμβατικό όχημα, στην βελτίωση της κατάστασης	67
31. Συμβολή της τοποθέτησης στα αστυνομικά τμήματα ειδικών ψυχικής υγείας, στην βελτίωση της κατάστασης	68
32. Συμβολή της διαμόρφωσης στα αστυνομικά τμήματα ειδικού χώρου προστατευτικής φύλαξης, στην βελτίωση της κατάστασης.....	68
33. Συμβολή της απεμπλοκής της ΕΛ.ΑΣ. από την όλη διαδικασία, στη βελτίωση της κατάστασης.....	69
34. Συμβολή της σύστασης ειδικών μονάδων στην ΕΛ.ΑΣ, στην βελτίωση της κατάστασης	69
35. Συμβολή της ενημέρωσης - ευαισθητοποίηση του προσωπικού της ΕΛ.ΑΣ. σε θέματα ψυχικής υγείας, στη βελτίωση της κατάστασης	70
36. Συμβολή της εκπαίδευσης του προσωπικού της ΕΛ.ΑΣ, στην βελτίωση της κατάστασης	70
37. Συνοπτικός πίνακας προτάσεων βελτίωσης της κατάστασης	71
38. Δείκτης επιθυμίας διαμονής σε γειτονιά που υπάρχει ίδρυμα για άτομα με σχιζοφρένεια.....	72

39. Δείκτης επιθυμίας διαμονής σε πολυκατοικία που μένει άτομο με σχιζοφρένεια.....	72
40. Δείκτης επιθυμίας διατήρησης φιλίας με κάποιον που εμφάνισε σχιζοφρένεια.....	73
41. Δείκτης επιθυμίας δανεισμού κάτι δικού τους σε άτομο με σχιζοφρένεια.....	73
42. Δείκτης επιθυμίας έναρξης φιλίας με κάποιον με σχιζοφρένεια.....	74
43. Δείκτης επιθυμίας συναίνεσης στο κόψιμο των μαλλιών απο κάποιον με σχιζοφρένεια	74
44. Δείκτης επιθυμίας ενοικίασης του σπιτιού σε κάποιον με σχιζοφρένεια	75
45. Δείκτης επιθυμίας τέλεσης γάμου με κάποιον με σχιζοφρένεια	75
46. Δείκτης επιθυμίας προσφοράς εργασίας σε κάποιον με σχιζοφρένεια.....	76
47. Δείκτης επιθυμίας αποφυγής διαμονής μαζί με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια.....	76
48. Δείκτης επιθυμίας αποφυγής συνύπαρξης στον ίδιο εργασιακό χώρο με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια.....	77
49. Δείκτης επιθυμίας αποφυγής έναρξης κουβέντας με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια.....	77
50. Δείκτης επιθυμίας αποφυγής συνύπαρξης σε διπλανή θέση στο λεωφορείο με ένα άτομο με σχιζοφρένεια.....	78
51. Δείκτης επιθυμίας γνώσης, λόγω ντροπής, ότι κάποιος στην οικογένειά του έχει διαγνωσθεί με σχιζοφρένεια.....	78
52. Το test χ^2 για τη Διεύθυνση Αστυνομίας και το μέσο μεταφοράς του ασθενή.....	85
53. Descriptive statistics για τη μεταβλητή Κοινωνική Απόσταση	90
54. Το test Mann-Whitney	93
55. Kruskal – Wallis test για συσχέτιση Κ.Α. και διεύθυνσης Αστυνομίας	93
56. Kruskal– Wallis test για συσχέτιση Κ.Α. και σπουδών	94
57. Spearman’s Rho για συσχέτιση Κ.Α. και συμμετοχή σε διαδικασίες μεταγωγής ακούσιου εγκλεισμού.....	95

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Εικόνα 1. Το φύλο των ερωτηθέντων	51
Εικόνα 2. Ποσοστιαία ηλικιακή κατανομή σε ομάδες	51
Εικόνα 3. Οικογενειακή κατάσταση	52
Εικόνα 4. Σπουδές	52
Εικόνα 5. Τρέχων βαθμός	53
Εικόνα 6. Ιστόγραμμα Κοινωνικής Απόστασης	91

Εισαγωγικό σημείωμα

Παρακάτω παρατίθεται μια επιστολή που αναρτήθηκε, στο psi-action, ένα blog που προάγει την αξιοπρέπεια στο χώρο της ψυχικής υγείας [1]. Η επιστολή αυτή περιγράφει λεπτομερέστατα την διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας, όπως αυτή συμβαίνει στην Ελλάδα και τον τρόπο που εμπλέκεται η αστυνομία στην όλη διαδικασία. Από τότε μέχρι σήμερα, τίποτα δεν έχει αλλάξει και οι προβληματισμοί που εγείρει η όλη διαδικασία σίγουρα είναι πολλοί.

«Εδώ και καιρό ταλανίζομαι από τη σκέψη να γράψω για την εμπειρία που ζήσαμε η μητέρα μου και εγώ, όταν το καλοκαίρι του 2008 χρειάστηκε να νοσηλευθεί ακούσια. Η εμπειρία, άθλια και τραυματική, κυρίως για εκείνη αλλά και για μένα που αναγκάστηκα να μπω στη διαδικασία της εισαγγελικής παραγγελίας για την ακούσια εξέτασή της. Η μητέρα μου, μετά από 35 χρόνια εργασίας στο χώρο της δημόσιας υγείας ως ανώτατη διοικητική υπάλληλος και λίγο μετά το θάνατο του συζύγου της, άρχισε να παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα που δυσκόλευαν τη ζωή της. Κάθε προσπάθειά μου για να συμβουλευθεί ειδικό ψυχικής υγείας κατέληγε όλα αυτά τα χρόνια σε αποτυχία και τραυμάτιζε καθημερινά τη σχέση μας. Όμως δεν έβρισκα το κουράγιο να ανέβω τα σκαλιά της Εισαγγελίας, όσο και αν ήταν πια αναγκαίο για την υγεία της. Όμως τα πράγματα αγρίεψαν και ένα πολύ σοβαρό επεισόδιο με ανάγκασε να πάρω την επώδυνη απόφαση.

ΗΜΕΡΑ ΠΡΩΤΗ: Η μητέρα μου παρουσιάζει οξύ επεισόδιο. Δεν ξέρω πώς να το χειριστώ. Αλήθεια πού να αποτανθώ; Οι αστυνομικοί που έρχονται στο σπίτι μου, όπου η μητέρα μου μας έχει αποκλείσει, δυσκολεύονται να τη πείσουν να φύγει και μου λένε ότι δεν μπορούν να κάνουν τίποτα χωρίς εισαγγελική παραγγελία.

ΗΜΕΡΑ ΔΕΥΤΕΡΗ: Πρωί-πρωί πηγαίνω στην Εισαγγελία. Η ουρά στον Εισαγγελέα Ακροάσεων ατελείωτη. Η αγωνία μου μεγαλώνει λεπτό προς λεπτό. Δεν ξέρω που βρίσκεται η μητέρα μου ούτε σε τι κατάσταση είναι. Ο Εισαγγελέας, αφού άκουσε το ιστορικό, μου ζήτησε να εξετασθούν σαν μάρτυρες άτομα παρόντα στο επεισόδιο, όχι όμως στην Εισαγγελία, αλλά στο κατά τόπο αρμόδιο Αστυνομικό Τμήμα. Στο Αστυνομικό Τμήμα διηγούμαι για δεύτερη φορά τα γεγονότα. Ήδη μέχρι να τελειώσει η επώδυνη διαδικασία των καταθέσεων έχει φθάσει απόγευμα. Όταν επιστρέφω στην Εισαγγελία τη βρίσκω κλειστή και μέχρι ο Εισαγγελέας να επιστρέψει και να εκδώσει την παραγγελία έχει βραδιάσει. Όταν φτάνω πια στο Αστυνομικό Τμήμα ο Αξιωματικός Υπηρεσίας μου αναγγέλλει ότι η παραγγελία δεν μπορεί να εκτελεστεί γιατί δεν υπάρχει περιπολικό. Εντωμεταξύ η μητέρα μου –που μου τηλεφωνεί συνέχεια- είναι σε έντονο παραλήρημα, μόνη της, χαμένη στους φόβους της και η οικογένεια μου σε πλήρη αγωνία για το τι πρόκειται να γίνει. Ρωτάω τον αξιωματικό τι να κάνω και μου απαντά θα έρθετε πάλι αύριο το πρωί.

ΗΜΕΡΑ ΤΡΙΤΗ: Πρωί-πρωί είμαι μπροστά σε άλλον Αξιωματικό Υπηρεσίας ο οποίος –ξινά- μου λέει ότι δεν μπορεί και πάλι να εκτελεστεί η παραγγελία γιατί δεν υπάρχει περιπολικό, να πάω σπίτι μου και να περιμένω τηλέφωνό τους. Όλο αυτό το χρονικό διάστημα να τρέμω ότι η μητέρα μου μέσα στο παραλήρημά της μπορεί να κάνει κακό στον εαυτό της. Έχει φτάσει πια απόγευμα όταν μου τηλεφωνούν από την Αστυνομία να μου πουν ότι έχουν περιπολικό, αλλά δεν το στέλνουν αν δεν τους διαβεβαιώσω ότι η μητέρα μου είναι σπίτι και ότι θα τους ανοίξει. Τους απαντώ ότι δεν μπορώ να τους διαβεβαιώσω για τίποτα από τα

δύο. Τότε μου απαντούν ότι δεν μπορούν να στείλουν περιπολικό. Πλέον σε έξαλλη κατάσταση πηγαίνω στο Αστυνομικό Τμήμα, όπου για τρίτη ή τέταρτη φορά αναγκάζομαι να διηγηθώ επώδυνα και προσωπικά περιστατικά δικά μου και της μητέρας μου. Νιώθω ντροπή... Το στίγμα... Το βλέμμα των αστυνομικών απέναντι μου εξεταστικό με ενοχλεί. Ο Αξιωματικός Υπηρεσίας αφού με άκουσε μου συνέστησε να τους τηλεφωνήσω μόλις βρω τη μητέρα μου σε ανοιχτό χώρο, οπότε εκεί θα αναγκασθεί να μπει στο περιπολικό. Τον κοιτάζω ξέπνοη. Πώς θα γίνει αυτό; Να παρακολουθώ δηλαδή τη μητέρα μου; Δεν πήρα απάντηση. Απογοητευμένη φεύγω και κατευθύνομαι προς το σπίτι της μητέρας μου. Τη βρίσκω να κάθεται στα σκαλιά της πολυκατοικίας μόνη της, χαμένη, αλλού... Σε πλήρη πανικό και με απεριγράπτα συναισθήματα τηλεφωνώ στην Αστυνομία. Σε λίγα λεπτά έφτασε το περιπολικό με δύο αστυνομικούς οι οποίοι, μην έχοντας φυσικά εκπαίδευση να χειριστούν τέτοια περιστατικά, δεν μπόρεσαν να βάλουν τη μητέρα μου στο περιπολικό. Ακολούθησαν απίστευτες σκηνές στο δρόμο, παρουσία περαστικών, που φαίνεται ότι τους άρεσε το θέαμα γιατί είχαν μαζευτεί γύρω μας σαν σε πηγαδάκι. Η μητέρα μου να φωνάζει, να με βρίζει, ο αστυνομικός να μου λέει βάλτην εσύ στο περιπολικό, μάνα σου είναι... Καταρρέω σε μια γωνιά. Το περιπολικό φεύγει και γώ μένω ανήμπορη, μη μπορώντας να καταλάβω τι έχει ακριβώς συμβεί και κυρίως τι πρόκειται να γίνει. Γυρνάω σπίτι μου –αλήθεια δεν ξέρω πώς- πιστεύοντας ότι δεν θα μπορέσω τελικά να βοηθήσω τη μητέρα μου που ύστερα και από το καταδικαστικό περιστατικό που μόλις βίωσε βυθίστηκε ακόμα πιο έντονα στο παραλήρημα. Φοβάμαι ότι όλα έχουν χαθεί και η μητέρα μου κινδυνεύει σοβαρά.

ΗΜΕΡΑ ΤΕΤΑΡΤΗ: Πρωί προσπαθώ να πιω ένα καφέ και να ανασυντάξω τις σκέψεις μου. Δίπλα το παιδί μου προσπαθεί να μου πιάσει κουβέντα, με έχει χάσει για μέρες. Εννοείται ότι έχω εγκαταλείψει κάθε ελπίδα ότι θα εκτελεστεί η παραγγελία. Σκέφτομαι γιατί πρέπει αστυνομικοί να κάνουν αυτή την δουλειά; Δεν έπρεπε τουλάχιστον να υπάρχει συνεργασία ΕΚΑΒ και Αστυνομίας; Άρρωστη είναι η μητέρα μου και όχι εγκληματίας που πρέπει να συλληφθεί. Το κεφάλι μου πάει να σπάσει, δεν ξέρω τι να κάνω, πώς να αντιδράσω... Εκείνη τη στιγμή, με παίρνουν πάλι τηλέφωνο από την Αστυνομία, μου λένε ότι έχουν διαθέσιμο περιπολικό και να πάω τώρα αμέσως στο σπίτι της μητέρας μου. Τους ρωτάω τι διαφορετικό θα γίνει από το χθεσινό εφιαλτικό επεισόδιο; Τουλάχιστον, το σκέφτομαι τελευταία στιγμή, τους ζητάω να ειδοποιήσουν το ΕΚΑΒ. Ακούω τον εαυτό μου να φωνάζει: άρρωστη είναι η μητέρα μου όχι καταζητούμενη. Πηγαίνω για άλλη μια φορά έξω από το σπίτι της μητέρας μου, όπου έχει φτάσει το περιπολικό. Οι αστυνομικοί με αντιμετωπίζουν με το γνωστό ύφος, το περιπολικό έχει κλείσει το δρόμο, ο κόσμος κοιτάζει περίεργα, περιμένουμε το ΕΚΑΒ. Η μητέρα μου φυσικά μόλις ακούει κουδούνι δεν ανοίγει, χρησιμοποιώ μια γειτόνισσα για να ανοίξει και .. μπουκάρουν.. αυτή είναι η εικόνα. Νιώθω άθλια, σαν να κατέδωσα τη μητέρα μου, που με βλέπει και αρχίζει να ουρλιάζει και να με βρίζει. Καταλαβαίνει... Ο ΕΚΑΒιτης μου λέει να πάω παραπέρα, με μαζεύει ένας γείτονας από το διπλανό διαμέρισμα. Ακούω φωνές και μετά τίποτα... Σε λίγο τη παίρνουν και τη βάζουν στο ασθενοφόρο. Κανείς δεν μπήκε στο κόπο να μου πει που τη πάνε. Τους ρωτάω εγώ. Ο αστυνομικός μου λέει, πάρε το αυτοκίνητο σου και έλα στο Δαφνί. Το στίγμα... στο Δαφνί; Η μητέρα μου; Που ήταν εργαζόμενη μια ζωή; Που ταξίδεψε με τον άντρα της σε όλο τον κόσμο; Μέσα στο ταξί κλαίω με λυγμούς. Μέχρι να πάω ήδη την εξέταζαν. Οι ίδιοι αστυνομικοί περίμεναν απ' έξω. Γιατί; για να μη τους φύγει; Σε λίγο με κάλεσαν οι δύο γιατροί. Μου ζήτησαν ιστορικό και μου είπαν ότι η μητέρα μου χρήζει νοσηλείας. Δεν νομίζω ότι έχω σταματήσει να κλαίω. Αν είναι δυνατόν, το ίδιο περιπολικό που την έφερε από το σπίτι της την μεταφέρει από τα εξωτερικά ιατρεία στο κλειστό τμήμα νοσηλείας. Τη βλέπω στο πίσω κάθισμα του περιπολικού και θέλω να πάω να τη πάρω και να πάμε σπίτι. Δεν το αντέχω. Η γιατρός στα εξωτερικά ιατρεία

μου λέει ότι πρέπει να πάω να της φέρω ρούχα και ότι έκανα το σωστό για τη μητέρα μου. Επιστρέφω και μπαίνω στο τμήμα για να παραδώσω τα ρούχα. Οι γιατροί προηγουμένως μου είχαν πει ότι η μητέρα μου δεν κάνει να με δει. Νόμιζα ότι οι νοσηλευτές θα το φρόντιζαν αυτό... Με το που μπαίνω όμως η μητέρα μου είναι εκεί μπροστά στη πόρτα και αφού με βρίζει, μου ζητάει να τους ζητήσω να τη βγάλουν. Τι μου έκανες; Τι μου έκανες; Το βλέμμα και τη φωνή αυτή δεν θα τα ξεχάσω ποτέ. Κοιτάζω γύρω μου. Με το βλέμμα μου ζητάω βοήθεια από τους νοσηλευτές. Νιώθω απόγνωση όταν η βοήθεια δεν έρχεται. Όμως ούτε η μητέρα μου νιώθω να έχει βοήθεια. Από το σπίτι της βρέθηκε στο χώρο του ψυχιατρείου. Άραγε της είπαν κάτι; Την στήριξαν; Η αφέθηκε μόνη της στους φόβους της; Είμαι σοκαρισμένη... Δεν είχα ξαναμπεί σε ψυχιατρείο. Φοβάμαι για την μητέρα μου.

Η μητέρα μου νοσηλεύθηκε για περίπου δύο μήνες και όλο αυτό το διάστημα που την επισκεπτόμουν συνεχίστηκαν οι νύχτες αγωνίας. Το κλειστό τμήμα στο οποίο νοσηλεύθηκε ήταν καθαρό. Το δωμάτιο ευρύχωρο και κλιματιζόμενο. Το Δαφνί έχει ανακαινισθεί. Και εδώ σταματούν τα παρήγορα. Δύο μήνες δυσκολευόμουν να βρώ και να μιλήσω με γιατρό. Δεν νομίζω ότι δεν είχαν την διάθεση, χρόνο δεν είχαν. Ελάχιστοι γιατροί πολλοί οι ασθενείς. Σε ποιόν να δώσουν χρόνο; Στους ασθενείς τους ή στους συγγενείς; Οι νοσηλευτές κλεισμένοι μέσα στο χώρο τους απροσπέλαστοι. Προσπαθούσα να δώσω δικαιολογίες. Δημόσιο νοσοκομείο είναι γιατί να διαφέρει από τα υπόλοιπα; Τα ίδια δεν αντιμετωπίζουμε όλοι οι Έλληνες σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία; Μήπως σε οποιαδήποτε κλινική γενικού νοσοκομείου δεν «κυνηγάμε» το γιατρό για να μας ενημερώσει για τον ασθενή μας;

Μέχρι που ένα επεισόδιο με συγκλόνησε. Ημέρα εφημερίας και μία νεαρή κοπέλα μόλις έχει εισαχθεί με εισαγγελική παραγγελία για ακούσια νοσηλεία. Ρωτάει ξανά και ξανά τη νοσηλεύτρια γιατί την έφεραν εκεί μέσα, γιατί της πήραν τα προσωπικά της είδη. Η νοσηλεύτρια μην αντέχοντας τις επαναλαμβανόμενες ερωτήσεις ξεσπάει, τη βρίζει και της λέει να πας να ρωτήσεις τη μάνα σου που σε έφερε εδώ. Είμαι μπροστά και δεν αντέχω να μην αντιδράσω. Είσαι ψυχιατρική νοσηλεύτρια της λέω, αυτή είναι η δουλειά σου να υποστηρίζεις τους ασθενείς σου. Στα γρήγορα μαζεύονται προς υπεράσπισή της οι συνάδελφοι της, εγώ απάντηση δεν πήρα. Αλήθεια τι να μου έλεγαν; Την αλήθεια; Ότι είναι επαγγελματικά κουρασμένοι; Ότι και αυτοί δεν πλαισιώνονται κατάλληλα στο εξαιρετικά δύσκολο έργο τους; Εννοείται ότι η κοπέλα που ρώταγε κουραστικά την ίδια ερώτηση έμεινε μόνη της. Δεν είδα κανέναν ψυχολόγο ή άλλον ειδικό να την πλησιάζει εκείνη την πρώτη δύσκολη στιγμή της εισαγωγής της. Μετά το επεισόδιο απίστευτα παραγμένη πηγαίνω στο σαλόνι. Με πλησιάζουν πολλοί νοσηλευόμενοι, όπου όλοι μου λένε για τον τρόπο που τους φέρονται εκεί μέσα. Τους παρατηρώ: άνθρωποι από όλες τις ηλικίες και από όλα τα κοινωνικά επίπεδα. Άνθρωποι που έτυχε να νοσήσουν... Θα μπορούσε να έχει συμβεί και σε μένα... Όλο αυτό το χρονικό διάστημα αλλά και μέχρι σήμερα δεν σταμάτησα να προβληματίζομαι για την αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών. Κάθε στιγμή από την Εισαγγελία και μετά είναι μία βάνουση στιγμή γι' αυτούς. Η «σύλληψη» από ανεκπαίδευτους αστυνομικούς (κοστίζει η εκπαίδευση τους), η «συνοδεία» με το περιπολικό (κοστίζει η παρουσία και του ΕΚΑΒ), η «προσαγωγή» στο κλειστό τμήμα νοσηλείας (κοστίζει η ύπαρξη επιπλέον ειδικών ψυχικής υγείας). Και μετά; Η θεραπεία; Πέρα από τη φαρμακευτική νοσηλεία ένιωσα τη παντελή έλλειψη άλλων υποστηρικτικών υπηρεσιών για τους ασθενείς. Δεν φταίει ούτε το ιατρικό ούτε το νοσηλευτικό προσωπικό. Στο μέτρο των δυνατοτήτων που έχουν, κάνουν ό,τι μπορούν. Ας σταματήσω όμως εδώ, ο προβληματισμός δεν χωρά σε τρεις κόλλες χαρτί».

Ψυχική νόσος και στίγμα

Η ψυχική νόσος έχει αποτελέσει χώρο εκδήλωσης κάθε λογής προκαταλήψεων. Τόσο στο παρελθόν όσο και σήμερα, την ψυχική ασθένεια συνοδεύουν στερεότυπες αντιλήψεις, προκατασκευασμένες εικόνες που παραμορφώνουν την πραγματικότητα και οδηγούν σε αρνητικές στάσεις και σε διακρίσεις σε βάρος των ατόμων με ψυχική διαταραχή.

Ο ψυχικά ασθενής συνεχίζει μέχρι και σήμερα να βρίσκεται στο περιθώριο της κοινωνίας. Η ασθένεια είναι συχνά η αιτία, για να βρεθεί το άτομο χωρίς εργασία μακριά από την οικογένεια και το κοινωνικό του περιβάλλον. Βιώνει έτσι την απομόνωση, τον αποκλεισμό, το στίγμα.

Η λέξη στίγμα έχει τις ρίζες της στην αρχαία Ελλάδα, όταν χρησιμοποιούταν για τα σημάδια που σχεδιάζονταν στους σκλάβους, προκειμένου να επιδεικνύεται η ταυτότητα του ιδιοκτήτη τους. Ακόμη, η λέξη στίγμα, τόσο αρχικά για την περίπτωση των σκλάβων όσο και αργότερα για άλλες κοινωνικές ομάδες και άτομα, ήταν ένα σημάδι του ανήθικου χαρακτήρα του ατόμου [2]. Η πρώτη σύγχρονη χρήση του όρου εισήχθη από τον Erving Goffman (1963), ο οποίος τόνισε ότι το στίγμα αντανάκλα ένα είδος κοινωνικής σχέσης που αναπτύσσεται σε άτομα με ψυχικές διαταραχές, η οποία χαρακτηρίζεται από κοινωνική απόρριψη. Επιπλέον, το στίγμα δυσφημίζει το άτομο και συνήθως, οδηγεί σε μία σειρά από υποθέσεις σχετικά με το χαρακτήρα και τις πιθανές συμπεριφορές του, επιφέροντας διάφορες μορφές διακρίσεων [3]. Προέκταση της συγκεκριμένης ιδέας είναι η σύγχρονη άποψη, ότι το στίγμα μειώνει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και την κοινωνική αξία του ατόμου, ακριβώς επειδή το άτομο εκτιμάται στη βάση του «σημαδιού» που έχει, το οποίο τον τοποθετεί σε σαφώς χαμηλότερη θέση από το μέσο όρο [4]. Άλλωστε, το στίγμα αποκλίνει σημαντικά από αυτό που η κοινωνία θεωρεί κανονικό και φυσιολογικό, για αυτό, σε επίπεδο διαπροσωπικό ή ευρύτερα κοινωνικό, οι αντιδράσεις των υπολοίπων υπηρετούν στο να απομονώνουν, να θεραπεύουν, να διορθώνουν ή να τιμωρούν άτομα με τέτοιες συμπεριφορές [5]. Ο Goffman κάνει λόγο για τρεις τύπους στίγματος: ο πρώτος τύπος συνδέεται με σωματικές ανωμαλίες και αναπηρίες, ο δεύτερος τύπος με «ψεγάδια» του χαρακτήρα και της συνοδής συμπεριφοράς του ατόμου (συμπεριλαμβανομένων και των διαταραχών της ψυχικής υγείας) και ο τρίτος τύπος περιλαμβάνει το στίγμα που συνδέεται με την εθνική, φυλετική και θρησκευτική ταυτότητα του ατόμου. Οι Jones et al. (1984) υπογραμμίζουν έξι διαστάσεις, οι οποίες προβλέπουν την ισχύ του στίγματος. Η πρώτη διάσταση, αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο η συμπεριφορά που συνδέεται με το στίγμα είναι ορατή στους άλλους ή μπορεί να κρυφθεί, η δεύτερη στο αναμενόμενο μακροπρόθεσμο αποτέλεσμα, το οποίο συνδέεται με τη συγκεκριμένη συμπεριφορά ή χαρακτηριστικό του ατόμου, και η τρίτη στον βαθμό στον οποίο οι καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου εμποδίζονται από αυτή τη συμπεριφορά ή το χαρακτηριστικό που συνδέεται με το κοινωνικό στίγμα. Η τέταρτη διάσταση συνδέεται με την εξωτερική εμφάνιση του ατόμου, η πέμπτη με το βαθμό στον οποίο το άτομο είναι υπεύθυνο για αυτή τη συμπεριφορά ή αυτό το χαρακτηριστικό, δηλαδή, αν πρόκειται για μία εγγενή ή μία αποκτηθείσα συμπεριφορά. Η τελευταία αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο η συμπεριφορά ή το χαρακτηριστικό αυτό είναι επικίνδυνο και αποτελεί απειλή για τους άλλους [6]. Ακόμη, οι Corrigan και Watson (2002) έχουν υποστηρίξει ότι το στίγμα μπορεί να συνδέεται με ένα εξωτερικό χαρακτηριστικό του ατόμου, όπως για παράδειγμα το χρώμα του δέρματος, ή να μην είναι εμφανές, όπως για παράδειγμα η ομοφυλοφιλία. Επίσης, οι ίδιοι ερευνητές τονίζουν ότι αυτού του είδους η ηθική ενοχοποίηση, έχει επιδράσεις σε δύο τουλάχιστον επίπεδα, στο αποκαλούμενο «κοινωνικό στίγμα» και στο «στίγμα του εαυτού».

Από τη μία πλευρά, το κοινωνικό στίγμα αναφέρεται σε εκείνο το φαινόμενο όπου μεγάλες κοινωνικές ομάδες εσωτερικεύουν στερεότυπα για μία άλλη κοινωνική ομάδα, γεγονός που συνεπάγεται μία σειρά από συμπεριφορές αποκλεισμού [7]. Από την άλλη πλευρά, το στίγμα του εαυτού αναφέρεται σε σημαντικό πλήγμα στην αυτοπεποίθηση του ατόμου και στη μειωμένη αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητάς του, το οποίο λαμβάνει χώρα όταν το άτομο εσωτερικεύει το κοινωνικό στίγμα που δέχεται από τα υπόλοιπα μέλη της κοινωνίας [8]. Το στίγμα του εαυτού συνδέεται με μία σειρά από αρνητικά συναισθήματα που βιώνει το άτομο, όπως αισθήματα ντροπής, ενοχών, κατωτερότητας και έντονη τάση για απομόνωση και μυστικότητα (Goffman, 1963). Σε αντίθεση με το στίγμα του εαυτού, το κοινωνικό στίγμα έχει και άλλες προεκτάσεις αλλά και αποδέκτες, καθώς, συνήθως, στρέφεται και ενάντια στην οικογένεια του ατόμου, στο φιλικό του περιβάλλον αλλά και στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας ή φροντιστές του ατόμου [9,10]. Ακόμη, ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η συνείδηση του κοινωνικού στίγματος ή του στίγματος του εαυτού, καθώς αυτή είναι σημαντική παράμετρος για την κατανόηση, εξήγηση αλλά και δημιουργία στρατηγικών για την αντιμετώπιση του στίγματος [8]. Παρόλο που υπάρχει μία ομοφωνία σχετικά με το τι ορίζεται ως στίγμα, δεν υπάρχει μία ενιαία θεωρητική προσέγγιση για το συγκεκριμένο φαινόμενο. Όπως δηλώνει ο Smith (2002), δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι το στίγμα, είναι το αποτέλεσμα μίας σειράς πολύπλοκων διαδικασιών μεταξύ της κοινωνικής επιστήμης, της πολιτικής, της ιστορίας, της ψυχολογίας, της ιατρικής και της ανθρωπολογίας. Ένα από τα πρώτα κλειδιά για την κατανόηση του στίγματος είναι η αντίληψη της διαφορετικότητας, μία πράξη την οποία τόσο οι άνθρωποι όσο και τα ζώα έχουν μία εγγενή προδιάθεση να εντοπίζουν, καθώς η επιβίωση αλλά και ασφάλειά τους είναι ταυτισμένη με την προβλεψιμότητα των συνθηκών και της συμπεριφοράς. Στη βάση λοιπόν αυτής της άποψης, δεν πρέπει να θεωρείται περίεργο το γεγονός ότι οι άνθρωποι αισθάνονται απειλή απέναντι στο διαφορετικό. Βέβαια, η αντίληψη της διαφορετικότητας δεν είναι ταυτόσημη με το στιγματισμό, καθώς, προκειμένου να λάβει χώρα ο στιγματισμός, πρέπει οι ατομικές διαφορές των ανθρώπων να συνδέονται με ανεπιθύμητα χαρακτηριστικά. Για παράδειγμα, το στίγμα του παραλογισμού για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας συνδέεται με το συνεπακόλουθο στερεότυπο για πιθανή βίαιη συμπεριφορά αυτών των ατόμων, αλλά και με την έλλειψη προβλεψιμότητας στις αντιδράσεις τους [11]. Σε αυτό το σημείο, πρέπει να τονισθεί ότι οι συμπεριφορές που θεωρούνται ανεπιθύμητες ή κοινωνικά αποκλίνουσες, ποικίλουν από εποχή σε εποχή και από πολιτισμό σε πολιτισμό. Έτσι λοιπόν, η παρέκκλιση ως όρος δεν έχει ένα συγκεκριμένο νόημα, αλλά αποκτά διαφορετικά χαρακτηριστικά και διαστάσεις, ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο λαμβάνει χώρα [12]. Ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα αναφορικά με το στίγμα συνδέεται με τις επιδράσεις που έχει στη ζωή του ατόμου, σε διαπροσωπικό αλλά και κοινωνικό επίπεδο, κυρίως μέσα από τον αποκλεισμό που βιώνεται με την χρήση οικονομικών, νομικών, κοινωνικών και ιδρυματικών μέσων [13]. Στη συνέχεια, θα παρουσιαστούν πιο αναλυτικά οι αρνητικές συνέπειες που συνδέονται με το στίγμα, το οποίο συνοδεύει τα προβλήματα ψυχικής υγείας, μέσα από την επισκόπηση σχετικών ερευνών σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια.

Η επίδραση του στίγματος που συνοδεύει τις ψυχικές διαταραχές

Όπως αναφέρθηκε, παρά τις διαφορετικές προσεγγίσεις σχετικά με το στίγμα, είναι γενικώς αποδεκτό ότι είναι συνδεδεμένο με μία σειρά αρνητικών συνεπειών όχι μόνο για το άτομο αλλά και για το οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον. Οι Phelan et al. (1998) διεξήγαγαν μία σχετική έρευνα με δείγμα 156 γονείς και συζύγους ατόμων, τα οποία νοσηλεύτηκαν για πρώτη φορά στη βάση προβλημάτων ψυχικής υγείας που αντιμετώπιζαν. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι συγγενείς αυτών των ατόμων σε ποσοστό 50% κρύβουν από το ευρύτερο οικογενειακό αλλά και κοινωνικό περιβάλλον την νοσηλεία του παιδιού ή συζύγου τους [9]. Επιπρόσθετα, οι Corrigan et al. (2005) υπογραμμίζουν ότι το στίγμα που συνοδεύει τα προβλήματα ψυχικής υγείας μπορεί να στερήσει από αυτά τα άτομα δύο ιδιαίτερα σημαντικές ευκαιρίες ζωής, που είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη απώτερων στόχων ζωής, την απόκτηση ανταγωνιστικής θέσης στην αγορά εργασίας και την ανεξάρτητη διαβίωση σε ένα ασφαλές και άνετο σπίτι. Ο αποκλεισμός των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας από αυτές τις ευκαιρίες ζωής συνδέεται με τα κοινωνικά στερεότυπα, που εισάγουν πολλές μορφές διακρίσεων και αποκλεισμού [8]. Σε έρευνα στην Ελλάδα, μελετήθηκαν οι στάσεις κατοίκων του Δήμου Αθηναίων απέναντι σε κοινωνικά ευάλωτες ομάδες [14]. Τα αποτελέσματά της έδειξαν, ότι το 35% των ερωτηθέντων θεωρεί τους ψυχικά ασθενείς επικίνδυνους, ενώ ένα ακόμα μεγαλύτερο ποσοστό (62%) θεωρεί ότι οι ψυχικά ασθενείς, σπάνια μπορούν ή δεν μπορούν ποτέ να εργαστούν σε κανονικές δουλειές.

Επίσης, το στίγμα που συνοδεύει τις ψυχικές διαταραχές επηρεάζει αρνητικά την προσωπική ταυτότητα του ατόμου. Οι Corrigan et al. (2005) υποστηρίζουν ότι αυτό μπορεί να συμβεί μέσα από το φόβο απόρριψης που βιώνει το άτομο με κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας, το οποίο οδηγεί συνήθως σε προτίμηση της μείωσης της κοινωνικής έκθεσης και των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, στην ανεργία, σε μειωμένο εισόδημα και στέρση άλλου είδους οφελών που μπορεί κανείς να αποκομίσει στα πλαίσια του κοινωνικού συνόλου. Οι Perlick et al. (2001) επιβεβαιώνουν αυτή την άποψη, καθώς στην έρευνα που διεξήγαγαν σε ένα δείγμα 264 ψυχιατρικών ασθενών, βρήκαν ότι εκείνα τα άτομα που είχαν ανησυχίες σχετικά με το κοινωνικό στίγμα, ήταν πιθανότερο να απομονωθούν ψυχολογικά και κοινωνικά και να αποφεύγουν τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις με άλλα άτομα, πλην των συγγενών του στενού οικογενειακού περιβάλλοντός τους [15]. Ακόμη, οι Link et al. (2001), σε παρόμοια έρευνα με δείγμα 70 ατόμων με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι εκείνοι οι οποίοι επηρεάζονται αρκετά από το κοινωνικό στίγμα, έχουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης από εκείνους που δεν δίνουν σημασία στο ρόλο του κοινωνικού στίγματος [13]. Μάλιστα, οι Sirey et al. (2001) υποστηρίζουν ότι το κοινωνικό στίγμα, όπως το αντιλαμβάνονται τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην δέσμευση των ατόμων στην θεραπεία τους. Ειδικότερα, όσο μεγαλύτερο είναι το κοινωνικό στίγμα ή όσο πιο έντονα επηρεάζονται οι ίδιοι από αυτό, τόσο χαμηλότερες είναι οι πιθανότητες να δεσμευτούν στην θεραπεία τους, έχουν χαμηλότερα επίπεδα προσδοκιών σχετικά με την αποτελεσματικότητα αυτής και ακολουθούν με μικρότερη συνέπεια τις οδηγίες των επαγγελματιών υγείας [16].

Το στίγμα έχει επίσης αρνητικές συνέπειες σε εκείνες τις περιπτώσεις που άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας έρχονται σε επαφή με το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης. Πιο συγκεκριμένα, οι Watson, Corrigan και Ottati (2004) περιγράφουν την εγκληματοποίηση (criminalization) των ψυχικών διαταραχών, η οποία λαμβάνει χώρα όταν τα άτομα με

προβλήματα ψυχικής υγείας έρχονται σε επαφή με την Αστυνομία, τα δικαστήρια και το σωφρονιστικό σύστημα, αντί να αναλαμβάνονται από τις αντίστοιχες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Όπως τονίζουν οι ίδιοι, αυτό το φαινόμενο είναι ιδιαίτερα συχνό, εξαιτίας των περιορισμένων πόρων και διαθέσιμων υπηρεσιών στο πεδίο της ψυχικής υγείας, αλλά και από την τάση προς τη λήψη σκληρότερων και αυστηρότερων μέτρων αντεγκληματικής πολιτικής [17]. Οι Lamb και Weinberger (1998) υποστηρίζουν την άποψη ότι γενικά η συνεχώς αυξανόμενη έλλειψη κοινωνικής ανοχής απέναντι στα άτομα με παραβατικές συμπεριφορές, έχει οδηγήσει σε αυστηρότερους νόμους και μεγαλύτερα εμπόδια στο σχεδιασμό της κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης στις περιπτώσεις των παραβατών με προβλήματα ψυχικής υγείας [18]. Το συγκεκριμένο πρόβλημα υπογραμμίζεται επίσης από τον Terlin (1984), ο οποίος συνέκρινε τα ποσοστά συλλήψεων των Αμερικανών που ανήκουν στο γενικό πληθυσμό με εκείνα των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι τα άτομα εκείνα που παρουσιάζουν συμπτώματα και συμπεριφορές που συνδέονται με κάποια ψυχική διαταραχή, είναι πιθανότερο να συλληφθούν από την Αστυνομία σε κάποιο σημείο της ζωής τους [19].

Στίγμα και στάσεις απέναντι σε προβλήματα ψυχικής υγείας

Όπως τονίστηκε και νωρίτερα, το στίγμα δεν έχει μία ενιαία μορφή, αλλά ποικίλει από πολιτισμικό σε πολιτισμικό πλαίσιο και από εποχή σε εποχή.

Προχωρώντας στο παράδειγμα της Ελλάδας, προκύπτει ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας προκαλούν αρνητικές κοινωνικές αντιδράσεις και συνδέονται με μία σειρά από στερεοτυπικές συμπεριφορές διάκρισης [20]. Οι Madianos, Economou και Hatjiandreu (1999) πραγματοποίησαν μία διαχρονική έρευνα σχετικά με τις στάσεις για τις ψυχικές διαταραχές το 1980 και στη συνέχεια επανέλαβαν την ίδια έρευνα το 1994, με ένα συνολικό δείγμα 360 ανθρώπων από την ευρύτερη περιοχή της Αθήνας. Στη βάση των ευρημάτων τους προκύπτει ότι σε καμία από τις δύο μετρήσεις δεν υπήρχαν θετικές στάσεις και απόψεις για τις ψυχικές διαταραχές, αλλά οι συμπεριφορές απέναντι στα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας το 1994 ήταν σημαντικά λιγότερο στερεοτυπικές εν συγκρίσει με τα ευρήματα του 1980. Η εξήγηση που δόθηκε από τους ερευνητές για αυτή την διαφορά μεταξύ των δύο μετρήσεων, βασίζεται στην πεποίθηση ότι η έναρξη λειτουργίας των Κέντρων Ημέρας και των Κέντρων Ψυχικής Υγείας αύξησε σημαντικά την επαφή των πολιτών με άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας αλλά και το επίπεδο γνώσης σχετικά με την πραγματική φύση και τις διαστάσεις των ψυχικών διαταραχών [21]. Επίσης, στα πλαίσια συμμετοχής της Ελλάδας στο πρόγραμμα του Western Psychological Association, για την καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής υγείας, πραγματοποιήθηκε μία έρευνα σχετικά με τις κοινωνικές στάσεις και απόψεις για τη σχιζοφρένεια [20], ενώ τα αποτελέσματα της έρευνας συγκρίθηκαν και με τα αντίστοιχα ευρήματα ερευνών στη Γερμανία [22] και τον Καναδά [23]. Τα ευρήματα της έρευνας κατέδειξαν υψηλά επίπεδα κοινωνικής απόστασης από άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, ιδιαίτερα σε καταστάσεις που απαιτούν μεγαλύτερη εγγύτητα, ενώ τα επίπεδα κοινωνικής απόστασης στο παράδειγμα της Ελλάδας είναι σημαντικά υψηλότερα από τα αντίστοιχα της Γερμανίας και του Καναδά. Στο πλαίσιο της εξήγησης αυτών των ευρημάτων εισάγεται η πρόταση ότι η κοινωνική απόσταση είναι μεγάλη, καθώς στην ελληνική κοινωνία υπάρχει άμεση σύνδεση της σχιζοφρένειας με την παράσταση της εγκληματικότητας. Μάλιστα, οι Έλληνες δεν αντιτίθενται στην δημιουργία σπιτιών αυτόνομης διαβίωσης ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας εκτός ιδρυμάτων, με την προϋπόθεση ότι αυτά τα σπίτια δεν βρίσκονται στην δική τους γειτονιά. Ακόμη, η ηλικία συνδέεται σημαντικά με την αναπαραγωγή στιγματιστικών προτύπων για τη σχιζοφρένεια, καθώς προέκυψε ότι οι συμμετέχοντες μεγαλύτερης ηλικίας διατηρούν και υποστηρίζουν περισσότερο στερεοτυπικές απόψεις εν συγκρίσει με τους νεαρότερους συμμετέχοντες της έρευνας [20].

Αναφορικά με την αντίστοιχη κατάσταση στην Αμερική, οι σχετικές έρευνες προτείνουν ότι, παρόλο που τα προβλήματα ψυχικής υγείας είναι πολύ συχνά σε αυτόν τον πληθυσμό, μέχρι και σήμερα συνοδεύονται από κοινωνικό στίγμα [24,25]. Σχετική συγκριτική έρευνα που πραγματοποίησαν οι Phelan et al (2000) καταλήγει στο συμπέρασμα, ότι είναι πολύ μικρή η πρόοδος που εμφανίζει η αμερικανική κοινωνία στην αποδοχή και τη μη στερεοτυπική αντιμετώπιση των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας [26]. Αυτή η ίσως μειωμένη πρόοδος της αμερικανικής κοινωνίας στην αποδοχή των προβλημάτων ψυχικής υγείας, αντανακλάται στο γεγονός ότι η κοινωνική γνώμη εκφράζει αυξημένη προτίμηση στην διατήρηση κοινωνικής απόστασης απέναντι σε άτομα με κάποιο σχετικό πρόβλημα, ενώ ταυτόχρονα εμφανίζουν απροθυμία να αποδεχθούν ένα τέτοιο άτομο στην οικογένεια ή στο εργασιακό τους περιβάλλον [27].

Ακούσια νοσηλεία

Η ακούσια νοσηλεία είναι μια ιδιόζουσα μορφή νοσηλείας, η οποία για να προγραμματιστεί θα πρέπει νωρίτερα να υπάρξει μια συνεργασία ανάμεσα στο άμεσο συγγενικό περιβάλλον του ασθενούς, τους ιατρούς και τις αστυνομικές αρχές. Είναι μια επίπονη και στιγματιστική διαδικασία, που κύριο στόχο έχει την έγκαιρη βοήθεια στον πάσχοντα και την προσπάθεια επανένταξής του σε κανονικούς ρυθμούς [28]. Το κοινωνικό στίγμα που συνοδεύει την ψυχική νόσο και ειδικότερα το στερεότυπο της βίας και της επικινδυνότητας, έχει προεκτάσεις στο θέμα της αναγκαστικής νοσηλείας και του ακούσιου περιορισμού του ασθενή σε ψυχιατρικά πλαίσια. Η διάχυτη κοινωνικά πεποίθηση της επικινδυνότητας, ο φόβος και η επιθυμία κοινωνικής απόστασης του πληθυσμού από τα άτομα που νοσούν, ευνοούν την περιστολή των δικαιωμάτων και την εφαρμογή μέτρων καταναγκαστικού χαρακτήρα στην ψυχιατρική θεραπεία. Από την άλλη πλευρά, το ίδιο το γεγονός της αναγκαστικής νοσηλείας, υπό τις συνθήκες στις οποίες πραγματοποιείται, ενδυναμώνει το στερεότυπο της επικινδυνότητας, δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο αναπαραγωγής του στίγματος.

Η ακούσια εισαγωγή, αναφέρεται στην εισαγωγή ενός ατόμου σε μία ψυχιατρική μονάδα παρά την δική του/της θέληση, η οποία στην Ελλάδα αφορά πάνω από το 40% των περιπτώσεων ψυχιατρικών εισαγωγών [29]. Παρόλο που διεθνώς είναι γενικώς παραδεκτό πως περίπου το 10% των ψυχιατρικών εισαγωγών μπορούν να πραγματοποιούνται ακούσια, στην Ελλάδα τα στοιχεία δείχνουν πως αυτό δεν αποτελεί ένα ακραίο μέτρο αλλά μία από τις πλέον συνήθεις πρακτικές. Στα πλαίσια της αποασυλοποίησης και της σταδιακής ένταξης των έγκλειστων στην κοινότητα εισήχθη ο νόμος 2071/92, ο οποίος αποτέλεσε ένα σημαντικό βήμα εξανθρωπισμού του προηγούμενου αναχρονιστικού νόμου, ο οποίος είχε πολλάκις προκαλέσει σοβαρές αντιδράσεις σε διεθνές επίπεδο [30]. Με βάση λοιπόν το συγκεκριμένο νόμο, ορίζονται κάποιες προϋποθέσεις για την εφαρμογή του ακούσιου εγκλεισμού. Συγκεκριμένα, τον εγκλεισμό ενός ατόμου μπορούν να αιτηθούν οι συγγενείς ορισμένου βαθμού ή εναλλακτικά ο εισαγγελέας πρωτοδικών σε εξαιρετικές περιπτώσεις. Η αίτηση για ακούσια νοσηλεία πρέπει να συνοδεύεται από δύο γνωματεύσεις ψυχιάτρων, οι οποίες, εάν είναι σύμφωνες, ο εισαγγελέας διατάσσει τη μεταφορά του φερόμενου ως ψυχικά πάσχοντα σε μία κατάλληλη μονάδα ψυχικής υγείας. Σε αυτή τη μονάδα, διενεργείται η ψυχιατρική αξιολόγηση του ατόμου, τα αποτελέσματα της οποίας αποστέλλονται εντός 48 ωρών στον εισαγγελέα, ο οποίος είναι αυτός που θα διατάξει τη νοσηλεία στη βάση αυτών των γνωματεύσεων. Μόλις το άτομο εισαχθεί στη μονάδα ψυχικής υγείας, σύμφωνα με το νόμο, ενημερώνεται για τα δικαιώματά του και υπογράφει σχετικό πρωτόκολλο. Στη συνέχεια, συνεδριάζει το Μονομελές Πρωτοδικείο, όπου καλείται ο ασθενής, ο οποίος μάλιστα έχει το δικαίωμα να παραστεί με δικηγόρο και ψυχίατρο τεχνικό σύμβουλο. Εάν το δικαστήριο αποφασίσει τη συνέχιση της νοσηλείας, ο ασθενής έχει δικαίωμα έφεσης, ενώ τόσο ο ίδιος όσο και οι συγγενείς του έχουν δικαίωμα αίτησης διακοπής της ακούσιας νοσηλείας. Η νοσηλεία διακόπτεται, όταν δεν υφίστανται πλέον οι λόγοι που την προκάλεσαν, ενώ, με το πέρας τριών μηνών, εάν η νοσηλεία ακόμη συνεχίζεται, οι θεράποντες ψυχίατροι οφείλουν να αιτιολογήσουν στον εισαγγελέα την παράταση της νοσηλείας. Τέλος, μέγιστη διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας ορίζονται οι έξι μήνες, εκτός από εξαιρετικές περιπτώσεις, στις οποίες απαιτείται και η αιτιολογημένη έκθεση τριών ψυχιάτρων. Ωστόσο, οι λίγες έρευνες που έχουν ασχοληθεί με τη διερεύνηση της εφαρμογής δείχνουν ότι υπάρχει σημαντική απόσταση της πράξης από τις νομοθετικές προβλέψεις [31].

Στην ψυχιατρική κλινική, η εντολή για σύσταση νοσηλείας σε έναν ψυχικά ασθενή είναι μια πάρα πολύ περίπλοκη διαδικασία, αλλά η απόφαση για σύσταση ακούσιας νοσηλείας είναι ακόμη πιο δύσκολη, αφού σχετίζεται με κοινωνικά αποκλίνουσες συμπεριφορές αυτοκαταστροφικές ή ετεροκαταστροφικές των ψυχικά πασχόντων. Σε όλες τις μεγάλες κοινωνίες, η πολιτεία έχει οργανώσει μια ειδική νομοθεσία, με στόχο την προστασία των πασχόντων από ψυχικές παθήσεις αλλά και την προφύλαξη του κοινωνικού συνόλου από τις διαταραχές των ψυχικά ασθενών.

Οι νομοθεσίες αυτές διαφέρουν από χώρα σε χώρα στη φιλοσοφία έχουν προβλέψει όμως την ειδική, κατοχυρωμένη παροχή φροντίδας στα συγκεκριμένα άτομα τα οποία λόγω της ψυχικής τους κατάστασης μπορεί να γίνουν επικίνδυνα για τον εαυτό τους ή και τους άλλους ή δεν δέχονται τη θεραπευτική αγωγή. Ο ασθενής έχει δικαίωμα να είναι ελεύθερος και να αποφασίσει ο ίδιος για το αν θα λάβει θεραπευτική αγωγή ή όχι, παράλληλα όμως υπάρχει άμεση ανάγκη για εφαρμογή κάποιας θεραπευτικής παρέμβασης, για να μπορέσει να προστατευτεί και ο κοινωνικός περίγυρος.

Η χρήση του μέτρου της αναγκαστικής νοσηλείας στην ελληνική πραγματικότητα, λόγω έλλειψης πρωτοβάθμιας φροντίδας, είναι πολύ συχνότερη του επιθυμητού. Σύμφωνα με έρευνες, τα αποτελέσματα των οποίων δόθηκαν στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) για την ενημέρωση του Mental Health Atlas 2017, το 2016 τα ποσοστά εισαγωγής στα νοσοκομεία που γίνονται ακουσίως, στα δύο μεγάλα ψυχιατρεία της χώρας, κυμαίνονται μεταξύ 50-54% ενώ στα γενικά νοσοκομεία αγγίζει το 35% [32], ενώ το αντίστοιχο ποσοστό σε χώρες όπως η Πορτογαλία είναι 3%.

Μια ιστορική αναδρομή των νομοθετικών ρυθμίσεων

Η καταστατική της ψυχικής ασθένειας κατείχε ανέκαθεν μια ιδιαίτερη θέση διαχρονικά αλλά και διαπολιτισμικά. Η ιδιαιτερότητα αυτή όμως δεν συνοδευόταν από μια σταθερή στάση απέναντι στο πάσχον υποκείμενο αλλά η αναπαράσταση και η αντιμετώπιση, προσδιοριζόταν και μεταβάλλονταν από τα κυρίαρχα επιστημονικά, ιδεολογικά και πολιτιστικά ισχύοντα του εκάστοτε χωροχρόνου. Στην Ελλάδα των προ-κλασικών χρόνων ισχύει η εξωανθρώπινη προέλευση των ψυχικών προβλημάτων, ενώ στην κλασική εποχή αρχίζει η θεώρηση της ψυχικής ασθένειας υπο το πρίσμα μιας οργανικής νόσου, κάτι που επηρεάζει και την αντιμετώπιση της από τα δικαιοδοτικά συστήματα. Η ποινική ευθύνη θεμελιώνεται στη βάση της ηθικής ευθύνης του δράστη, με συνέπεια κάποιες κατηγορίες παραβατών όπως τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, τα άτομα με νοητική υστέρηση, οι ανήλικοι και οι υπερήλικες, είτε να μην δίνονται, είτε να υφίστανται μειωμένες ποινές θεωρούμενοι ως μη δεκτικοί για καταλογισμό ή δεκτικοί για μειωμένο καταλογισμό [33]. Η προσέγγιση αυτή συνεχίστηκε και κατά την περίοδο της Ρωμαϊκής αυτοκρατορίας, κατά την οποία υπήρξαν αρκετές ρυθμίσεις αστικού δικαίου για τα άτομα με ψυχικά προβλήματα. Βέβαια, το ενδιαφέρον σημείο είναι η ολοκληρωτική υπαγωγή της τύχης του πάσχοντα από τον δικαστή. Για τα άτομα που διέπραταν αδικήματα, αφενός προβλεπόταν μειωμένη ευθύνη, αφετέρου ετίθεντο υπό την επιτήρηση συγγενών ή φυλάκων οι οποίοι ορίζονταν από τις δικαστικές αρχές [34]. Στην περίοδο κυριαρχίας του Βυζαντίου διαμορφώθηκε μια αξιολογική αστική αλλά και ποινική νομοθεσία για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Συγκεκριμένα, το ποινικό δίκαιο χαρακτηριζόταν από τα εξής στοιχεία: α) Δεν προέβλεπε ποινές στερητικές της ελευθερίας του ατόμου, β) Υπήρχε άμεση σύνδεση της βαρύτητας της ποινής προς τη βαρύτητα του αδικήματος, και γ) Προέβλεπε ελαφρότερες ποινές για αδικήματα από αμέλεια όσο και για ειδικούς πληθυσμούς.

Η πρώτη νομοθετική ρύθμιση : ο ν.ΨΜΒ του 1862

Κατά την διάρκεια της μακρόχρονης τουρκικής κατοχής, σε μια περίοδο κατά την οποία οι περισσότεροι θεσμοί είχαν καταλυθεί, η ποινική δικαιοσύνη ρυθμιζονταν αυθαίρετα σύμφωνα με τη βούληση των κατακτητών χωρίς να υφίσταται το δικαίωμα μιας ανεξάρτητης ποινικής νομοθεσίας. Μόνο μετά την επανάσταση του 1821 διαμορφώνεται ο πρώτος ποινικός κώδικας του νέου Ελληνικού Κράτους το 1823, στη Β΄ Εθνοσυνέλευση του Άστρους, με την επωνυμία «Απάνθισμα των εγκληματικών » [35]. Η έκδοση του Ποινικού Νόμου το 1834 και η ψήφιση του ν. ΨΜΒ το 1862 είναι δύο κομβικά σημεία στην ελληνική νομοθετική προϊστορία , οι συνέπειες των οποίων διαφαίνονται μέχρι και σήμερα. Ο Ποινικός Νόμος εξέφραζε λόγο ξενότροπο, αυταρχικό και ολοκληρωτικό, λόγο πολιτικό ο οποίος συμβάδιζε με την ξενοκρατική απόλυτη μοναρχία που είχε εγκατασταθεί στην Ελλάδα [36]. Ο ΨΜΒ του 1862 «περί συστάσεως φρενοκομείων» επι Όθωνος, εγκαθίδρυσε τα άσυλο ως χώρο εγκλεισμού και νοσηλείας των ψυχικά πασχόντων, ακολουθώντας ως πρότυπο τη γαλλική ψυχιατρική νομοθεσία του 1838 η οποία θεωρείται πιο ολοκληρωμένη και προσαρμόσιμη στην ελληνική πραγματικότητα. Αλλά και αυτή η νομοθετική προσπάθεια φαίνεται να λειτουργεί αποκομμένη από την ελληνική πραγματικότητα και τις δυνατότητες της [37]. Παρόλο αυτά ο ΨΜΒ έχει πολλά πλεονεκτήματα. Διαθέτει ξεκάθαρες διατάξεις, όπου τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις ήταν καλά καθορισμένα. Ο νόμος ρυθμίζει τις εισαγωγές και τις εξόδους, προσπαθεί να εξασφαλίσει τη διαφύλαξη των ατομικών ελευθεριών και τον έλεγχο των ιδρυμάτων, προβλέπει ακόμα και ποινές για τους υπαλλήλους οι οποίοι παραβιάζουν τα δικαιώματα των πασχόντων *«εάν δε τις των υπαλλήλων ή υπηρετών του Φρενοκομείου φέρεται υβριστικώς ή κακοποιεί τινά των εν καταστήματι νοσηλευόμενον τιμωρείται με την εν τω άρθρο 473 του ποινικού νόμου οριζομένην ποινήν »* [38].

Σε αυτό το σημείο ίσως πρέπει να αναφερθεί ένας προβληματισμός. Η διαπίστωση της μακροβιότητας του συγκεκριμένου νόμου, δεδομένου ότι το επόμενο νομοθετικό διάταγμα εφαρμόστηκε το 1973, μας οδηγεί στον προβληματισμό γιατί δεν υπήρξε ένα εφικτό αίτημα αλλαγής σε πιο σύντομο χρονικό διάστημα.

Ο νόμος Ν.Δ 104/73

Για την πλειονότητα των ειδικών, οι οποίοι προέρχονται είτε από τον χώρο της ψυχικής υγείας, είτε από τους νομικούς κυκλους, η εφαρμογή του Νομοθετικού Διατάγματος 104/73 ήταν μια ιδιαίτερα αρνητική στιγμή για την ελληνική ψυχιατρική.

Το Ν.Δ 104/73 «Περί ψυχικής υγιεινής και περιθάλψεως των ψυχικά πασχόντων» σχεδιάστηκε και εφαρμόστηκε σε μια πολύ δύσκολη εποχή για την Ελλάδα, την χούντα, και παρέμεινε σε ισχύ περίπου μια εικοσαετία. Οι διατάξεις του έχουν κατά βάση αρνητικούς χαρακτηρισμούς, θεωρούνται δε αναχρονιστικές έως και ολοκληρωτικές. Ενώ ο 104/73 θεωρητικά ήρθε να καλύψει τα κενά του ΨΜΒ, δημιούργησε ένα μοντέλο αναγκαστικού εγκλεισμού, στο οποίο ο ψυχικά ασθενής στερείτο στοιχειωδών δικαιωμάτων του τόσο ως πολίτης όσο και ως υποκείμενο δικαίου [39].

Γενική αρχή και κυρίαρχη φιλοσοφία του νόμου αυτού, ήταν η πλήρης εξάρτηση του ψυχικά ασθενούς από τους ψυχιάτρους, αφού ο τρόπος και η διάρκεια της νοσηλείας του εξαρτιόταν από τις γνωματεύσεις και τις αποφάσεις τους. Η εισαγωγή των ασθενών στο ψυχιατρικό νοσοκομείο συχνά ισοδυναμούσε με χρονικά απροσδιόριστη παραμονή τους σε αυτό, με αποτέλεσμα τα ψυχιατρικά νοσοκομεία να μετατρέπονται σε μονάδες φύλαξης και κοινωνικής περίθαλψης.

Ας αναφέρουμε ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα : ο γιατρός ή ο διευθυντής του ιδρύματος μπορεί να σταματήσει τη διαδικασία εξόδου του πάσχοντα (ακόμα και του εκουσίως εισαχθέντα) από το νοσοκομείο με αυθαίρετο τρόπο με μια απλή δήλωση «πρόωρου εξιτηρίου». Ένα άλλο ενδεικτικό σημείο ο 104/73 ορίζει ότι *«Ο παραλαβών τον ασθενή καθίσταται υπόχρεος για πάσαν ποινικήν και αστική ευθύνη αυτού»*. Ειδικοί επισημαίνουν την αοριστία του νόμου και την ασάφεια σε πολλά σημεία, μια ασάφεια η οποία επιτρέπει σε μεγάλο βαθμό τις υποκειμενικές ερμηνείες και εκτιμήσεις, με φανερό τον κίνδυνο εμφάνισης αυθαιρεσιών. Επίσης, παρατηρούν ότι στο Ν.Δ 104/73 δεν γίνεται καμία διάκριση μεταξύ ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών αλλά ούτε μεταξύ ψυχιάτρων που είναι κρατικοί λειτουργοί και ψυχιάτρων που ασκούν ιδιωτικό επάγγελμα: *« Η παρατήρηση αυτή γίνεται λαμβάνοντας υπόψη τα οικονομικά συμφέροντα που συχνά διακυβεύονται με μια νοσηλεία σε ψυχιατρείο ή κλινική»* [40].

Ο νόμος ν.2071/1992

Το Ν.Δ 104/73 αντικαταστάθηκε το 1992 από το ν.2071/1992. Στο μεταξύ στα μέσα της δεκαετίας του 1980 επήλθαν οι αποκαλύψεις για την κατάσταση στο Ψυχιατρείου της Λέρου, κάτι που έστρεψε το κοινωνικό και πολιτικό ενδιαφέρον στις συνθήκες της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση κάνει τα πρώτα της βήματα. Ο ν.1397/83 δίνει έμφαση στην κοινωνική αποκατάσταση και επανένταξη των ψυχικά πασχόντων, ενώ το 1984 «χρονιά σταθμό» για την ελληνική ψυχιατρική, αποφασίζεται η υλοποίηση του κανονισμού 815/84 από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή με 120 εκατομμύρια ECU, σηματοδοτώντας έτσι την έναρξη της ελληνικής μεταρρυθμιστικής προσπάθειας. Μέσα σε αυτές τις συνθήκες, η θεσμοθέτηση ενός σύγχρονου νομικού πλαισίου θεωρείτο επιβεβλημένη και τελικά εκφράστηκε με την εφαρμογή του ν. 2071/92. Ο νόμος ν. 2071/1992 έθεσε πλέον σε σύγχρονες δημοκρατικές και ορθολογικές βάσεις το όλο πλαίσιο της ακούσιας νοσηλείας, εναρμονιζόμενο με την Ευρωπαϊκή νομοθεσία και τη διαδικασία ψυχιατρικής μεταρρύθμισης [39].

Μια από τις βασικές θεωρητικές κατευθύνσεις του νέου νόμου προέρχεται από τη διαπίστωση, ότι τα προηγούμενα νομοθετήματα επέτρεπαν μια αυξημένη αυθαιρεσία εκ μέρους των ψυχιάτρων. Είναι γεγονός ότι οι δύο τελευταίες νομοθετικές διευθετήσεις, οι οποίες καλύπτουν ένα χρονικό διάστημα 150 ετών, φάνηκαν ανεπαρκείς είτε αναφορικά με τη δυνατότητα εφαρμογής τους, είτε αναφορικά με τον τρόπο προσέγγισης και διαφύλαξης των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων.

Για το θέμα της ακούσιας νοσηλείας, ενδεικτικό της διαφοράς του νέου νόμου από τα προηγούμενα νομοθετήματα, είναι το γεγονός ότι ο παλαιότερος νόμος δεν εγγυόταν δικαστικά τα δικαιώματα του πάσχοντα «...ο νομοθέτης στα άρθρα 69 και 70 ουδεμία αναφορά κάνει για τη θεραπεία του ακαταλόγιστου δράστη. Αντίθετα, αυτό που κύρια φαίνεται να ενδιαφέρει είναι ο κίνδυνος που μπορεί να προκληθεί στη δημόσια ασφάλεια» [40]. Αντίθετα, ο 2071/92 δίνει σαφή προτεραιότητα στη θεραπευτική αξία και όχι στη φυλακτική προοπτική, αναφορικά με τις περιπτώσεις της ακούσιας νοσηλείας των πασχόντων. Παρουσιάζει δε βασικές καινοτομίες στις διατάξεις του 6^{ου} κεφαλαίου του νόμου που ρυθμίζουν την εισαγωγή, νοσηλεία και έξοδο σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας, καθώς χαρακτηρίζονται από την ανάγκη διασφάλισης των δικαιωμάτων του εγκλειόμενου ψυχικά ασθενή στο ψυχιατρικό ίδρυμα. Οι συγκεκριμένες διατάξεις είναι πλήρως εναρμονισμένες με τις αρχές της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου και της ερμηνείας της, μέσω των αποφάσεων του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου.

Συνοπτικά οι καινοτομίες αυτές εστιάζονται στις εξής ενότητες :

- α) Στην καθιέρωση σαφών προϋποθέσεων για την επιβολή της ακούσιας νοσηλείας
- β) Στην καθιέρωση εγγυήσεων δικαστικού ελέγχου της νοσηλείας
- γ) Στη θέσπιση σύντομων προθεσμιών δικαιοδοτικού ελέγχου
- δ) Στην παροχή δικαιωμάτων στον ασθενή, με την παράλληλη υποχρέωση της Μονάδας Ψυχικής Υγείας που νοσηλεύεται για την ενημέρωση του σχετικά με τα δικαιώματα που του παρέχονται
- ε) Στον ορισμό ανώτατου χρόνου νοσηλείας

στ) Στη βούληση προκειμένου να λάβει η ακούσια νοσηλεία αμιγώς θεραπευτικό προσανατολισμό.

ζ) Στον περιορισμό της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις [41].

Φαίνεται δηλαδή ότι ο καινούργιος νόμος στόχο έχει όχι απλά να προασπίσει με σαφώς επαρκέστερο και πιο ολοκληρωμένο τρόπο τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων, αλλά και να αλλάξει τη φιλοσοφία και τον προσανατολισμό των ποινικών αλλά και των ψυχιατρικών θεσμικών οργάνων αναφορικά με τη διαχείριση του πάσχοντα. Μια διαχείριση η οποία πρωτίστως πρέπει να έχει θεραπευτικό χαρακτήρα. Η φιλοσοφία του ν.2071/92 είναι να δίδεται προτεραιότητα στη θεραπευτική προσέγγιση, όσο και στην προστασία των ψυχικά ασθενών από τυχόν αυθαιρεσίες.

Ενδεικτικά, ενώ με τα παλαιότερα νομοθετήματα ο εγκλεισμός του φερόμενου ως πάσχοντα μπορούσε να γίνει και μόνο με την εντολή, σύμφωνα με τον νέο νόμο, την οριστική απόφαση εγκλεισμού τη λαμβάνει το δικαστήριο και συγκεκριμένα το Μονομελές Πρωτοδικείο, με τη διαδικασία της εκούσιας δικαιοδοσίας, κεκλεισμένων των θυρών [42]. Οι βασικοί και καινοτόμοι άξονες γύρω από τους οποίους κινείται ο νέος νόμος μπορούν να συνοψιστούν στα εξής : α) Η καθιέρωση εγγυήσεων και δικαστικού ελέγχου της ορθότητας του αναγκαστικού εγκλεισμού (γίνεται δίκη στην οποία καλείται υποχρεωτικά ο φερόμενος ως ασθενής ο οποίος μπορεί να αναπτύξει τις απόψεις του και να έχει συμπάρασταση συνηγόρου αλλά και ψυχιάτρου στο ρόλο τεχνικού συμβούλου), β) Η προοπτική της ακούσιας νοσηλείας σαν μια διαδικασία που εξυπηρετεί πρωτίστως τις θεραπευτικές ανάγκες, γ) Η καθιέρωση ανώτατου χρονικού ορίου νοσηλείας το οποίο έχει καθοριστεί στους έξι μήνες, ενώ για την υπέρβαση πρέπει να συντρέχουν ειδικοί λόγοι, δ) Ένα επίσης σοβαρό θέμα που προσπαθεί να επιλυθεί είναι η επίσπευση των διαδικασιών. Έτσι σύμφωνα με τον καινούργιο νόμο, ο εισαγγελέας πρέπει να εισάγει την αίτηση για την ακούσια νοσηλεία στο Μονομελές Πρωτοδικείο σε προθεσμία τριών ημερών, ενώ το Πρωτοδικείο πρέπει να εκδώσει οριστική απόφαση εντός 10 ημερών, ε) Επιπλέον, την αίτηση του εισαγγελέα πρέπει να συνοδεύουν δύο ανεξάρτητες ιατρικές γνωματεύσεις (γιατρών που να υπηρετούν στο ΕΣΥ σε μόνιμες θέσεις και σε καμία περίπτωση απλές γνωματεύσεις από ιδιώτη ψυχίατρο), οι οποίες πρέπει να συμφωνούν μεταξύ τους και να αιτιολογούν την πρόταση για ακούσια νοσηλεία, στ) Τα δικαιώματα του φερόμενου ως πάσχοντα έχουν αναβαθμιστεί: πέραν του δικαιώματος για παράσταση στη δίκη με συνήγορο, ο νόμος δίνει το δικαίωμα άσκησης ένδικου μέσου, το δικαίωμα αίτησης για διακοπή της θεραπείας και υποχρεώνει την Μονάδα Ψυχικής Υγείας στην οποία νοσηλεύεται ο πάσχων να τον ενημερώσει για τα δικαιώματα που του παρέχει ο νόμος, ζ) Τέλος ένα κομβικό σημείο αφορά την έννοια της επικινδυνότητας.

Με τον ν. 2071/1992 φαίνεται ότι ορίστηκαν με σχετική σαφήνεια οι όροι υπαγωγής ενός προσώπου σε καθεστώς ακούσιας νοσηλείας με την υιοθέτηση ενός μικτού συστήματος προϋποθέσεων. Ειδικότερα για την εισαγωγή απαιτείται (διαζευκτικά):

- Είτε: ψυχική διαταραχή και ανικανότητα του ασθενή να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του, η κατάσταση της οποίας πρόκειται να επιδεινωθεί ή η βελτίωση της να αποκλειστεί εάν δεν υποβληθεί σε θεραπεία
- Είτε: ψυχική διαταραχή και ανάγκη νοσηλείας , για την αποτροπή πράξεων βίας

Παρόλο που γίνεται μια προσπάθεια για μια ολοκληρωμένη και σαφή οριοθέτηση των προϋποθέσεων εισαγωγής, η προβληματική έννοια της επικινδυνότητας φαίνεται ότι εξακολουθεί να υπεισέρχεται στις αξιολογικές κρίσεις. Στην περίπτωση της επικινδυνότητας, η ύπαρξη προηγούμενων «επιθετικών επεισοδίων» εξακολουθεί να είναι το βασικότερο κριτήριο πρόγνωσης .

Αξίζει να επισημανθεί για ακόμα μια φορά, η σημαντική διαφοροποίηση του ν. 2071/92 όσον αφορά τις δικαστικές εγγυήσεις. Δεν είναι πια ο εισαγγελέας αυτός που λαμβάνει την τελεσίδικη απόφαση για την νομιμότητα ή μη μιας νοσηλείας, αλλά το δικαστήριο και αυτό γίνεται για την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη προστασία των δικαιωμάτων των φερόμενων ως πασχόντων. Μια ιδανική διαδικασία, θα ήθελε τις δικαστικές αρχές να μην αποβαίνουν απλά επικυρωτικά όργανα όπως ήταν η συνηθέστερη πρακτική μέχρι σήμερα, αλλά να επεμβαίνουν ενεργά στη διαδικασία. Επίσης, άλλο ένα θέμα που επιχειρεί να επιλύσει ο νέος νόμος, είναι αυτό των προθεσμιών. Η ολοκλήρωση της διαδικασίας στο συντομότερο δυνατό χρόνο είναι ίσως μια από τις βασικότερες εγγυήσεις, όταν υπάρχει επιβολή ενός στερητικού της ελευθερίας μέτρου, ακόμα και για θεραπευτικούς σκοπούς. Ο ν.2071/92 προβλέπει ρητές προθεσμίες, τόσο αναφορικά με την εκτέλεση της δικαστικής διαδικασίας (3 ημέρες μέχρι να αποσταλεί η αίτηση του εισαγγελέα στο δικαστήριο και 10 ημέρες μέχρι να εκδοθεί η απόφαση του δικαστηρίου), όσο και αναφορικά με το χρονικό διάστημα της παραμονής του ασθενή, όπου προσδιορίζεται ρητά το διάστημα των 48 ωρών για εξέταση και σύνταξη γνωματεύσεων, ενώ η συνολική χρονική διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας δεν μπορεί να υπερβαίνει τους 6 μήνες πλην σπανιότατων εξαιρέσεων [43].

Ο ν. 2716/99

Το 1999 εκδόθηκε ο νόμος 2716/99, με τίτλο «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις» που ουσιαστικά αποσκοπεί στην προστασία των ατομικών ελευθεριών των ασθενών. Βασική έννοια του νόμου είναι ότι κάθε ασθενής πρέπει να θεραπεύεται στην κοινότητα του (έννοια της τομεοποίησης). Σε αυτό το πνεύμα ο ν.2716/99 αποτέλεσε σοβαρή προσπάθεια βελτίωσης των αδυναμιών του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα. Η θετική αλλαγή κατεύθυνσης διαφαίνεται στην παράγραφο 2 του άρθρου 1. « *Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος Νόμου, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας* » [44]. Από το γενικό πνεύμα αυτού του νέου νομοθετήματος είναι εμφανής η προσπάθεια της παράλληλης ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, της αποασυλοποίησης και της εναρμόνισης της λειτουργίας μεταξύ των διαφόρων μονάδων .

Μια ακόμα σημαντική διαφοροποίηση του ν.2716/99, αναφέρεται στο άρθρο 16 και αφορά την ακούσια νοσηλεία. «Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούν οι ιδιωτικές κλινικές προκειμένου να δέχονται ασθενείς με ψυχικές διαταραχές για ακούσια νοσηλεία και ορίζεται ο τρόπος διασύνδεσης αυτών των ιδιωτικών κλινικών με την Ειδική Επιτροπή προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και η παρακολούθηση των ασθενών από τις τομεακές επιτροπές Ψυχικής Υγείας». Δίνεται δηλαδή η δυνατότητα στον ιδιωτικό τομέα να εμπλακεί στο πεδίο της ακούσιας νοσηλείας, κάτι που μέχρι τότε αφορούσε μόνο τις δημόσιες δομές ψυχιατρικής περίθαλψης.

Διαφορές ανάμεσα στις Ευρωπαϊκές χώρες

Το νομοθετικό πλαίσιο που διέπει την ακούσια νοσηλεία στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρουσιάζει διαφορές σε περισσότερους από έναν τομείς. Στις Σκανδιναβικές χώρες οι διαδικασίες για αναγκαστική ή ακούσια νοσηλεία είναι πολύ απλές, ενώ στις Η.Π.Α είτε δεν υπάρχει η συγκεκριμένη νομοθεσία είτε οδηγούνται σε ακροαματικές διαδικασίες του δικαστηρίου. Στη Μεγάλη Βρετανία και στην Ουαλία υπάρχει ανάλογη νομοθεσία από το 1983 ενώ στην Ελλάδα η τελευταία αναθεώρηση της νομοθετικής διαδικασίας για την ακούσια νοσηλεία των ψυχικά ασθενών είναι από το 1992. Η επικινδυνότητα δεν αποτελεί προϋπόθεση αναγκαστικής νοσηλείας στην Ιταλία, την Ισπανία και τη Σουηδία, ενώ σε χώρες που ορίζουν σαν επιπρόσθετο κριτήριο της επικινδυνότητας την ανάγκη για θεραπεία, η παρουσία της πρώτης θεωρείται επαρκής από μόνη της. Η υπεύθυνη αρχή για την απόφαση τοποθέτησης του ασθενούς για ακούσια νοσηλεία, σε δέκα από τις δεκαπέντε υπο μελέτη χώρες (Αυστρία, Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Ιταλία, Ολλανδία, Πορτογαλία, Ισπανία, Αγγλία) είναι μη ιατρική και μόνο στις εναπομείνουσες πέντε χώρες (Δανία, Φιλανδία, Ιρλανδία, Σουηδία, Λουξεμβούργο), την ευθύνη αυτή αναλαμβάνουν ψυχίατροι ή άλλοι επαγγελματίες υγείας. Τέλος, η παρουσία νομικού αντιπροσώπου του ασθενούς στη διαδικασία είναι υποχρεωτική σε έξι μόνο, από τις υπο μελέτη χώρες και συγκεκριμένα στη Αυστρία, το Βέλγιο, την Δανία, την Ιρλανδία, την Ολλανδία και την Πορτογαλία [45].

Σε μεταγενέστερο άρθρο των Kallert, Rymaszewska & Torres-Gonzales, γίνεται μια πιο αναλυτική αναφορά στις διαφορές των νομοθετικών πλαισίων σε 12 χώρες (Βουλγαρία, Τσεχία, Αγγλία, Γερμανία, Ελλάδα, Ισραήλ, Ιταλία, Λιθουανία, Πολωνία, Σλοβακία, Ισπανία και Σουηδία), με αυτές να κατηγοριοποιούνται ως εξής:

- Όροι περιγραφής ψυχικών διαταραχών: Η πλειοψηφία των χωρών χρησιμοποιεί τον όρο ψυχική νόσος ή ψυχική διαταραχή, λίγες όμως είναι αυτές που καθορίζουν με ακρίβεια τις διαγνωστικές κατηγορίες. Η Βουλγαρία είναι η χώρα με την πλέον λεπτομερή νομοθεσία όσον αφορά τις κατηγορίες αυτές (ψύχωση, διαταραχές προσωπικότητας, νοητική υστέρηση και άνοια), ενώ η Ιταλία χρησιμοποιεί τον χαμηλής ειδικότητας όρο «ψυχολογικές αλλαγές». Η Λιθουανία και η Σουηδία εντάσσουν στη νομοθεσία τη σοβαρότητα της ψυχικής διαταραχής, ενώ μόνο τρεις χώρες εξαιρούν καταστάσεις από την διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας (Ελλάδα, Αγγλία και Σουηδία). Συγκεκριμένα, στην Αγγλία άτομα που εμφανίζουν ανήθικη συμπεριφορά, σεξουαλικές αποκλίσεις ή εξάρτηση από αλκοόλ ή ουσίες, δεν κρίνονται ως άτομα που πάσχουν από ψυχική διαταραχή ως εκ τούτου δεν μπορούν να νοσηλευτούν με την διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας. Στην Σουηδία αντιστοίχως, αποκλείονται άτομα που πάσχουν μόνο από αναπτυξιακές διαταραχές ενώ στην Ελλάδα αποκλείονται από το μέτρο της ακούσιας νοσηλείας, άτομα που η συμπεριφορά τους απλά αντιτίθεται στις κοινωνικές, ηθικές και πολιτικές αξίες της κοινωνίας.
- Χρονικά όρια: Ο διαθέσιμος χρόνος για να αποφασισθεί η ανάγκη ή μη ακούσιας νοσηλείας ποικίλλει από 24-72 ώρες μέχρι και τέσσερις εβδομάδες στη Σουηδία ενώ η ακρόαση στο δικαστήριο γίνεται σε δύο έως δέκα ημέρες. Η νοσηλεία κυμαίνεται από μία εβδομάδα (Ιταλία) έως έξι μήνες (Αγγλία, Ελλάδα, Ισπανία). Η δυνατότητα επέκτασης της νοσηλείας κυμαίνεται από μια εβδομάδα έως και ένα χρόνο ενώ υπάρχουν χώρες που δεν ορίζουν συγκεκριμένο χρόνο παράτασης. Μόνο η Γερμανία ορίζει μέγιστο χρόνο νοσηλείας και μόνο η Ελλάδα απαιτεί γνωμάτευση τριών ψυχιάτρων, με τους δύο να είναι ανεξάρτητοι, για παράταση της νοσηλείας πέραν

των έξι μηνών.Τέλος, η δυνατότητα εισαγωγής για παρακολούθηση μόνο κυμαίνεται από 48 ώρες (Ελλάδα) έως 28 ημέρες (Αγγλία).

- Δικαίωμα αίτησης για ακούσια νοσηλεία: Μεγάλες είναι οι διαφορές που παρατηρούνται μεταξύ των χωρών, με το δικαίωμα αυτό να παραχωρείται σε συγγενικά πρόσωπα, ιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς έως και οποιονδήποτε γνωρίζει τον ασθενή. Ως δύο ακραία παραδείγματα αναφέρονται η Τσεχία που αφήνει το δικαίωμα αυτό μόνο σε γιατρούς και η Ισπανία που το παραχωρεί στους γονείς, σε άλλα συγγενικά πρόσωπα, σε γιατρούς αλλά και σε νομικούς εκπροσώπους όπως είναι ο εισαγγελέας. Η μόνη χώρα που παραχωρεί το δικαίωμα αίτησης σε κοινωνικούς λειτουργούς είναι η Αγγλία ενώ η Ελλάδα ανήκει στις χώρες που ορίζουν με σαφήνεια τα άτομα που μπορούν να ζητήσουν εισαγγελική παραγγελία.
- Δικαίωμα ένστασης: Οι ορισμοί σε όλες τις χώρες σχετικά με το δικαίωμα του ασθενή να προσβάλλει την ακούσια νοσηλεία του δεν είναι ξεκάθαρα. Αν και επιτρέπουν να γίνεται οποιαδήποτε στιγμή, τυπικά αυτό επιτρέπεται από την στιγμή που θα ενημερωθεί ο ασθενής για την απόφαση του δικαστηρίου. Όλες οι υπο μελέτη χώρες παραχωρούν το δικαίωμα αυτό στον ασθενή. Η Ιταλία και η Τσεχία, εκτός από τον ίδιο τον ασθενή, παραχωρούν το δικαίωμα αυτό σε «οποιοδήποτε ενδιαφερόμενο». Αυτός ο ορισμός συμπεριλαμβάνει και τους συγγενείς του ασθενή. Οι συγγενείς, αναφέρονται ρητά στη νομοθεσία και τριών άλλων χωρών (Αγγλία, Ισραήλ, Πολωνία). Η Σουηδία ωστόσο, αποκλείει τους συγγενείς. Στην νομοθεσία της Λιθουανίας και της Πολωνίας δικαίωμα προσβολής της ακούσιας νοσηλείας έχουν και οι νόμιμοι εκπρόσωποι του ασθενή.
- Σχέση ακούσιας νοσηλείας-θεραπείας: Μόνο η Βουλγαρία και η Γερμανία διαχωρίζουν τους δύο όρους ενώ στην Ελλάδα και στην Ισπανία δεν γίνεται ειδική αναφορά στη θεραπεία. Ταυτόχρονα πέντε από τις υπο μελέτη χώρες (Βουλγαρία, Ελλάδα, Αγγλία, Λιθουανία, Ισπανία) δεν αναφέρονται στη χρήση μέσων περιορισμού στους ψυχιατρικούς ασθενείς. Αντιθέτως στην Γερμανία η νομοθεσία ορίζει ρητά πότε ο ασθενής θα περιοριστεί πχ. απομόνωση και αφορά περιπτώσεις που ο ασθενής επιδεικνύει επιθετική συμπεριφορά ή τάση να δραπετεύσει.
- Ρόλος των οικείων προσώπων: Η αναφορά σε αυτόν είτε απουσιάζει είτε είναι ανεπαρκής, με την Ελλάδα και την Πολωνία να είναι οι μόνες χώρες που καθορίζουν με ακρίβεια τη σχέση των συγγενών. Ο ρόλος των οικείων προσώπων στις νομικές διαδικασίες της ακούσιας νοσηλείας απουσιάζει από την νομοθεσία της Βουλγαρίας, της Γερμανίας, της Ιταλίας και της Σουηδίας.
- Διαχωρισμός επείγουσας-τακτικής διαδικασίας: Μόλις πέντε από τις υπό μελέτη χώρες (Τσεχία, Ιταλία, Λιθουανία, Σλοβακία, Σουηδία) προβλέπουν την ακούσια νοσηλεία ως επείγουσα διαδικασία, ενώ η πλειοψηφία αυτών ορίζει την απόφαση επείγουσας εισαγωγής ως ιατρική.
- Προστασία δικαιωμάτων του ασθενούς: Το ρόλο αυτό αναλαμβάνει το δικαστήριο, η εισαγγελία αλλά και οι ιατροί σε ορισμένες χώρες, με τις διαδικασίες αυτές να χαρακτηρίζονται από πολυπλοκότητα και γραφειοκρατία [46].

Παρατηρείται συνεπώς, ότι ανάμεσα στις Ευρωπαϊκές χώρες υπάρχει μεγάλη ετερογένεια στην νομοθεσία που διέπει την ακούσια νοσηλεία. Ωστόσο, σύμφωνα και με τους παραπάνω ερευνητές κρίνεται αναγκαία η διεξαγωγή και άλλων παρόμοιων ερευνών. Κατόπιν, πρέπει να γίνει μια προσπάθεια εξομάλυνσης αυτών των διαφορών, έτσι ώστε να είναι εφικτή η θεώρηση ενός ενιαίου νομοθετήματος σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες για την ακούσια νοσηλεία.

Η πραγματικότητα

Στην πράξη όμως, διαπιστώνεται πως η διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας προσλαμβάνει συχνά ένα δύσκαμπτο και γραφειοκρατικό χαρακτήρα, είναι απρόσωπη, τυπική, και δύσκολα εφαρμόσιμη ενώ ο ψυχίατρος καλείται να διαδραματίσει ένα διπλό και αντιφατικό ρόλο: τόσο το ρόλο του θεραπευτή αλλά και του «προστάτη» του πάσχοντα, αλλά παράλληλα και τον ρόλο του εγγυητή της δημόσιας ασφάλειας [47].

Η επικινδυνότητα, μια έννοια δύσκολη και προβληματική, φαίνεται τις περισσότερες φορές να παίζει κυρίαρχο ρόλο στη δικαστική κρίση και απόφαση και όχι μόνο. Λόγω της επικινδυνότητας, που συχνά εσφαλμένα συνδέεται με την ψυχική ασθένεια, κρίνεται επιτακτική και η συνδρομή της αστυνομίας στη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας ένα φαινόμενο που θα μελετηθεί αναλυτικότερα στη συνέχεια. Ως εκ τούτου, η ακούσια νοσηλεία μπορεί να εξυπηρετεί φυλακτική σκοπιμότητα σε βάρος της θεραπευτικής και τα δικαιώματα του ασθενή μπορεί να περιορίζονται μπροστά στην «ασφάλεια» του κοινωνικού συνόλου [48].

Είναι χαρακτηριστικό ότι οι διατάξεις του νόμου που συνήθως δεν ακολουθούνται στην πράξη, αφορούν κυρίως τα δικαιώματα του ασθενή (τρόπος μεταφοράς του, ενυπόγραφη ενημέρωση, τήρηση χρονικών προθεσμιών, ουσιαστική άσκηση ένδικων μέσων). Η πλέον χαρακτηριστική έρευνα που αφορά το συγκεκριμένο πεδίο έγινε από το Συνήγορο του Πολίτη, το 2007. Ο Συνήγορος του Πολίτη, εξετάζοντας τις διαδικασίες οι οποίες σχετίζονται με τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας, κατέληξε στα εξής συμπεράσματα:

Αναφορικά με τη μεταφορά των ασθενών από την αστυνομία «...προέκυψε ότι σε ποσοστό 97% περίπου επί των έγκυρων παρατηρήσεων η μεταφορά του ασθενή έγινε από την αστυνομία. Η αδικαιολόγητη αυτή αντιμετώπιση των ψυχασθενών ως επικίνδυνων για τη δημόσια ασφάλεια και τάξη εκδηλώνεται με τη μεταγωγή τους με περιπολικό ή με κλούβα, τη δέσμευση τους με χειροπέδες (ενεργοποίηση του άρθρου 147 του ΠΔ141/91 περί δεσμέσεως σε κάθε περίπτωση των μεταγόμενων με χειροπέδες) και τη συνοδεία τους από αστυνομικό προσωπικό, ακόμη και όταν η θέα του ένστολου προσωπικού επιτείνει τη παραχή τους και τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν ή επιδεινώνει την κατάσταση της υγείας του. Η επιταγή του άρθρου 96 παραγρ.2 Ν.2071/92 για αξιοπρεπή μεταφορά των ακούσια εγκλεισμένων ασθενών θα συνεπαγόταν τη μεταφορά τους με ασθενοφόρο ή με συμβατικά αυτοκίνητα και με τη συνοδεία νοσηλευτών» [49]. Στην πραγματικότητα, χρησιμοποιείται η πρόβλεψη που αναφέρεται στις διατάξεις της προστατευτικής φύλαξης, ότι ο αστυνομικός σκοπός «θέτει υπό προστατευτική φύλαξη τα παιδιά και τους μεθυσμένους που περιπλανώνται μέχρι παραλαβής τους από τους οικείους τους...» (άρθρο 74 παράγρ.15 περίπτ. ιδ του ΠΔ 141/91), και της προληπτικής ενέργειας της αστυνομίας να «προστατεύει τους ανήλικους και άλλα πρόσωπα που μπορεί εύκολα να καταστούν θύματα εγκληματικών πράξεων» (άρθρο 94 περίπτ. β. ΠΔ 141/91) [50].

Αναφορικά με το πεδίο της ενημέρωσης των πασχόντων, «...από τα υφιστάμενα στοιχεία δεν προκύπτει ότι οι ασθενείς ενημερώθηκαν επαρκώς για τα δικαιώματά τους και ειδικότερα για το δικαίωμα τους να ασκήσουν ένδικο μέσο από πρόσωπο στο οποίο έχει ανατεθεί αυτό το καθήκον», ενώ σχετικά με το δικαίωμά του πάσχοντα να παραστεί στη δικάσιμο, «...δεν προκύπτει με ασφάλεια, ότι ο ίδιος ο ασθενής έχει ενημερωθεί για τη δυνατότητα του να παρίσταται στο δικαστήριο, καθώς δεν αποδεικνύεται από οποιοδήποτε έγγραφο ότι έχει λάβει γνώση για τον ορισμό δικάσιμου», ενώ αναφορικά με την κλήση για δίκη, «...στις μισές περίπου από τις εξεταζόμενες περιπτώσεις εγκλεισμών δεν υπήρχε κλήση για δίκη».

Συνοπτικά, το πόρισμα της έκθεσης αναφέρει ότι : « Κατά συνέπεια δεν προκύπτει στην πράξη ότι ελέγχεται δικαστικά ο εγκλεισμός των ψυχικά ασθενών. Ως εκ τούτου, δεν επιτυγχάνεται η βασική επιδίωξη του ν. 2071/92 που επιτάσσει και προϋποθέτει ως βασική εγγύηση της προάσπισης των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων την ύπαρξη δικαστικού ελέγχου » [49].

Παρόμοια είναι και τα ευρήματα της ποιοτικής έρευνας των Γρηγοριάδου, Αμπατζή και Γεωργάκα (2012), σύμφωνα με τα οποία προτείνουν ότι, παρόλο που η κανονιστική εντολή κάθε αστυνομικού τμήματος είναι η συνοδεία ατόμων προς ακούσια νοσηλεία να γίνεται από τους υπαλλήλους των τμημάτων ασφαλείας, στην πράξη λόγω φόρτου εργασίας αλλά και μίας σειράς ανεπαρκειών στην οργάνωση και τον εξοπλισμό των αστυνομικών τμημάτων, αυτή πραγματοποιείται από τα τμήματα τάξης. Ακόμη, οι αστυνομικοί συμμετέχοντες σε αυτή την έρευνα τόνισαν ότι δεν υπάρχει κανονιστικό πλαίσιο για τη μεταφορά των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στις αντίστοιχες μονάδες, με αποτέλεσμα να χρησιμοποιούνται πολλές τεχνικές κατά τη μεταφορά, χωρίς να αποκλείεται και η χρήση βίας. Ωστόσο, υπογραμμίζεται ότι τις περισσότερες φορές οι αστυνομικοί καταβάλλουν σημαντικές προσπάθειες, ώστε να πραγματοποιείται η μεταφορά του ασθενούς με σεβασμό στην αξιοπρέπεια και την προσωπικότητά του. Τέλος, η εμπλοκή των αστυνομικών, και μάλιστα ένστολων αστυνομικών, στις περιπτώσεις της μεταφοράς ασθενών στα πλαίσια της ακούσιας νοσηλείας φαίνεται ότι είναι κάτι που βρίσκει αντίθετους τόσο τους ίδιους τους αστυνομικούς όσο και το προσωπικό των μονάδων υγείας [51].

Οι παραπάνω αντιφάσεις και παραβάσεις κατ' ουσίαν του νόμου για την ακούσια νοσηλεία ταυτίζουν την ψυχική διαταραχή και την «αναγκαιότητα» της νοσηλείας με την επικινδυνότητα και όχι με την προοπτική της βελτίωσης της υγείας του ατόμου, η οποία είναι το μοναδικό κριτήριο που επιτρέπει η Σύμβαση του Οβιέδο, η οποία υπερισχύει της εθνικής νομοθεσίας [52]. Μάλιστα, τα συνδικαλιστικά όργανα των αστυνομικών, έχουν καταθέσει και σχετικά ψηφίσματα, στα οποία εκφράζουν τη δυσαρέσκεια και ανησυχία τους σχετικά με την ισχύουσα κατάσταση.

Ουσιαστικά, το γενικευμένο συμπέρασμα είναι στο παρόν όλες τις προσπάθειες της όποιας νομοθετικής ρύθμισης και διασφάλισης, τόσο των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων όσο και της όλης διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας γενικότερα, φαίνεται ότι το μοντέλο δεν δύναται να λειτουργήσει ικανοποιητικά.

Η εμπλοκή της αστυνομίας στην ακούσια νοσηλεία

Η εμπλοκή της αστυνομίας στη διαδικασία εισαγωγής, είναι ένας από τους κατ' εξοχήν παράγοντες που διαφοροποιούν την ακούσια νοσηλεία για ψυχιατρικό πρόβλημα, από τη νοσοκομειακή θεραπεία για οποιοδήποτε άλλου τύπου θέμα υγείας.

Η διαμεσολάβηση της αστυνομίας με κάποιον που παρουσιάζει ψυχολογικά προβλήματα, βασίζεται στην λειτουργική αρμοδιότητα της: α) να διαφυλάξει την ασφάλεια και την ευημερία της πολιτείας και β) να προστατεύει τους λιγότερα ικανούς πολίτες που δεν είναι ικανοί να φροντίσουν τον εαυτό τους [53]. Οι περισσότεροι κώδικες ψυχικής υγείας προσδιορίζουν τις παραμέτρους της συμμετοχής της αστυνομίας στην ψυχική ασθένεια και οδηγούν την αστυνομία να συμμετέχει στην επείγουσα 'ψυχική σύλληψη' όταν ένα άτομο είναι είτε «επικίνδυνο για τον ίδιο ή για τρίτους» είτε «εξαιτίας της ασθένειας του είναι ανίκανος να καλύψει τις βασικές του ανάγκες» [54].

Η αστυνομία είναι συνήθως η πρώτη υπηρεσία που έρχεται σε επαφή με κάποιον που αντιμετωπίζει ψυχολογικά προβλήματα. Η διαχείριση των ψυχικά διαταραγμένων ατόμων στην κοινότητα, όπως προκύπτει από την βιβλιογραφία, από τα παλαιότερα χρόνια αποτελούσε ένα σημαντικό μέρος των καθηκόντων της αστυνομίας [55].

Σε περιπτώσεις αυτοκτονικών ασθενών, επι παραδείγματι, η αστυνομία είναι συνήθως η πρώτη υπηρεσία που επεμβαίνει. Η παρέμβαση αυτή είναι πολύ συχνή. Έχει καταγραφεί ότι όσον αφορά τις αυτοκτονίες, η συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα διαχειρίζεται δέκα φορές περισσότερες υποθέσεις αυτοκτονίας και αυτοτραυματικών συμπεριφορών σε σύγκριση με το ιατρικό προσωπικό και τις υπόλοιπες εξειδικευμένες ομάδες [56].

Επιπρόσθετα, σε περιοχές κυρίως χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού υπόβαθρου [57], η αστυνομία παίζει πρωταρχικό ρόλο στην παραπομπή ατόμων για ψυχιατρική θεραπεία. Σε μια έρευνα βιβλιογραφικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης για παράδειγμα, όσον αφορά τις διαφορές στην ακούσια νοσηλεία ανάλογα της εθνικότητας που αφορά 7 έρευνες από τον Καναδά και την Αγγλία οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι η εθνικότητα μπορεί να επηρεάσει την φύση και την κατεύθυνση προς την φροντίδα ενός ατόμου που αντιμετωπίζει ψυχολογικά προβλήματα. Το εθνικό υπόβαθρο ενός ατόμου παίζει σημαντικό ρόλο στις αποφάσεις που θα παρθούν στο εάν το άτομο θα ζητήσει βοήθεια καθώς και στις διαθέσιμες υπηρεσίες που υπάρχουν για την φροντίδα και υποστήριξη του [58]. Όλες οι έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι μαύροι ασθενείς είναι λιγότερο πιθανο να έχουν τη διαμεσολάβηση κάποιου γενικού ιατρού στο μονοπάτι προς τη φροντίδα σε σχέση με τους λευκούς ασθενείς ενώ έχουν διπλάσιες πιθανότητες να εμπλάκουν με την αστυνομία. Όσον αφορά την ακούσια νοσηλεία, οι έρευνες πάρα τις όποιες διαφορές μεταξύ τους, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι μαύροι ασθενείς έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμπλακούν με το μέτρο αυτό. Ωστόσο, σε αντίστοιχη έρευνα στην Ελλάδα [59] βρέθηκε ότι η εθνικότητα δεν επηρεάζει την απόφαση των γιατρών να προχωρήσουν ή όχι στο μέτρο της ακούσιας νοσηλείας.

Μέσα από πολυάριθμες μελέτες που έχουν διεξαχθεί παγκοσμίως, υπάρχει μια ομόφωνη συμφωνία και ανάμεσα στους ειδικούς του συστήματος ψυχικής υγείας, ότι η αστυνομία παίζει έναν πολύ σημαντικό ρόλο στην διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας [60]. Η αστυνομία καλείται συχνά να λειτουργήσει ως «θυρωρός» είτε προς το σύστημα ψυχικής υγείας είτε προς το σύστημα απονομής δικαιοσύνης [61]. Και αυτό γιατί συχνά καλούνται να

αποφασίσουν εάν το άτομο που έχουν υπο κράτηση πρέπει να ακολουθήσει την δικαστική οδό ή να οδηγηθεί σε κάποιο ψυχιατρικό νοσοκομείο για περαιτέρω αξιολόγηση. Είναι γεγονός άλλωστε, ότι στις περισσότερες χώρες δεν υπάρχουν επίσημες κατευθύνσεις που να προσδιορίζουν το πώς η αστυνομία πρέπει να χειριστεί περιστατικά που περιλαμβάνουν άτομα με ψυχική νόσο [62]. Συνεπώς, η επίλυσή τους επαφίεται στην κρίση των αστυνομικών.

Σε μια σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση για το πώς εμπλέκεται η αστυνομία στην ακούσια νοσηλεία στο εξωτερικό μελετήσαμε τι συμβαίνει στις ΗΠΑ. Στην Ουασινγκτόν, την πρωτεύουσα των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής, η αστυνομία μπορεί να θέσει υπο κράτηση οποιοδήποτε πρόσωπο πιστεύεται ότι πάσχει από ψυχιατρική διαταραχή ή παρουσιάζει αυξημένη πιθανότητα να βλάψει τον εαυτό του ή κάποιον τρίτο ή που βρίσκεται σε αυξημένο κίνδυνο λόγω ανικανότητας. Σύμφωνα με την νομοθεσία για τις ακούσιες νοσηλείες σε όλες τις πολιτείες λειτουργούν γραφεία ακούσιας νοσηλείας. Η αστυνομία μπορεί να κρατήσει κάποιον στις εγκαταστάσεις αυτές το πολύ για 12 ώρες αλλά πρέπει να εξετασθεί από ειδικό το πολύ μέσα σε 3 ώρες. Μετά το πέρας των 12 ωρών το άτομο πρέπει είτε να αφεθεί ελεύθερο, είτε ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας που τον εξέτασε να ξεκινήσει την διαδικασία της ακούσιας εισαγωγής του για 72 ώρες. Η νομοθεσία κατά συνέπεια δίνει στην αστυνομία το δικαίωμα να απομακρύνει από την κοινότητα κάποιον ψυχικά διαταραγμένο. Για να οδηγηθεί κάποιο άτομο σε αυτές τις εγκαταστάσεις, μπορεί η αστυνομία να ενεργήσει από μόνη της ή να επέμβει μετά από κλήση κάποιου άλλου όπως της οικογένειας, φίλων ή του θεραπευτή του ατόμου. Τα μέλη της κοινότητας επίσης μπορούν να καλέσουν κατεθείαν στα γραφεία αυτά παρακάμπτοντας την εμπλοκή της αστυνομίας. Σε έρευνα που διεξήχθη ωστόσο στην συγκεκριμένη πολιτεία, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι όταν υπάρχει η εμπλοκή της αστυνομίας τα ποσοστά που καταλήγουν σε εγκλεισμό είναι σαφέστατα αυξημένα [63].

Τις τελευταίες δεκαετίες ωστόσο παρατηρείται αύξηση της επαφής των αστυνομικών με άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας και για αυτό το φαινόμενο έχουν δοθεί πολυάριθμες εξηγήσεις. Καταρχάς, η προώθηση των πρακτικών της αποασυλοποίησης έχει οδηγήσει στην αύξηση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές που διαβίουν στην κοινότητα, αυξάνοντας έτσι και τις πιθανότητες να αλληλεπιδράσουν μαζί τους σε διάφορα πλαίσια οι αστυνομικοί [64]. Φυσικά, ο κύριος λόγος για την αυξημένη επαφή των αστυνομικών με άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας δεν οφείλεται τόσο σε αυτή καθ' αυτή την αποασυλοποίηση, αλλά στην έλλειψη πόρων και διαθέσιμων υπηρεσιών στην κοινότητα, που ουσιαστικά αφήνουν εκτεθειμένα τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας [65]. Δεύτερον, η εγκληματικοποίηση (criminalization) των προβλημάτων ψυχικής υγείας, οδηγεί σε αυξημένα ποσοστά συλλήψεων ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας [66], ενώ ταυτόχρονα η ευαλωτότητα αυτής της ομάδας πληθυσμού αυξάνει και την πιθανότητα επαφής τους με την αστυνομία στο πλαίσιο της δικής τους θυματοποίησης [67]. Τρίτον, ο στιγματισμός, οι διαστρεβλωμένες πεποιθήσεις και η μειωμένη κοινωνική ανοχή απέναντι στην διαφορετικότητα, οδηγούν στην αύξηση της επαφής των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας με τους αστυνομικούς [68]. Γενικότερα τα σύγχρονα συστήματα υγείας, τα κοινωνικά προγράμματα και τα μοντέλα αστυνόμευσης έχουν σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε η επαφή κάποιου με ψυχική διαταραχή και της αστυνομίας να είναι αναπόφευκτη. Λόγω της κρίσης των συστημάτων ψυχικής υγείας, στα καθημερινά καθήκοντα των αστυνομικών εμπειρέχεται και η σύνδεση των ψυχικά πασχόντων με τις κατάλληλες δομές [69].

Σε μια ευρύτερη προοπτική, ωστόσο, πολλά είναι τα ζητήματα που ανακύπτουν αναφορικά με το ρόλο της αστυνομίας απέναντι στα άτομα με ψυχική νόσο. Δεν είναι σαφές σε ποιο βαθμό οι «συναντήσεις» των ατόμων αυτών με την αστυνομία, οφείλονται στα περιστατικά ανάρμοστης ή βίαιης συμπεριφοράς των πρώτων ή στο γεγονός ότι η ευαλωτότητά τους λόγω της ασθένειας καθιστά πιο συχνή τη θυματοποίησή τους [70].

Προβλήματα που ανακύπτουν από την επαφή αστυνομίας και ψυχικά πασχόντων ατόμων

Παρόλο την συχνή αλληλεπίδραση των αστυνομικών με άτομα που εμφανίζουν ψυχολογικά προβλήματα, η αστυνομία σε αντίθεση με άλλες επαγγελματικές ομάδες δεν διαθέτει τις κατάλληλες γνώσεις για την διαχείριση ενός ψυχικά ασθενή και κάθε φορά πρέπει να επιλέγει τον κατάλληλο τρόπο διαχείρισης για την κάθε περίπτωση [71]. Ειδικότερα σε περιπτώσεις ψυχικής υγείας, η κατάσταση γίνεται ακόμα πιο περίπλοκη εξαιτίας του 'νεφελώδους' ορισμού της ψυχικής διαταραχής. Επιπρόσθετα, η συμπεριφορά ενός ατόμου καθορίζεται και από τον εκαστοτε πολιτισμό ή τις κοινωνικές αξίες. Μια συμπεριφορά που μπορεί να χαρακτηριστεί εγκληματική σε μία κοινωνία, σε κάποια άλλη η ίδια συμπεριφορά μπορεί να χαρακτηριστεί ψυχιατρική ή απλώς περίεργη [72]. Έτσι η αστυνομία της εκάστοτε κοινωνίας, έχει αναπτύξει έναν δικό της κώδικα επικοινωνίας για το πώς πρέπει να διαχειρίζονται τους πολίτες με ψυχικές διαταραχές. Η νομοθεσία δεν προσδιορίζει με ακρίβεια τι πρέπει να κάνει η αστυνομία σε αυτές τις περιπτώσεις. Εάν ένα άτομο χαρακτηριστεί κακό από την αστυνομία θα συλληθφεί, εάν χαρακτηριστεί τρελό θα νοσηλευτεί. Η απόφαση θα ληφθεί από την αστυνομία.

Τα προβλήματα που προκύπτουν από την συχνή αλληλεπίδραση των αστυνομικών οργάνων με ένα άτομο που παρουσιάζει ψυχολογικά προβλήματα δεν σταματούν εδώ. Σε έρευνα που διεξήχθη στην Αυστραλία από τους Charette et al. (2014), οι αστυνομικοί που έλαβαν μέρος υποστηρίζουν ότι η καθημερινή αλληλεπίδραση τόσων πολλών αστυνομικών με άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι προβληματική. Υποστηρίζουν ότι η αστυνομία δεν πρέπει να αποτελεί την πρώτη λύση σε θέματα ψυχικής υγείας και τονίζουν ότι τα θέματα αυτά καταναλώνουν πολύ από το χρόνο τους εις βάρος των καθηκόντων τους που σχετίζονται με τον κατεξοχίν ρόλο τους. Πιο συγκεκριμένα οι αστυνομικοί διαμαρτύρονται έντονα για τον χρόνο που ξοδεύουν περιμένοντας για την αξιολόγηση [73]. Η έρευνα έδειξε ότι η επαφή με ψυχικά ασθενείς απαιτεί αρκετά ποσοστά πηγών από την αστυνομία και σύμφωνα με τις πεποιθήσεις των αστυνομικών οι ελλείψεις στο σύστημα υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών, περιορίζουν σημαντικά την ικανότητα τους να διαχειριστούν έναν ψυχικά ασθενή με έναν αξιοπρεπή και μη χρονοβόρο τρόπο [74]. Σε παρόμοια έρευνα που διεξήχθη συνολικά στο Ηνωμένο Βασίλειο προκύπτει ότι ο συνολικός χρόνος που αφιερώνει εκεί η αστυνομία για άτομα που έρχονται αντιμέτωπα με κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα ως θύματα, μάρτυρες ή παραβάτες, κυμαίνεται σε ποσοστά μεταξύ 20%-45% [75].

Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξαν και άλλες έρευνες. Πολλοί αστυνομικοί αλλά και άλλοι επαγγελματίες στην Αμερική σύμφωνα με τους Cordner et al. (2006) υποστηρίζουν ότι τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας και η διαχείρισή τους δεν πρέπει να απασχολούν και δεν αφορούν την Αστυνομία αλλά πρέπει να αποτελούν μέλημα των κοινωνικών υπηρεσιών και των υπηρεσιών υγείας [76]. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και μια ακόμα έρευνα στον Καναδά, Cotton (2004), στην οποία οι αστυνομικοί διχάζονται ως προς την αναγκαιότητα της δικής τους παρέμβασης σε αυτά τα περιστατικά, με τους μισούς να θεωρούν πως στο πλαίσιο των καθηκόντων τους σε κάποιες περιπτώσεις είναι απαραίτητη η παρέμβαση της αστυνομίας, ενώ οι άλλοι μισοί να υποστηρίζουν ότι οι αστυνομικοί εμπλέκονται σε περιστατικά με άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας λόγω της ανεπάρκειας των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας [77].

Ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα που προκύπτει από την επαφή της αστυνομίας με τους ψυχικά ασθενείς, φαίνεται και στην έρευνα των Terpin et al. (1992). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας λίγοι από τους ψυχικά διαταραγμένους που θα έρθουν σε επαφή με την αστυνομία θα οδηγηθούν, λόγω έλλειψης των κατάλληλων δομών, σε κάποιο ψυχιατρικό κατάστημα για περαιτέρω αξιολόγηση. Οι αστυνομικοί γνωρίζουν ότι οι ασθενείς δεν θα κρατηθούν για νοσηλεία και προτιμούν να τους κρατήσουν στα κρατητήρια προκειμένου να επέλθει η κοινωνική τάξη. Παρόλο που η επικινδυνότητα αποτελεί παράγοντα για εγκλεισμό, ταυτόχρονα αποτελεί και κριτήριο αποκλεισμού από τα νοσοκομεία. Έτσι η μόνη λύση είναι η σύλληψη τους, γεγονός που παραβιάζει αναφαίρετα τα ανθρώπινα δικαιώματα ενός ψυχικά ασθενούς. Η σύλληψη δηλαδή, είναι η μόνη λύση όταν ο αστυνομικός ενώ πιστεύει ότι το άτομο πρέπει να νοσηλευτεί γνωρίζει από την εμπειρία του ότι δεν θα γίνει δεκτό στην κατάλληλη ψυχιατρική δομή και υπάρχει ο κίνδυνος εάν αφεθεί ελεύθερο να εξακολουθεί να δημιουργεί προβλήματα στην κοινότητα [78].

Προς την ίδια κατεύθυνση καταλήγει και μια ακόμα έρευνα, αυτή των McLean et al. (2010). Οι αστυνομικοί που έλαβαν μέρος, τονίζουν ότι άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας τίθενται υπο προστατευτική φύλαξη στα κατά τόπους αστυνομικά τμήματα, ενώ θα έπρεπε να απολαμβάνουν άλλων μορφών υποστήριξης, γεγονός που επιτείνει την επικινδυνότητα ενός περιστατικού, ενέχοντας κινδύνους τόσο για τους ψυχικά πάσχοντες όσο και για τους αστυνομικούς, στη βάση λάθος χειρισμών και ανεπάρκειας των υπηρεσιών. Ακόμη, προσθέτουν πως, εφόσον τα αστυνομικά τμήματα δεν είναι χώροι που τυπικά προορίζονται για την προστατευτική φύλαξη ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, συνήθως καταλήγουν να φυλάσσονται αυτά τα άτομα στα συμβατικά κελιά, γεγονός που μπορεί να οξύνει τα συμπτώματα ή τις προβληματικές συμπεριφορές που παρουσιάζουν. Πιο συγκεκριμένα, οι αστυνομικοί δηλώνουν πως εν τέλει επωμίζονται ακατάλληλες για τη φύση και τα καθήκοντα της εργασίας τους ευθύνες σε επίπεδο ζητημάτων ψυχικής υγείας, οι οποίες μάλιστα είναι απομακρυσμένες από το αρχικό στάδιο κρίσης. Όπως οι ίδιοι αναφέρουν, πόροι της Αστυνομίας «ξοδεύονται» καθημερινά, προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι αποτυχίες των υπηρεσιών υγείας και υπηρεσιών ένταξης των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στην κοινότητα.

Επίσης, κάποια από τα θέματα που αναδεικνύουν οι αστυνομικοί, είναι τα κενά που υπάρχουν στη συνεργασία μεταξύ των διαφόρων υπηρεσιών αλλά και τα προβλήματα που εμποδίζουν την καλύτερη αντιμετώπιση αυτών των περιστατικών. Τέτοια προβλήματα είναι οι πολλές ώρες αναμονής στα αρμόδια ιδρύματα, τα αυστηρά κριτήρια αναφοράς, οι πολιτικές των τοπικών κοινωνικών υπηρεσιών και υπηρεσιών υγείας αλλά και η έλλειψη σχετικών πόρων [79]. Γενικά, και σε αυτή την έρευνα επιβεβαιώνεται το εύρημα που έχει αναδειχθεί και σε άλλες σχετικές έρευνες, ότι δηλαδή οι αστυνομικοί αισθάνονται να λαμβάνουν ελάχιστη υποστήριξη από άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες [80].

Στην Ελλάδα, ένα από τα κυριότερα σημεία επαφής των αστυνομικών με άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, είναι σε περιπτώσεις ακούσιας εισαγωγής.

Σε έρευνα που διενεργήθηκε στην Ελλάδα των Douzenis et al. (2010), προκύπτει ότι στις περισσότερες περιπτώσεις σε ποσοστό που αγγίζει το 87,5% των ατόμων που προσήχθησαν για ψυχιατρική αξιολόγηση, αυτό έγινε χωρίς τη θέλησή τους μετά από αίτημα της οικογένειάς τους. Ένα πρόβλημά που μελετήθηκε στην έρευνα αυτή και αφορά την εμπλοκή της αστυνομίας στην όλη διαδικασία, είναι το γεγονός ότι οι αστυνομικοί ήταν

παρόντες στην ψυχιατρική εξέταση και αξιολόγηση σε ποσοστό 58,1%. Στις περισσότερες αυτών των περιπτώσεων (82,3%) το άτομο δεν έφερε καμία αντίσταση γεγονός που θα δικαιολογούσε εν μέρει την παρουσία των αστυνομικών οργάνων στην αίθουσα. Μόνο το 3,7% προέβαλε αντίσταση γεγονός που οδήγησε την αστυνομία στη χρήση χειροπέδων ή στην άσκηση ήπιας φυσικής βίας (σπρώξιμο) [81]. Η παρουσία των αστυνομικών στο χώρο εξέτασης εγείρει φοβερές ανησυχίες για την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών όπως επιτάσσει το ιατρικό απόρρητο.

Σε άλλη έρευνα στην Ελλάδα των Psarra et al. (2008) πολλοί Έλληνες αστυνομικοί πιστεύουν ότι δεν πρέπει να είναι υπεύθυνοι για την αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών. Στην έρευνα αυτή οι αστυνομικοί εξέφρασαν την επιθυμία τους η όλη διαδικασία να είναι πιο σύντομη, οι γιατροί να δίνουν προτεραιότητα στους ασθενείς που συνοδεύονται από την αστυνομία, να τους συνοδεύει κάποιος ειδικός σε θέματα ψυχικής υγείας ενώ κάποιοι πρότειναν για την καλύτερη μεταχείριση του ασθενή την συγκρότηση μιας ειδικής ομάδας διαχείρισης κρίσης όπως συμβαίνει σε πολλές χώρες. Η συντριπτική πλειοψηφία δε των αστυνομικών, δήλωσαν ότι θα επιθυμούσαν να έχουν καλύτερη ενημέρωση για ζητήματα ψυχικής υγείας [82].

Μοντέλο διαχείρισης της κρίσης

Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν κατά την επαφή αστυνομικών και ατόμων που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή, σε πολλές χώρες έχουν αναπτυχθεί προγράμματα διαχείρισης της κρίσης, Crisis Intervention Teams (CIT). Τα προγράμματα αυτά αποτελούν ένα πετυχημένο μοντέλο συνεργασίας μεταξύ επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αστυνομικών που είναι υπεύθυνοι για την επιβολή του νόμου και των οικογενειών ατόμων με ψυχικά προβλήματα. Πιο συγκεκριμένα το CIT είναι ένα καλά σχεδιασμένο και εξειδικευμένο πρόγραμμα βασισμένο στην αστυνομία, που στόχο έχει την βελτίωση της απόδοσης στην επιβολή του νόμου και της κρίσης της αστυνομίας, όταν εμπλέκονται με άτομα με ψυχικές διαταραχές με οξύ συμπτωματολογία [83]. Οι αστυνομικοί συχνά επιθυμούν να αποφύγουν περιστατικά στα οποία εμπλέκονται ψυχικά διαταραγμένα άτομα αναφέροντας φόβους ότι μπορεί να τραυματιστούν και δηλώνουν ότι είναι απροετοίμαστοι να τους διαχειριστούν [84]. Το CIT ρυθμίζει αυτή την ανεπάρκεια παρέχοντας εκπαίδευση σε μη κλινικούς που αντιμετωπίζουν τέτοια περιστατικά. Οι αστυνομικοί που έχουν εκπαιδευτεί αντιμετωπίζουν με πιο ορθό τρόπο τους ψυχικά ασθενείς παραβάτες οδηγώντας τους σε κατάλληλες ψυχιατρικές δομές για αξιολόγηση και θεραπεία παρά στην φυλακή [85]. Για την βελτίωση της εμπλοκής της αστυνομίας σε τέτοια περιστατικά, κρίνεται απαραίτητη η εκπαίδευση και η προετοιμασία της αστυνομίας, ώστε να αναγνωρίζουν τα σημάδια και τα συμπτώματα της ψυχικής ασθένειας και να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά, παρέχοντας στο άτομο την ευκαιρία για αποτελεσματική θεραπεία διορθώνοντας παράλληλα τις στιγμιστικές αντιλήψεις που συχνά συνοδεύουν την ψυχική ασθένεια [86]. Υπολογίζεται ότι υπάρχουν πάνω από 400 προγράμματα διαχείρισης της κρίσης στις Η.Π.Α σύμφωνα με το Bureau of Justice Assistance [87]. Το Πρόγραμμα Διαχείρισης της Κρίσης είναι το πιο ευρέως αναπτυσσόμενο και επιτυχημένο πρόγραμμα συνεργασίας μεταξύ αστυνομίας και επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Το μοντέλο CIT αναπτύχθηκε πρώτη φορά στο Μέμφις το 1988. Αφορμή στάθηκε ο θανάσιμος πυροβολισμός ενός άνδρα, με ιστορικό ψυχιατρικών προβλημάτων και χρήσης ουσιών, από ένα αστυνομικό. Αυτή η τραγωδία οδήγησε την πολιτεία στη δημιουργία συνεργασίας μεταξύ επαγγελματιών ψυχικής υγείας και θεμάτων εθισμού και της αστυνομίας για να αναπτύξουν αυτό που τώρα είναι διεθνώς γνωστό ως το μοντέλο CIT του Μέμφις. Στόχοι αυτού του μοντέλου, ήταν η αύξηση της ασφάλειας κατά την διάρκεια διαχείρισης περιστατικών που εμπλέκονται ψυχικά ασθενείς και η μεταφορά των τελευταίων σε κατάλληλες δομές ψυχικής υγείας έναντι της φυλακής .

Μεταγενέστερα διεξήχθησαν πολλαπλές έρευνες για να μελετηθεί η αποτελεσματικότητα της CIT. Σε έρευνα, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στην εμπλοκή των αστυνομικών που έχουν εκπαιδευτεί σε θέματα ψυχικής υγείας και της μειωμένης συμμετοχής των ειδικών δυνάμεων της αστυνομίας (SWAT) στο ίδιο περιστατικό [88]. Όσον αφορά τη χρήση βίας των αστυνομικών αυτών, βρέθηκε ότι χρησιμοποίησαν βία σε μόνο 15% των περιστατικών που θεωρούνταν ότι περιέχουν υψηλό ρίσκο εκδήλωσης επιθετικότητας και ακόμα και όταν χρησιμοποίησαν βία αυτή ήταν ήπιας μορφής [89]. Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξαν και ερευνητές στο Σικάγο για τη χρήση βίας των αστυνομικών με τους αστυνομικούς των CIT να χρησιμοποιούν λιγότερη βία σε σχέση με τους συναδέλφους τους [90]. Η κατάλληλη εκπαίδευση των αστυνομικών συνδέεται επίσης με την μείωση της πιθανότητας τραυματισμού τόσο των ίδιων όσο και των ασθενών [91].

Ωστόσο για την επιτυχία αυτών των προγραμμάτων, η διαθεσιμότητα των δομών ψυχικής υγείας είναι επιτακτική. Για πολλές δεκαετίες οι αστυνομικοί πιστεύουν, ότι η διαχείριση ενός ψυχικά ασθενή είναι εξαιρετικά πολύπλοκη και χρονοβόρα και ακόμα και η κατάλληλη εκπαίδευσή τους είναι μάταιη όταν δεν υπάρχουν διαθέσιμες δομές εκφράζοντας την δυσαρέσκεια τους για τις διαθέσιμες επιλογές που έχουν.

Στάσεις και απόψεις των αστυνομικών για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας

Όπως φάνηκε μέχρι τώρα, η επαφή των αστυνομικών με άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας είναι ιδιαίτερα αυξημένη και μάλιστα σε μία ποικιλία από περιπτώσεις και περιστατικά. Για το λόγο αυτό, κυρίως σε διεθνές και όχι τόσο σε εθνικό επίπεδο, έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες που εξετάζουν τις απόψεις και στάσεις των αστυνομικών απέναντι στα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Οι αστυνομικοί είναι μία πηγή κοινωνικού στιγματισμού των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, καθώς γενικά αντιμετωπίζουν αυτούς τους πολίτες ως περισσότερο επικίνδυνους από το συνολικό πληθυσμό [92]. Οι απόψεις των αστυνομικών σχετικά με τη σύνδεση ψυχικής διαταραχής και επικινδυνότητας, είναι στενά συνδεδεμένες με το επίπεδο γνώσης και πληροφόρησης που έχουν οι αστυνομικοί για τα προβλήματα ψυχικής υγείας και τις συναφείς συμπεριφορές, καθώς, όσο μεγαλύτερη είναι η έγκυρη γνώση τόσο μικρότερη είναι η αντιμετώπιση των ατόμων αυτών ως επικίνδυνων από τους αστυνομικούς [93].

Επίσης, φαίνεται ότι η σύνδεση των προβλημάτων ψυχικής υγείας με τα αυξημένα επίπεδα επικινδυνότητας, είναι και αποτέλεσμα του γεγονότος ότι οι αστυνομικοί έχουν την τάση να συγκρατούν στη μνήμη τους περισσότερο συχνά εκείνα τα περιστατικά στα οποία προέκυψε πρόβλημα στη διαχείρισή τους από εκείνα όπου δεν δημιουργήθηκε κανένα πρόβλημα, παρόλο που η δεύτερη κατηγορία περιστατικών φαίνεται ότι είναι πιο συχνή. Μάλιστα, στη συγκεκριμένη έρευνα των Watson et al. (2004), προκύπτει ότι οι αστυνομικοί συνδέουν τη σχιζοφρένεια με την επικινδυνότητα και την επιθετικότητα σε σχετικά περιστατικά και επηρεάζονται σημαντικά από αυτή την άποψη στην διαχείρισή τους, εν συγκρίσει με εκείνα τα περιστατικά που έχουν παρόμοια χαρακτηριστικά αλλά δεν υπάρχει πληροφόρηση των αστυνομικών για την ύπαρξη της συγκεκριμένης διαταραχής. Φαίνεται ότι η στάση των αστυνομικών επηρεάζεται σημαντικά από την ύπαρξη της διαταραχής, καθώς στη βάση αυτής θεωρούν ότι το άτομο έχει μειωμένη ευθύνη της συμπεριφοράς του, γεγονός που οδηγεί αφενός σε μειωμένα επίπεδα τιμωρητικότητας και αφετέρου σε αυξημένη αίσθηση αναγκαιότητας της χρήσης του μέτρου της υποχρεωτικής θεραπείας μέσω του ακούσιου εγκλεισμού [94].

Μία από τις ελάχιστες ποιοτικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στο πεδίο ήταν αυτή που διενεργήθηκε από τους McLean και Marshall (2010), η οποία εστίασε στις απόψεις, αντιλήψεις και εμπειρίες των αστυνομικών σχετικά με τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας και την εμπλοκή τους σε αυτά τα περιστατικά. Στη συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκαν εννιά ημι-δομημένες συνεντεύξεις με οχτώ άνδρες αστυνομικούς και μία γυναίκα και μέσα από την ποιοτική ανάλυση των δεδομένων προέκυψαν μία σειρά από συμπεράσματα. Πρώτον, φάνηκε ότι οι αστυνομικοί διατηρούν μία συναισθηματική προοπτική αντιμετώπισης των χρηστών και πρώην χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, δείχνοντας συμπάθεια προς τις ανάγκες τους, έχοντας ταυτόχρονα συνείδηση της επίδρασης που πιθανόν να έχει η παρουσία αστυνομικής δύναμης στη συμπεριφορά τους. Οι αστυνομικοί φαίνεται να κινητοποιούνται κυρίως από την επιθυμία τους να βοηθήσουν τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, αναφέροντας μάλιστα και συναισθήματα έντονου θυμού και απογοήτευσης στο πλαίσιο αυτών των προσπαθειών τους, καθώς συνειδητοποιούν πολλές φορές την ανεπάρκεια των κοινωνικών υπηρεσιών σε αυτό το πεδίο. Μάλιστα, φαίνεται ότι σε αρκετές περιπτώσεις η αρχική τους επιθυμία να βοηθήσουν,

εξαιτίας της αναποτελεσματικότητάς τους, αντικαταστάθηκε από αισθήματα αδυναμίας και παραίτησης, νιώθοντας εν τέλει πως δεν μπορούν να βοηθήσουν κανέναν [95].

Σε μια άλλη έρευνα ο Bolton (2000) μελέτησε τις στάσεις των αστυνομικών και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι νεότεροι σε ηλικία αστυνομικοί που είχαν λιγότερη εκπαίδευση για ψυχικές ασθένειες αντιλαμβάνονταν τα άτομα με ψυχικές ασθένειες ως πιο επικίνδυνα από ότι οι παλαιότεροι και με μεγαλύτερη εμπειρία στη διαχείριση ψυχικά ασθενών [96].

Επιπλέον αξίζει να σημειωθεί ότι τα άτομα με ψυχική ασθένεια δεν θεωρούνται αξιόπιστοι μάρτυρες από την αστυνομία και λίγα πράγματα γίνονται εξ ονόματος τους για την επίλυση των αδικιών. Η τελευταία αυτή διαπίστωση αν και ήταν αναμενόμενη, είναι ανησυχητική υπό το πρίσμα των αποδεικτικών στοιχείων ότι τα άτομα με ψυχικές ασθένειες είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στη θυματοποίηση. Για παράδειγμα αν ζητήσουν βοήθεια από την αστυνομία, μπορεί να μην ληφθούν σοβαρά υπόψη ή να μην λάβουν τη βοήθεια που χρειάζονται. Υπό το πρίσμα των προηγούμενων εμπειριών τους με άτομα με ψυχικές ασθένειες, οι αστυνομικοί μπορούν να κάνουν τοποθετήσεις. Για τους αστυνομικούς, είναι επιτακτική ανάγκη να ερευνήσουν τέτοιες καταγγελίες από θύματα με ψυχικές ασθένειες πριν από την απόρριψη αυτών των ατόμων ως «τρελά» και τη μη βοήθειά τους. Τα πορίσματα αυτής της μελέτης υποδεικνύουν ότι υπάρχει η τάση των αστυνομικών να αμφισβητούν την αξιοπιστία των ατόμων με ψυχικές ασθένειες, προτού ακούσουν ή δουν το άτομο. Σίγουρα, τα συμπτώματα της ψυχικής ασθένειας μπορεί να προκαλέσουν ανακριβή αντίληψη των περιπτώσεων και οι αστυνομικοί πρέπει να διαθέτουν την ικανότητα να επαληθεύουν αμφισβητήσιμες πληροφορίες. Όμως δεν είναι σωστό να υποθέσουμε ότι ένα άτομο με ψυχική ασθένεια δεν είναι ικανό να μας παρέχει σημαντικές πληροφορίες γιατί έτσι θα χάναμε τις πληροφορίες που είχε να μας δώσει [97].

Στην Ελλάδα, η έρευνα στο συγκεκριμένο πεδίο είναι εξαιρετικά περιορισμένη. Πρόσφατα, η Psarra et al. (2008) μελέτησαν τις απόψεις των αστυνομικών για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας και τα προβλήματα που προκύπτουν κατά τη μεταφορά τους στα επείγοντα περιστατικά των ψυχιατρικών κλινικών. Η αρχική υπόθεση της έρευνας είναι ότι οι αστυνομικοί έχουν διαστρεβλωμένες απόψεις και δυσμενή εικόνα για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, καθώς συχνά έχουν να αντιμετωπίσουν περιστατικά που συνιστούν προβληματικές καταστάσεις. Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 156 αστυνομικοί, στους οποίους χορηγήθηκε ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις κλειστού τύπου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, 64.9% των αστυνομικών υποστηρίζουν ότι στις περισσότερες περιπτώσεις τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας παρουσιάζουν βίαιη ή απειλητική συμπεριφορά για τον εαυτό τους ή τους άλλους. Το παραπάνω εύρημα δεν προκαλεί έκπληξη, καθώς οι άνθρωποι σε οξείες ψυχιατρικές καταστάσεις, οι οποίοι έχουν συλληφθεί ακούσια, συνήθως παρουσιάζουν ψυχοκινητική διέγερση και έλλειψη διορατικότητας στην ανάγκη τους για νοσηλεία. Ωστόσο, το 69,9% των αστυνομικών πιστεύει ότι οι ψυχικά ασθενείς συνήθως σπάνια ή ποτέ δεν διαπράττουν εγκλήματα. Επίσης, στην πλειοψηφία τους οι αστυνομικοί θεωρούν ότι τα άτομα που συνοδεύουν αποτελούν ενόχληση για τους υπόλοιπους πολίτες, προκαλούν προβλήματα στις οικογένειές τους, αποτελούν απειλή για τον εαυτό τους ή/και τους άλλους, υποφέρουν από πολλαπλά συμπτώματα και είναι πολύ απρόβλεπτα. Ακόμη, σχεδόν τα τρία τέταρτα του δείγματος θεωρούν ότι τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, δεν έχουν σχεδόν ποτέ συναίσθηση της κατάστασής τους και σπάνια βρίσκονται σε θέση να λάβουν λογικές αποφάσεις για τη ζωή τους, ενώ σε ποσοστό που αγγίζει το 90% θεωρούν ότι δεν μπορούν να ξεπεράσουν μόνοι τους τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Ακόμη, υπέρ της αναγκαιότητας χρήσης φαρμακευτικής αγωγής για τον έλεγχο των συμπτωμάτων τους τάσσεται το 47.7% των ερωτηθέντων, το 37.3% πιστεύει ότι η κατάστασή τους χειροτερεύει βαθμιαία και 6 στους δέκα κρίνουν ότι τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας είναι περισσότερο επικίνδυνα συγκριτικά με κάποιον άνθρωπο

που δεν αντιμετωπίζει προβλήματα ψυχικής υγείας. Επίσης, παραπάνω από τους μισούς αστυνομικούς θεωρούν ότι αυτά τα άτομα δεν είναι ικανά να δουλέψουν, να κάνουν οικογένεια και παιδιά και να ζουν αυτόνομα, ενώ οι υπόλοιποι θεωρούν ότι μπορούν να είναι δημιουργικοί και να έχουν φίλους. Το 62,1% πιστεύει ότι υπάρχει αυτοκαταστροφικός ή αυτοκτονικός κίνδυνος για τον ασθενή. Σχεδόν 8 στους 10 αστυνομικούς, πιστεύουν ότι είναι απαραίτητος ο σωματικός έλεγχος αυτών των ατόμων, προκειμένου να απομακρυνθούν επικίνδυνα και αιχμηρά αντικείμενα από αυτά, παρόλο που αυτό δεν αποτελεί συχνή πρακτική, και περίπου 6 στους 10 ότι είναι απαραίτητο να επέμβουν τουλάχιστον τρία ή και περισσότερα άτομα, προκειμένου να ακινητοποιήσουν ένα άτομο με ψυχικές διαταραχές. Αξίζει να σημειωθεί, ότι κανένας από τους αστυνομικούς δεν πιστεύει ότι ένας αξιωματικός είναι ικανός από μόνος του να συγκρατήσει ένα βίαιο ψυχικά άρρωστο άτομο. Σε ποσοστό 62.9% οι αστυνομικοί πιστεύουν ότι δεν είναι δική τους αρμοδιότητα αυτά τα περιστατικά και σε ίδιας κλίμακας ποσοστό, ότι πρέπει να παραμένουν έγκλειστα εφ' όρου ζωής. Τα τρία τέταρτα των συμμετεχόντων θα ήθελαν να λάβουν περισσότερη εκπαίδευση σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές και τη διαχείριση τέτοιων περιστατικών.

Η χρησιμότητα της ιατρικής περίθαλψης είναι σαφής, καθώς το 84% των αστυνομικών απαντά ότι οι ψυχικά ασθενείς που λαμβάνουν τα φάρμακα είναι λιγότερο ή πολύ λιγότερο βίαιοι από αυτούς που δεν το κάνουν. Οι αστυνομικοί αναγνωρίζουν την ανάγκη νοσηλείας μόνο στην οξεία φάση της νόσου αλλά αυτό που είναι αμφιλεγόμενο είναι ότι σχεδόν το ίδιο ποσοστό πιστεύει ότι απαιτείται συνεχής νοσηλεία για τέτοιους ασθενείς [98].

Ακούσια νοσηλεία: Η εμπλοκή και η στάση της Ελληνικής Αστυνομίας

Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της έρευνας, είναι η διερεύνηση και μελέτη των προβλημάτων που ανακύπτουν κατά την εφαρμογή των άρθρων 95-100 του Ν. 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας», που αφορούν τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας ψυχικά ασθενών.

Συγκεκριμένα, θα επιχειρήσουμε να μελετήσουμε ένα βασικό κομμάτι της διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας, αυτό που αφορά την εμπλοκή της αστυνομίας. Έχουν γίνει πολυάριθμες μελέτες κατά το παρελθόν πάνω σε αυτό τον τομέα, οι οποίες δίνουν έμφαση κυρίως στον τρόπο μεταφοράς των ψυχικά πασχόντων στα ψυχιατρεία, που διενεργείται ως επί των πλείστων από την αστυνομία με περιπολικά. Εμείς θα προσπαθήσουμε να πάμε λίγο πιο μακριά, να μελετήσουμε και να αναφερθούμε στη διαδικασία εκείνη της ακούσιας νοσηλείας κατά την οποία η αστυνομία εμπλέκεται όχι μόνο στη μεταφορά αλλά και στη φύλαξη των ψυχικά πασχόντων και θα μελετήσουμε τις στάσεις των Ελλήνων αστυνομικών απέναντι στα άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχικά προβλήματα. Η παρούσα έρευνα έχει ως στόχο την πολύπλευρη διερεύνηση του συγκεκριμένου πεδίου, εξετάζοντας μία σειρά από ζητήματα που σχετίζονται με την επαφή των αστυνομικών με άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας στην καθημερινότητα της αστυνομικής πρακτικής. Επίσης, επίκεντρο της συγκεκριμένης έρευνας είναι η διερεύνηση της ανάγκης εισαγωγής αλλαγών στο συγκεκριμένο πεδίο της αστυνομικής πρακτικής, προκειμένου να υπάρξει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και θετικότερη έκβαση των περιστατικών για όλες τις εμπλεκόμενες πλευρές, δηλαδή των αστυνομικών και των ίδιων των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Πώς εμπλέκονται οι αστυνομικοί στην ακούσια νοσηλεία; Εκφράζουν και οι Έλληνες αστυνομικοί δυσαρέσκεια όσον αφορά την εμπλοκή τους στην διαδικασία ακούσιας νοσηλείας ; Ποια η στάση τους απέναντι στα άτομα που εμφανίζουν ψυχικές διαταραχές; Υπάρχουν τρόποι να βελτιωθεί η όλη προβληματική κατάσταση;

Η παρούσα έρευνα θα μπορούσε να αποτελέσει εφαλτήριο για τον εκσυγχρονισμό της ελληνικής αστυνομικής πρακτικής σε περιστατικά στα οποία εμπλέκονται άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, ώστε να υπάρχει συμπίεση με τα επιτυχή παραδείγματα άλλων χωρών στο συγκεκριμένο πεδίο. Είναι φανερό ότι υπάρχουν κενά και ελλείψεις, τα οποία δυσχεραίνουν την αστυνομική καθημερινή πρακτική, ενώ ταυτόχρονα η απουσία ενός ενιαίου εγκεκριμένου πλαισίου για την επιτυχή διαχείριση αυτών των περιστατικών γεννά ανασφάλεια.

Οι φάσεις της έρευνας

Προκαταρκτική Διερεύνηση

Στο πλαίσιο της προκαταρκτικής διερεύνησης του θέματος που επιλέχθηκε δεν σχηματίστηκαν συγκεκριμένες θεωρητικές υποθέσεις, καθώς πρωταρχικός στόχος μέσα από τη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας, είναι η εγκαθίδρυση των στόχων της έρευνας. Έτσι, σε αυτή την φάση, η μελέτη εστίασε στην διερεύνηση της σχετικής βιβλιογραφίας. Ταυτόχρονα, δεδομένου ότι το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν εν ενεργεία αστυνομικοί που διαχειρίζονται περιστατικά στα οποία εμπλέκονται άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, έπρεπε να ενημερωθεί το Αρχηγείο της Ελληνικής Αστυνομίας σχετικά με τους σκοπούς και τη διαδικασία της έρευνας και να ληφθεί η αντίστοιχη άδεια (βλ. Παράρτημα), προκειμένου να ακολουθήσουν η ενημέρωση των αστυνομικών τμημάτων και των υποψηφίων συμμετεχόντων.

Κύρια φάση της έρευνας

Η κύρια φάση της έρευνας απαρτίζεται αρχικά από την ενημέρωση των αστυνομικών τμημάτων των Αθηνών και του Πειραιά, όπου γνωστοποιήθηκαν στους διοικητές του κάθε τμήματος η φύση και ο σκοπός της έρευνας, προκειμένου να ενημερωθεί με σχετική ανακοίνωση όλη η αστυνομική δύναμη του τμήματος. Στη συνέχεια, δόθηκε ένα εύλογο χρονικό διάστημα δύο εβδομάδων για κάθε τμήμα, στη διάρκεια του οποίου όσοι αστυνομικοί επιθυμούσαν συμπλήρωναν τα ερωτηματολόγια. Ακολούθως πραγματοποιήθηκε νέα επίσκεψη σε κάθε αστυνομικό τμήμα, για την συλλογή των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων.

Συμμετέχοντες

Προκειμένου να είναι το δείγμα αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού των αστυνομικών και να συμπεριληφθούν αστυνομικοί από διάφορα τμήματα των Αθηνών και του Πειραιά και από διαφορετικές θέσεις, η δειγματοληψία ήταν τυχαία. Στην έρευνα συμμετείχαν αστυνομικά τμήματα του κέντρου (Δ.Α.Α), των βορείων προαστίων (Δ.Α.Β.Α) και της ευρύτερης περιοχής του Πειραιά (Δ.Α.Πειραιά), στην προσπάθειά μας να καλύψουμε ένα μεγαλύτερο εύρος περιοχών με διαφορετικό κοινωνικο-οικονομικό υπόβαθρο για να μελετήσουμε εάν παρατηρούνται διαφορές στην όλη διαδικασία ανάλογα με την περιοχή. Ωστόσο, στο πλαίσιο της αρχικής ενημέρωσης των διοικητών των τμημάτων, ζητήθηκε να ενημερωθούν για να συμμετάσχουν στην έρευνα αστυνομικοί οι οποίοι επιλαμβάνονται σχετικά περιστατικά και δεν έχουν άλλες αρμοδιότητες ή θέσεις γραφείου, οι οποίες δεν σχετίζονται με την διαχείριση ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Προς αυτή την κατεύθυνση στο πρώτο ερωτηματολόγιο που αφορά την αναλυτική εμπλοκή της αστυνομίας στη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας, η πρώτη ερώτηση « Έχετε συμμετάσχει σε διαδικασία μεταγωγής ακούσιου εγκλεισμού » τέθηκε για να ξεχωρίσουμε τα έγκυρα ερωτηματολόγια αφού σαφώς για τους σκοπούς της έρευνας ενδιαφερόμαστε μόνο για τις εμπειρίες του προσωπικού της αστυνομίας που έχει συμμετάσχει σε διαδικασίες μεταγωγής ακούσιου εγκλεισμού.

Συλλογή αποτελεσμάτων

Η διαδικασία συλλογής των δεδομένων υπήρξε μία χρονοβόρα διαδικασία, καθώς δεν υπήρχε μεγάλη διαθεσιμότητα και προθυμία των αστυνομικών να συμμετέχουν σε ένα σχετικό ερευνητικό εγχείρημα. Μάλιστα, συγκεκριμένα αστυνομικά τμήματα συμμετείχαν ελάχιστα, προβάλλοντας ως κύριους λόγους τον φόρτο εργασίας που ήδη έχουν οι αστυνομικοί, την τάση να αποφεύγουν να μιλήσουν για ζητήματα που σχετίζονται με τις πρακτικές που χρησιμοποιούνται από την αστυνομία αλλά και την αποφυγή άσκησης οποιασδήποτε κριτικής στην υπάρχουσα κατάσταση.

Κατορθώσαμε να συλλέξουμε συνολικά 150 έγκυμα ερωτηματολόγια 50 από κάθε περιοχή. Αναλυτικότερα για την περιοχή του κέντρου (Δ.Α.Α) συμμετείχαν τα εξής τμήματα : Α/Τ Κυψέλης (20 έγκυμα), Α/Τ Αμπελοκήπων (10 έγκυμα), Α/Τ Αγ. Παντελεήμονα (10 έγκυμα) και τέλος Α/Τ Πατησίων (10 έγκυμα). Για την περιοχή των βορείων προαστίων (Δ.Α.Β.Α): Α/Τ Χαλανδρίου (14 έγκυμα), Α/Τ Πεύκης (11 έγκυμα), Α/Τ Χολαργού (9 έγκυμα), Α/Τ Ψυχικού (10 έγκυμα) και τέλος Α/Τ Αμαρουσίου (8 έγκυμα). Για την περιοχή του Πειραιά (Δ.Α.Πειραιά), συμμετείχαν τα εξής τμήματα: Α/Τ Δημοτικού Θεάτρου (22 έγκυμα), Α/Τ Δραπετσώνας (10 έγκυμα), Α/Τ Αγίου Ιωάννη Ρέντη (18 έγκυμα).

Μέθοδος συλλογής αποτελεσμάτων

Για τους σκοπούς της έρευνας δόθηκαν δύο ερωτηματολόγια στο προσωπικό της Ελληνικής Αστυνομίας (βλ.Παράρτημα).

Το πρώτο ερωτηματολόγιο, όπου μελετάται η εμπλοκή της αστυνομίας στην διαδικασία του ακούσιου εγκλεισμού, περιλαμβάνει 25 λήμματα που αφορούν βήμα-βήμα την πορεία ενός ψυχικά ασθενή από την προσαγωγή του στο αστυνομικό τμήμα, την παραμονή του σε αυτό και την μετέπειτα μεταγωγή του στη κατάλληλη ψυχιατρική δομή. Σε αυτό το ερωτηματολόγιο, οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν διαλέγοντας ανάμεσα σε απαντήσεις πολλαπλών επιλογών αυτή που ανταποκρίνεται καλύτερα στην πραγματικότητα σύμφωνα με την εμπειρία τους. Επι παραδείγματι, για τις ερωτήσεις : E1, E5, E7, E12, E17, E21, E23 οι πιθανές απαντήσεις είναι «Ναι, Όχι».Για τις ερωτήσεις E8, E9-1,E9-2, E9-3,E10 οι πιθανές απαντήσεις είναι «*Πάντα, Ποτέ, Αναλόγως το περιστατικό*» Στο τέλος του ερωτηματολογίου παρατίθενται προτάσεις βελτίωσης της όλης προβληματικής κατάστασης όπου οι συμμετέχοντες καλούνται να βαθμολογήσουν μεταξύ των επιλογών « *Πολύ λίγο, Λίγο, Πολύ, Πάρα πολύ* », ανάλογα με το βαθμό που πιστεύουν ότι θα συμβάλλει κάθε μια από αυτές ξεχωριστά στην βελτίωση των συνθηκών μεταγωγής των ψυχικά ασθενών. Επειδή δεν ήταν δυνατόν να παραθέσουμε όλες τις δυνατές επιλογές για κάτι τέτοιο, κλείνοντας το ερωτηματολόγιο θέσαμε μια τελευταία ανοιχτού τύπου ερώτηση, όπου οι συμμετέχοντες μπορούσαν να προτείνουν δικές τους προτάσεις βελτίωσης.

Στο δεύτερο ερωτηματολόγιο, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα κοινωνικής απόστασης που δημιουργήθηκε από τους Οικονόμου, Πέππου, Λούκη, Χαρίση, Στεφανής (2010). Το ερωτηματολόγιο αυτό στο πλαίσιο της έρευνας για το στίγμα αποτελεί τον πιο διαδεδομένο δείκτη καταγραφής των κοινωνικών στάσεων και για τον λόγο αυτό έχει ενσωματωθεί στις έρευνες στάσεων του γενικού πληθυσμού απέναντι σε ασθενείς με σχιζοφρένεια που έχουν διενεργηθεί υπό την αιγίδα της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας. Αποτυπώνει την επιθυμία διατήρησης απόστασης από ασθενείς με ψυχιατρικές διαταραχές σε κοινωνικές συναναστροφές ποικίλης εγγύτητας. Η κλίμακα περιλαμβάνει 14 λήμματα τα οποία περιγράφουν κοινωνικές συναναστροφές διαβαθμιζόμενης εγγύτητας με ασθενείς με σχιζοφρένεια. Η τελική τιμή κοινωνικής απόστασης προκύπτει από το άθροισμα των

απαντήσεων στα 14 λήμματα, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν μεγαλύτερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση και κατ' επέκταση μεγαλύτερο βαθμό στίγματος. Οι απαντήσεις ακολουθούν σε μία 5-βάθμια κλίμακα Likert και κυμαίνονται από 1 (σίγουρα όχι) έως 5 (σίγουρα ναι). Συγκεκριμένα για όλες τις ερωτήσεις Κ1-Κ14 οι πιθανές απαντήσεις είναι « *Σίγουρα Όχι, Όχι, Ούτε Όχι/ Ούτε Ναι, Ναι, Σίγουρα Ναι* »

Μέθοδος ανάλυσης των δεδομένων

Για τη διενέργεια των στατιστικών αναλύσεων το πρώτο βήμα ήταν η κωδικοποίηση των απαντήσεων της μορφής Ναι / Όχι σε αριθμητικά δεδομένα: 0 για ναι, 1 για όχι (ερωτήσεις Ε1, Ε5, Ε7, Ε12, Ε17, Ε21, Ε23). Για τις ερωτήσεις με απαντήσεις της μορφής Πάντα/Ποτέ/Αναλόγως το περιστατικό (Ε8, Ε9-1, Ε9-2, Ε9-3, Ε10), κωδικοποιήσαμε με 1 το Πάντα, με 2 το Ποτέ και με 3 το Ανάλογα. Πράξαμε ομοίως και με τις υπόλοιπες ερωτήσεις (Ε2, Ε3, Ε4, Ε6, Ε11, Ε13, Ε14, Ε15, Ε16, Ε18, Ε19, Ε20, Ε22, Ε24, Ε25, Ε26-1, Ε26-2, Ε26-3, Ε26-4, Ε26-5, Ε26-6, Ε26-7, Ε26-8), κωδικοποιώντας με 1 την πρώτη πιθανή απάντηση, με 2 τη δεύτερη κ.ο.κ. Για τις ερωτήσεις της Κλίμακας Κοινωνικής Απόστασης (Κ1 έως Κ14), κωδικοποιήσαμε με 1 την απάντηση «*Σίγουρα Όχι*», με 2 την απάντηση «*Όχι*», με 3 την απάντηση «*Ούτε Όχι / Ούτε Ναι*», με 4 την απάντηση «*Ναι*» και με 5 την απάντηση «*Σίγουρα Ναι*». Σε όλες τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε η 23^η έκδοση του Στατιστικού Προγράμματος για Κοινωνικές Επιστήμες (SPSS).

Επανακωδικοποιήσεις μεταβλητών και έλεγχος αξιοπιστίας

Θα ήταν χρήσιμο να οργανώσουμε τις ηλικίες των ερωτηθέντων σε ηλικιακές κατηγορίες. Για να το κάνουμε αυτό χρησιμοποιούμε το recode into different variables του SPSS, δημιουργώντας μια νέα μεταβλητή με όνομα *Ηλικία σε Ομάδες* η οποία θα παίρνει τις τιμές που δείχνει ο Πίνακας 1. Το ίδιο θα κάνουμε και για τα *Χρόνια Υπηρεσίας*. Η νέα μεταβλητή θα ονομαστεί *Χρόνια Υπηρεσίας σε Ομάδες* και θα παίρνει τις τιμές που εμφανίζει ο Πίνακας 1.

ΗΛΙΚΙΑ ΣΕ ΟΜΑΔΕΣ	
Παλιά τιμή	Νέα τιμή
20 μέχρι 29	1
30 μέχρι 39	2
40 μέχρι 49	3
50 και άνω	4

ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΕ ΟΜΑΔΕΣ	
Παλιά τιμή	Νέα τιμή
Μέχρι 10	1
11 μέχρι 20	2
21 μέχρι 30	3
30 και άνω	4

Πίνακας 1: Επανακωδικοποιήσεις μεταβλητών

Χρησιμοποιούμε το Cronbach's alpha όταν θέλουμε να μετρήσουμε το πόσο αξιόπιστα μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε ένα σύνολο μεταβλητών (ερωτήσεων) για να μετρήσουμε μια μη μετρήσιμη μεταβλητή. Εδώ έχουμε 14 μεταβλητές (K1-K14) που απαρτίζουν τη *Κοινωνική Απόσταση*. Κάθε μία από τις 14 αυτές μεταβλητές περιγράφει έναν παράγοντα που επηρεάζει την Κοινωνική Απόσταση και παίρνει τιμές από 1 έως 5, σε μια τυπική 5-βάθμια κλίμακα Likert. Παρατηρούμε ότι οι πρώτες 9 ερωτήσεις (K1 - K9) είναι έτσι διατυπωμένες που υψηλό σκόρ δε σημαίνει αύξηση της κοινωνικής απόστασης, όπως δηλώνει ρητά η βιβλιογραφία, αλλά το ακριβώς αντίθετο. Αλλάζουμε λοιπόν τις τιμές που δίνουμε στις 9 πρώτες μεταβλητές της Κοινωνικής Απόστασης έτσι ώστε οι αρνητικές απαντήσεις να λαμβάνουν υψηλότερο σκόρ, ώστε να αυξάνουν έτσι τον δείκτη κοινωνικής απόστασης (5 για την απάντηση «Σίγουρα Όχι», 4 για την απάντηση «Όχι», 3 για την απάντηση «Ούτε Όχι / Ούτε Ναι», 2 για την απάντηση «Ναι» και 1 για την απάντηση «Σίγουρα Ναι»). Εκτελώντας το Cronbach's alpha με τις νέες τιμές, παίρνουμε τιμή $\alpha=0.859$ που υποδηλώνει καλή εγκυρότητα. Περαιτέρω ανάλυση έδειξε ότι αν αφαιρεθεί το 14^ο λήμμα («θα ένιωθα ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος στην οικογένειά μου είχε διαγνωσθεί με σχιζοφρένεια»), ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας αυξάνεται σε $\alpha=0.865$ (Πίνακας 2) αλλά η βελτίωση της συνοχής της κλίμακας κατά 0.006 δεν είναι σημαντικός για την αφαίρεση του συγκεκριμένου λήμματος από την κλίμακα.

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
K1	44.14	47.061	.501	.431	.850
K2	44.03	46.462	.572	.451	.846
K3	43.92	45.846	.660	.536	.841
K4	44.13	44.192	.631	.484	.842
K5	43.69	45.774	.719	.642	.838
K6	43.01	47.597	.564	.391	.847
K7	43.09	47.784	.561	.445	.847
K8	42.77	50.593	.419	.330	.855
K9	43.60	45.705	.632	.466	.842
K10	43.33	48.761	.366	.227	.858
K11	43.82	47.222	.471	.302	.852
K12	45.12	49.811	.365	.374	.857
K13	44.73	47.982	.473	.393	.852
K14	45.17	50.516	.238	.198	.865

Πίνακας 2: Συνεισφορά λημμάτων στο δείκτη Cronbach

Τέλος, θα δημιουργήσουμε μία νέα μεταβλητή με όνομα *Κοινωνική Απόσταση*, η οποία θα υπολογίζεται από το άθροισμα των απαντήσεων της μορφής 1-5 στις 14 ερωτήσεις που αντιστοιχούν στα 14 λήμματα της Κοινωνικής Απόστασης. Όπως τονίζει η βιβλιογραφία, υψηλότερη τιμή της μεταβλητής αυτής σημαίνει και υψηλότερο στίγμα και απομόνωση.

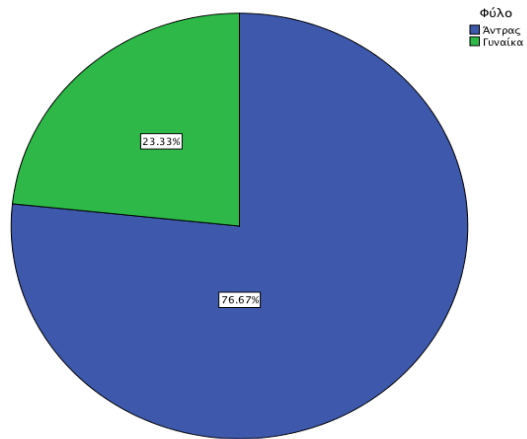
Ζητήματα δεοντολογίας

Ένας από τους πιο έντονους προβληματισμούς που μας απασχόλησαν, ήταν η προσέγγιση αστυνομικών για να συμμετέχουν στην έρευνα, η οποία εξαρχής φαινόταν δύσκολη. Όντως, υπήρξε μία μικρή καθυστέρηση μέχρι να εξασφαλισθούν οι σχετικές άδειες, ώστε να μην υπάρχει κανένα δεοντολογικό ζήτημα και να μπορούν να ενημερωθούν τα κατά τόπους αστυνομικά τμήματα για την έρευνα. Παρόλα αυτά, η άδεια δόθηκε και αυτό αποτέλεσε ένα θετικό στοιχείο που βοήθησε στην ευκολότερη προσέγγιση των αστυνομικών, καθώς υπήρξε αποδοχή της διαδικασίας τόσο από το Αρχηγείο της Ελληνικής Αστυνομίας όσο και από τους διοικητές των αστυνομικών τμημάτων σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό. Επίσης, η συμμετοχή των αστυνομικών στην παρούσα έρευνα ήταν εθελοντική κατόπιν ενημέρωσης όλων των κατά τόπους αστυνομικών τμημάτων και την εκδήλωση ενδιαφέροντος από τους ίδιους τους αστυνομικούς. Μάλιστα, στους αστυνομικούς δόθηκαν το έντυπο ενημέρωσης. Το έντυπο ενημέρωσης περιελάμβανε πληροφορίες για τη φύση, τους σκοπούς και το πλαίσιο διεξαγωγής της έρευνας (βλ. Παράρτημα). Ακόμη, η εξασφάλιση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων αλλά και ο ασφαλής τρόπος φύλαξης και επεξεργασίας των δεδομένων, αποτέλεσαν ένα μέσο εμπιστοσύνης από πλευράς των συμμετεχόντων, έτσι ώστε να μην υπάρχει οποιαδήποτε υπόνοια ότι μπορεί με κάποιον τρόπο να στοχοποιηθούν συγκεκριμένοι αστυνομικοί ή συγκεκριμένα αστυνομικά τμήματα για τις απόψεις και τις εμπειρίες, τις οποίες κατέθεσαν. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και στο κάθε ένα δόθηκε τυχαία ένας κωδικός για να είναι πιο εύκολη η διαδικασία ανάλυσής τους. Τέλος, ένα ζήτημα δεοντολογίας που έγινε εμφανές στην διαδικασία συλλογής των δεδομένων αφορά τους ίδιους τους αστυνομικούς, καθώς ήταν έκδηλη η δυσκολία τους να αποκαλύψουν σε αρκετές περιπτώσεις προβλήματα ή ζητήματα που αφορούν την Αστυνομία, από φόβο έκθεσης είτε του σώματος της Αστυνομίας είτε του αστυνομικού τμήματος στο οποίο υπηρετούν. Ωστόσο, μέσω της υπενθύμισης των βασικών χαρακτηριστικών της έρευνας και της δικής τους συμμετοχής σε αυτήν, δεν θεωρείται ότι αυτή η παράμετρος έχει επιδράσει καταλυτικά στα ερευνητικά αποτελέσματα.

Ανάλυση δεδομένων

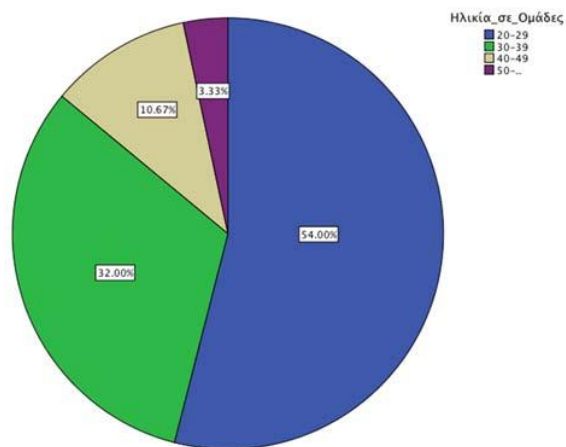
Για τα δημογραφικά στοιχεία τα αποτελέσματα έχουν ως εξής :

- Το φύλο των ερωτηθέντων :



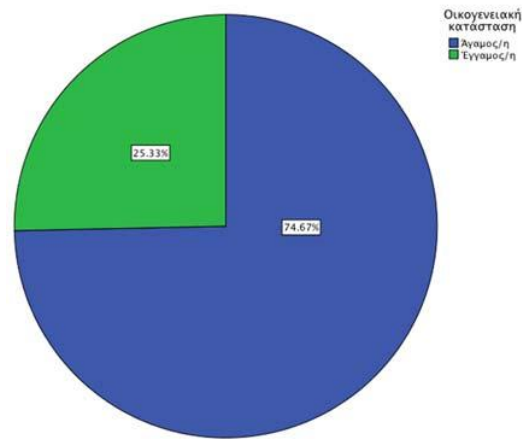
Εικόνα 1: Το φύλο των ερωτηθέντων

- Η ηλικία των ερωτηθέντων :



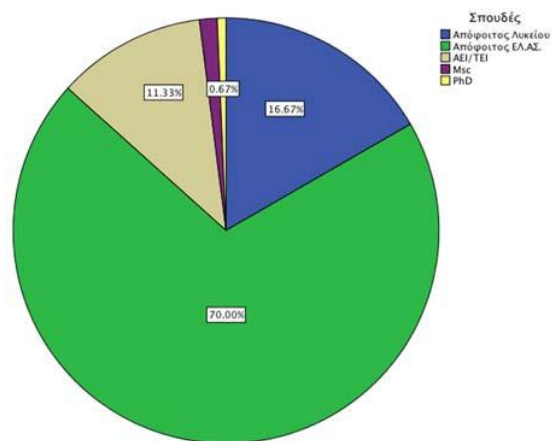
Εικόνα 2: Ποσοστιαία ηλικιακή κατανομή σε ομάδες

- Η οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων :



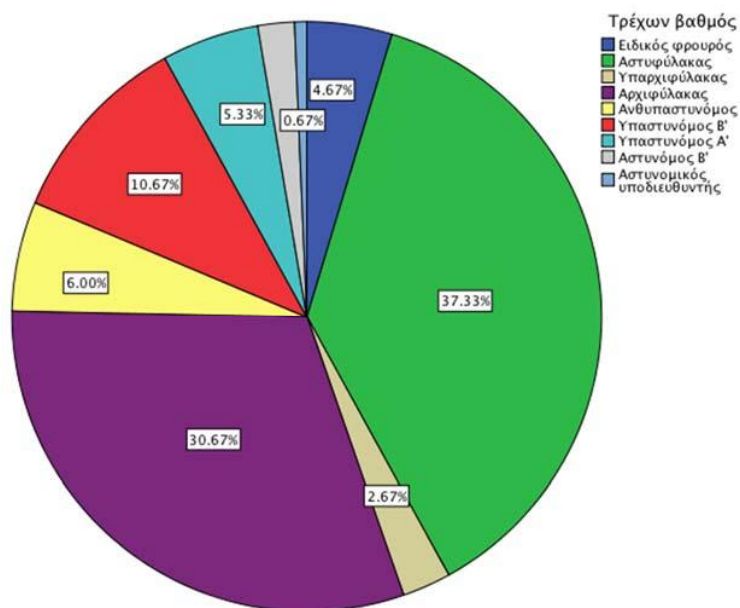
Εικόνα 3: Οικογενειακή κατάσταση

- Το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων:



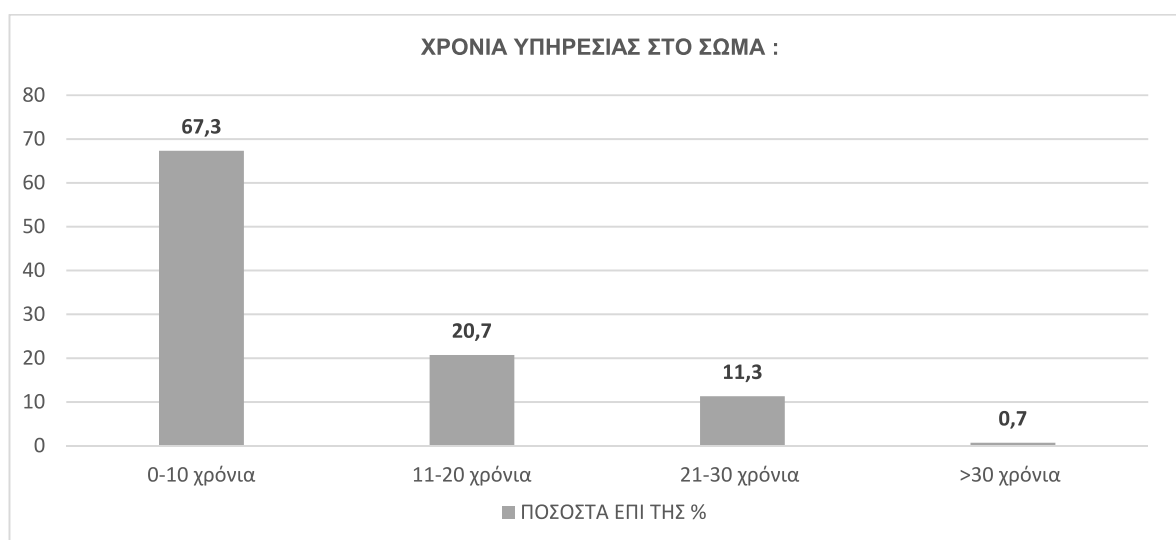
Εικόνα 4: Σπουδές

- Ο τρέχων βαθμός των ερωτηθέντων:



Εικόνα 5: Τρέχων βαθμός

- Χρόνια υπηρεσίας στο σώμα :



Πίνακας 3: Χρόνια υπηρεσίας στο σώμα

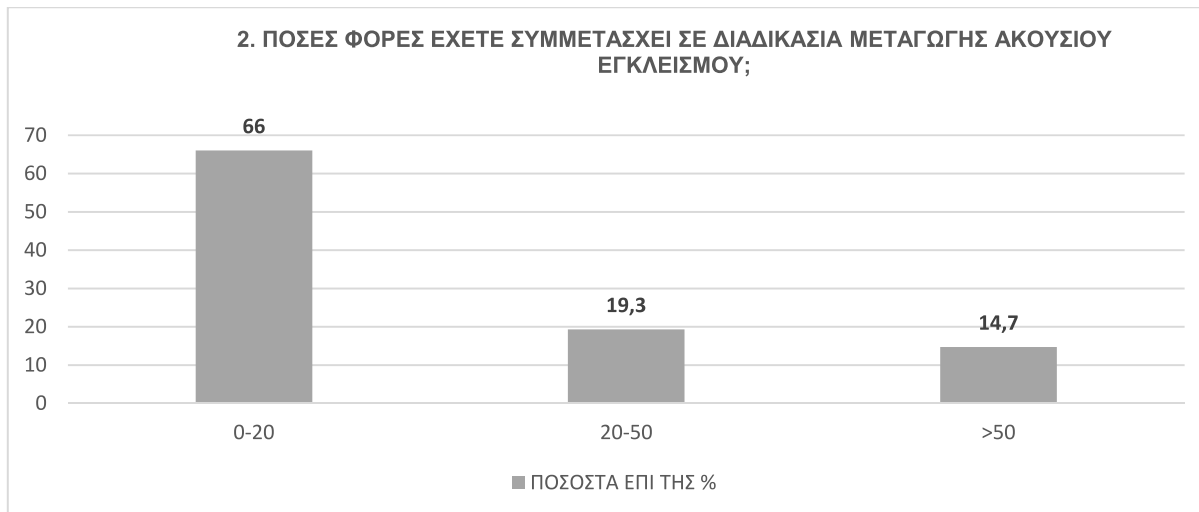
- Διεύθυνση αστυνομίας που υπηρετούν:



Πίνακας 4: Διεύθυνση αστυνομίας που υπηρετούν

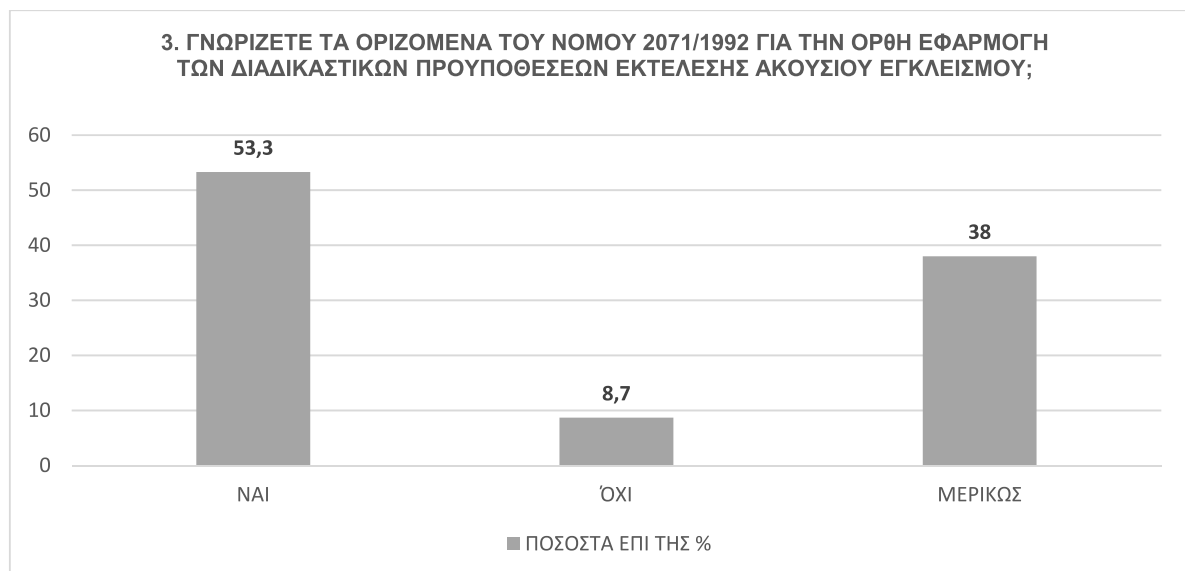
Παρακάτω παραθέτουμε την διεξαγωγή των αποτελεσμάτων όπως προέκυψαν από την στατιστική ανάλυση των δεδομένων .

Στην ερώτηση Ε2, πόσες φορές έχετε συμμετάσχει σε διαδικασία μεταγωγής ακούσιου εγκλεισμού, λάβαμε τις εξής απαντήσεις :



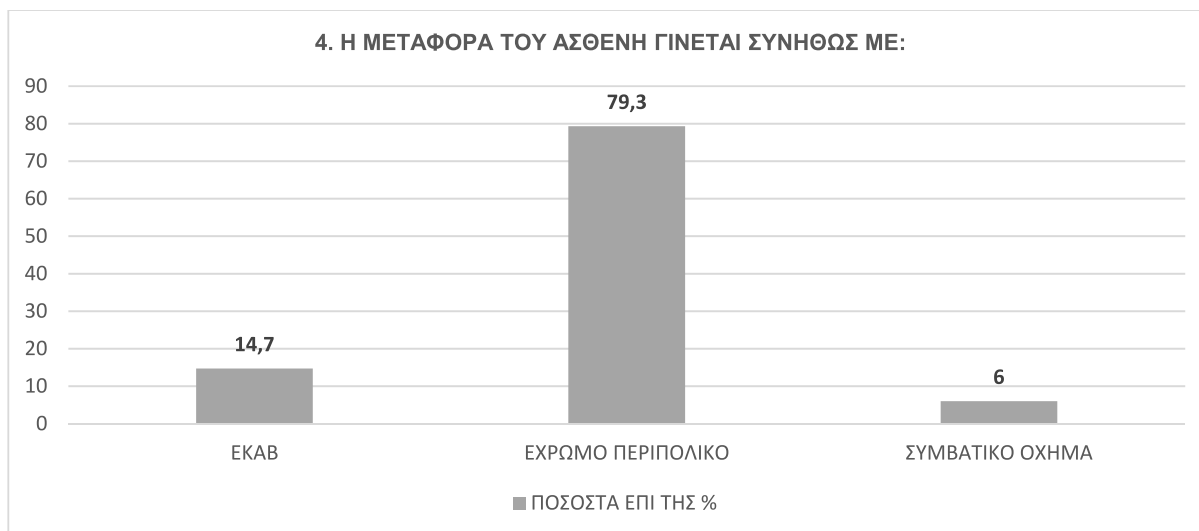
Πίνακας 5: Αριθμός συμμετοχών σε διαδικασία μεταγωγής ακούσιου εγκλεισμού

Στην ερώτηση Ε3 , εάν γνωρίζουν τα οριζόμενα του Νόμου 2071/1992 σχετικά με την ορθή εφαρμογή των διαδικαστικών προϋποθέσεων εκτέλεσης ακούσιου εγκλεισμου , λάβαμε τις εξής απαντήσεις :



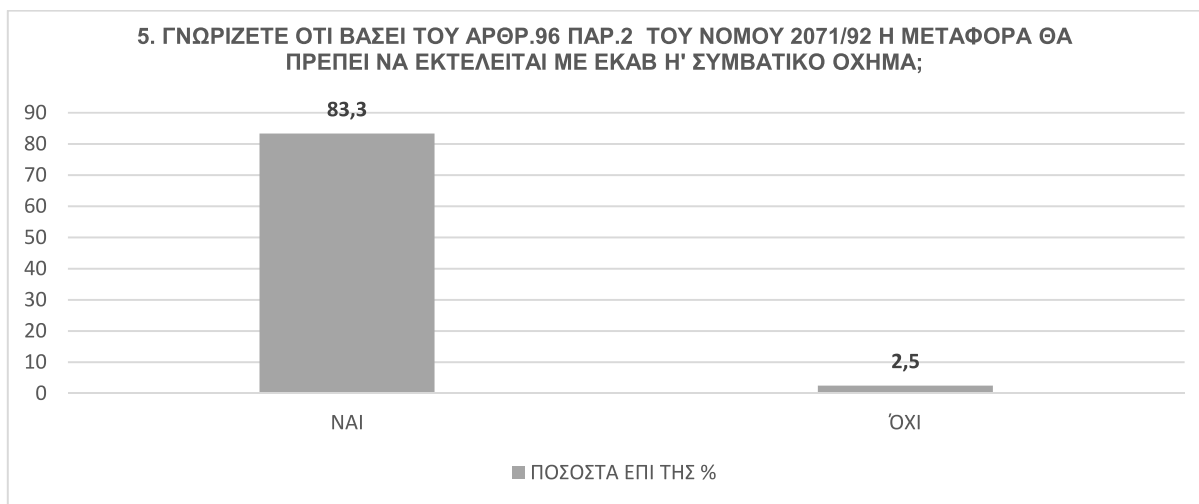
Πίνακας 6: Δείκτης γνώσης του νόμου 2071/1992

Στην ερώτηση Ε4, για το πώς γίνεται η μεταφορά του ασθενή συνήθως , λάβαμε τις εξής απαντήσεις :



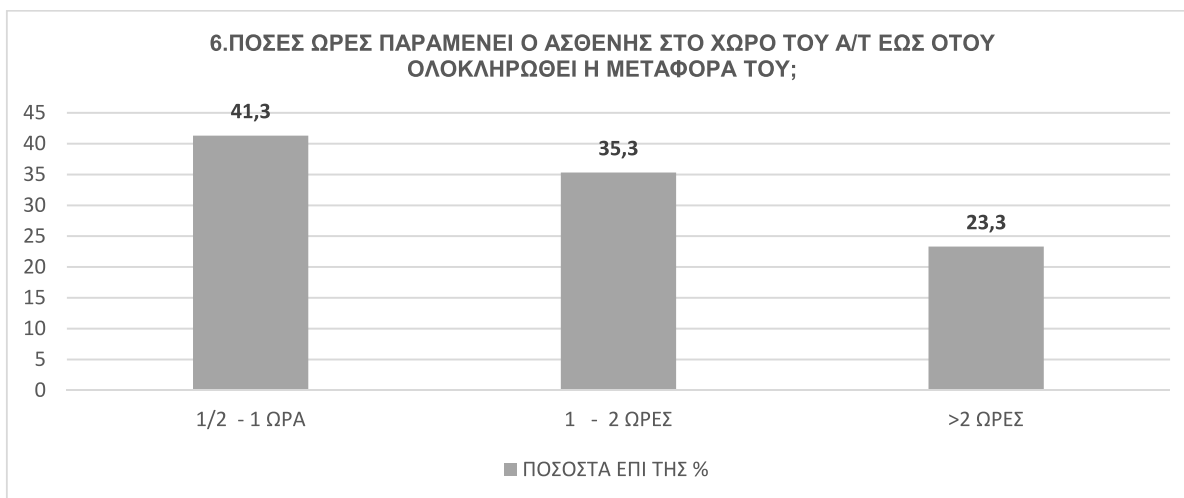
Πίνακας 7: Τρόποι μεταφοράς των ασθενών

Στην ερώτηση Ε5, εάν γνωρίζουν ότι σύμφωνα με επιταγή του άρθρου 96,παρ.2 του Ν.2071/92 για αξιοπρεπή μεταφορά των ακούσια έκλειστων ασθενών , θα έπρεπε αυτή να εκτελείται με ΕΚΑΒ ή με συμβατικά οχήματα και πάντα με συνοδεία νοσηλευτών, λάβαμε τις εξής απαντήσεις:



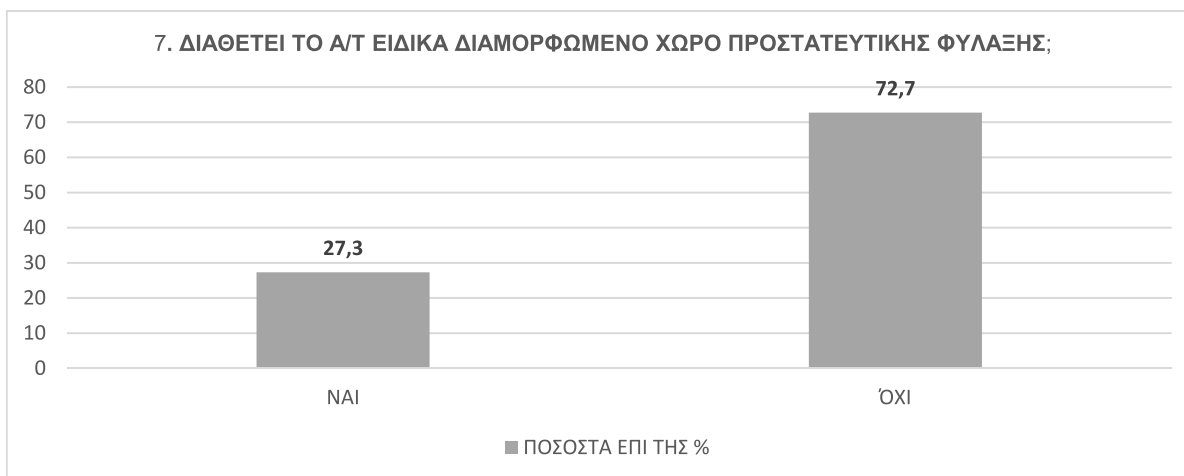
Πίνακας 8: Δείκτης γνώσης του αρθ.96 παρ.2 του νόμου 2071/92, για την αξιοπρεπή μεταφορά των ασθενών

Στην ερώτηση Ε6, πόσες ώρες συνήθως παραμένει ο ασθενής στο χώρο του αστυνομικού τμήματος έως ότου ολοκληρωθεί η μεταφορά του σε ψυχιατρικό κατάστημα, λάβαμε τις εξής απαντήσεις:



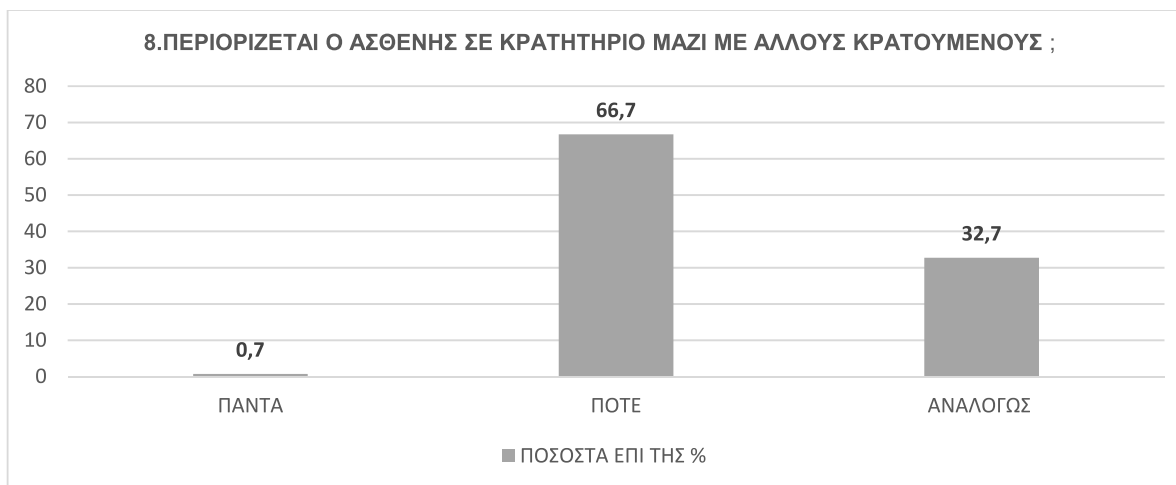
Πίνακας 9: Χρόνος παραμονής του ασθενή στο αστυνομικό τμήμα

Στην ερώτηση Ε7, εάν διαθέτει το αστυνομικό τμήμα που υπηρετούν ειδικά διαμορφωμένο χώρο προστατευτικής φύλαξης (όχι κρατητήριο), λάβαμε τις εξής απαντήσεις :



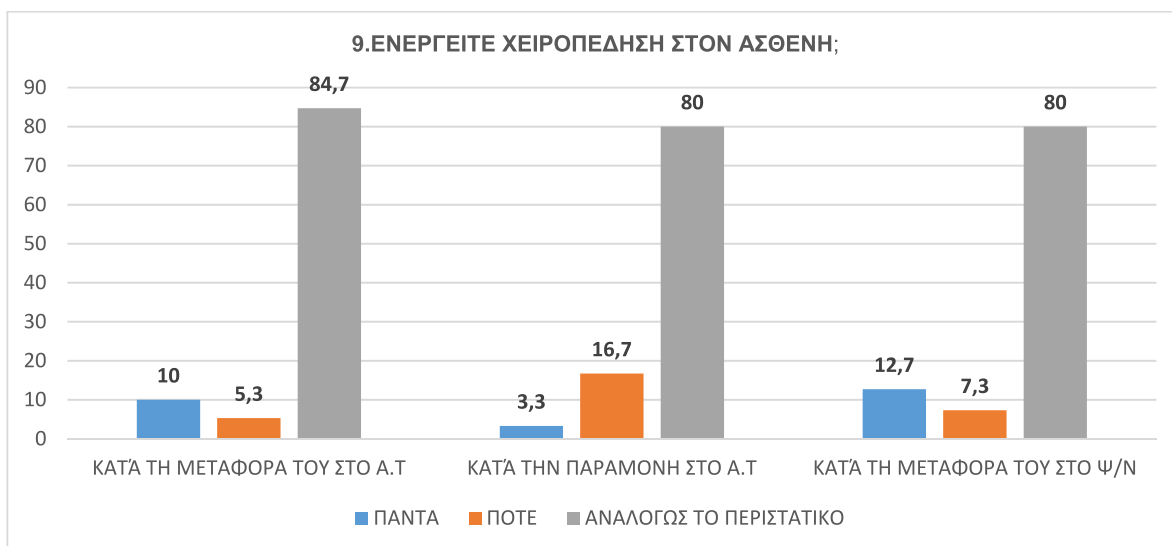
Πίνακας 10: Διάθεση ύπαρξης χώρου προστατευτικής φύλαξης στα Α/Τ για τους ψυχικά ασθενείς

Στην ερώτηση Ε8, εάν ασθενής κατά την παραμονή του περιορίζεται σε χώρο προσωρινής κράτησης μαζί με άλλους κρατούμενους, λάβαμε τις εξής απαντήσεις:



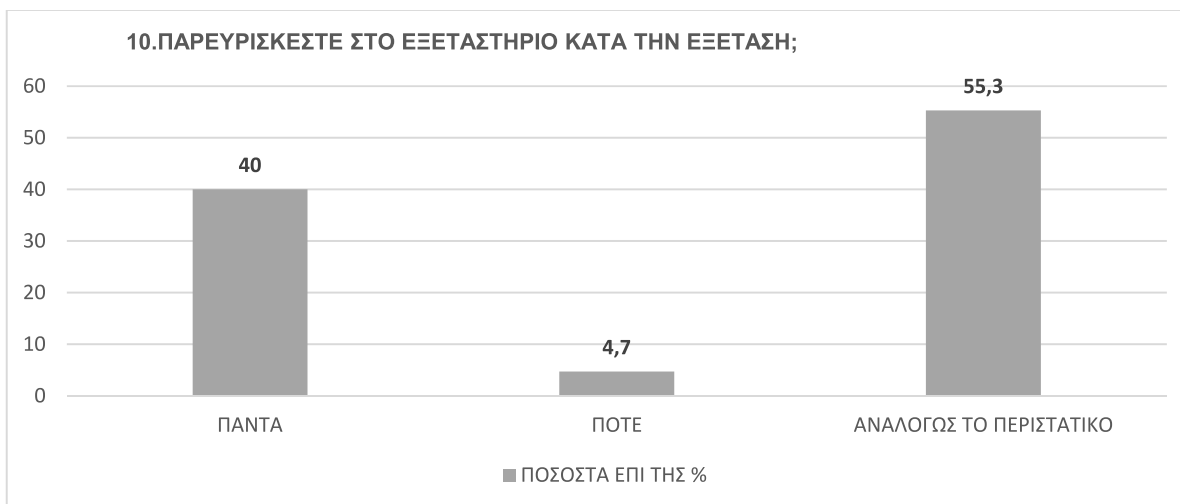
Πίνακας 11: Συχνότητα περιορισμού του ασθενή σε κρατητήριο μαζί με άλλους κρατούμενους

Στην ερώτηση Ε9, εάν ενεργούν χειροπέδηση στον ασθενή, λάβαμε τις εξής απαντήσεις :



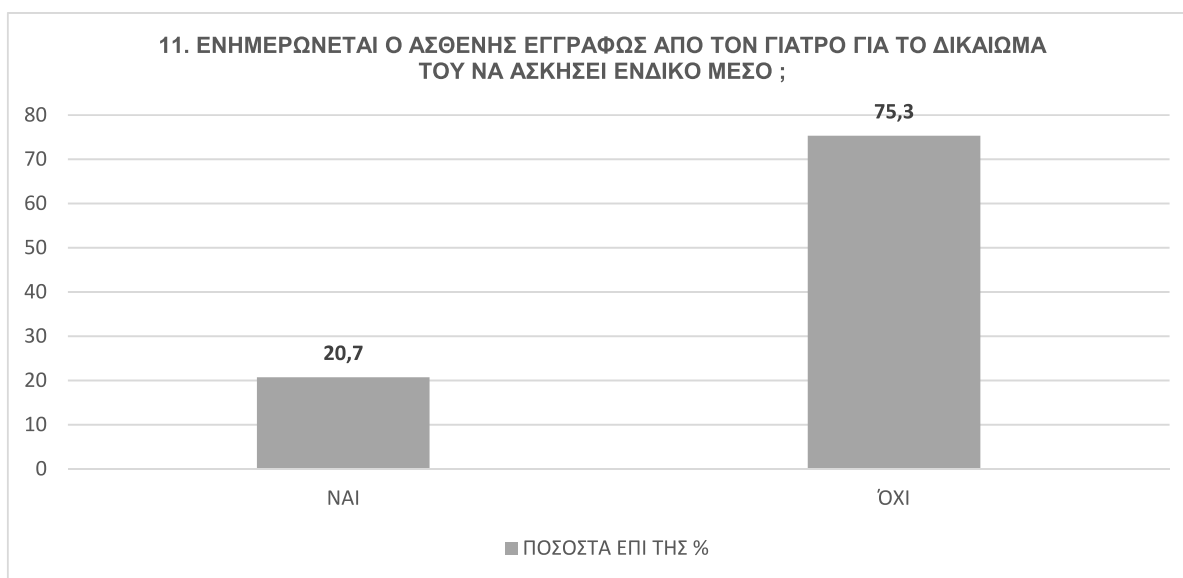
Πίνακας 12: Συχνότητα χειροπέδησης του ασθενή κατά την μεταφορά στο ΑΤ, κατά την παραμονή του εκεί και κατά την μεταφορά του στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο

Στην ερώτηση Ε10, εάν κατά την εξέταση του ασθενή από ειδικούς παρευρίσκονται στο εξεταστήριο, λάβαμε τις εξής απαντήσεις :



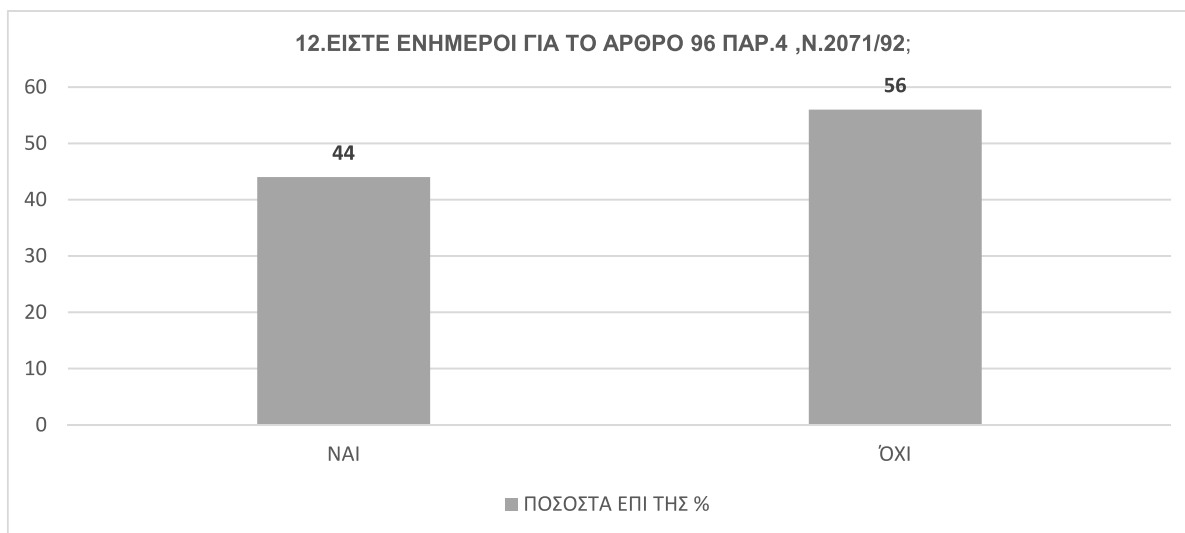
Πίνακας 13: Δείκτης παρουσίας των αστυνομικών κατά την διάρκεια της εξέτασης

Στην ερώτηση Ε11, εάν για τις φορές που είναι παρών, ενημερώνεται ο ασθενής εγγράφως από τον γιατρό για το δικαίωμα του να ασκήσει ένδικο μέσο (άρθρο 96 παρ.4 , ν.2071/92, λάβαμε τις εξής απαντήσεις :



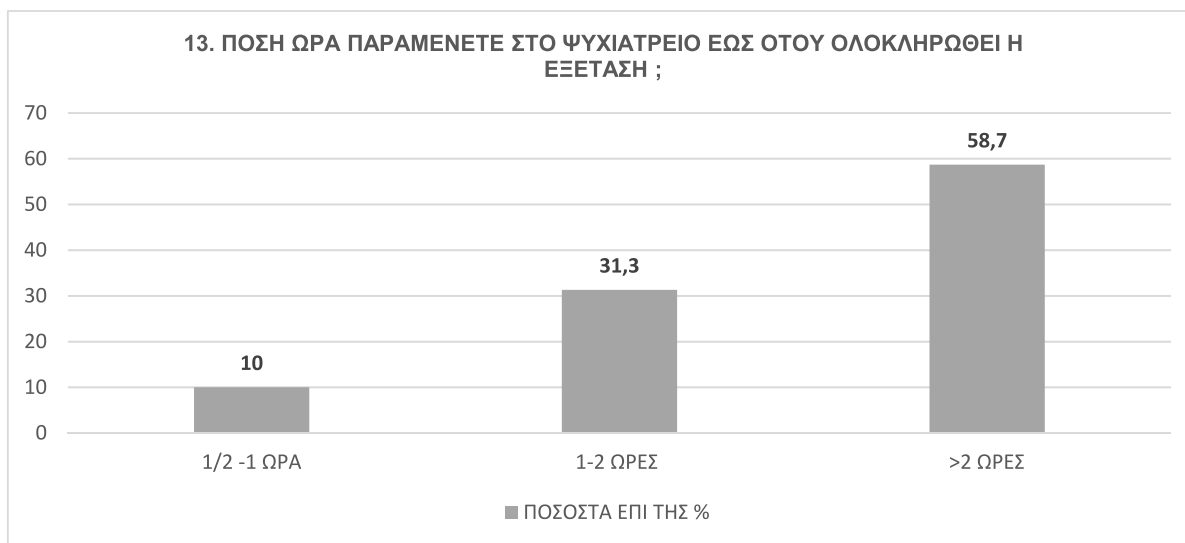
Πίνακας 14: Δείκτης έγγραφης ενημέρωσης του ασθενή

Στην ερώτηση E12, εάν είναι ενήμεροι για το άρθρο 96 παρ.4 , ν.2071/92, λάβαμε τις εξής απαντήσεις :



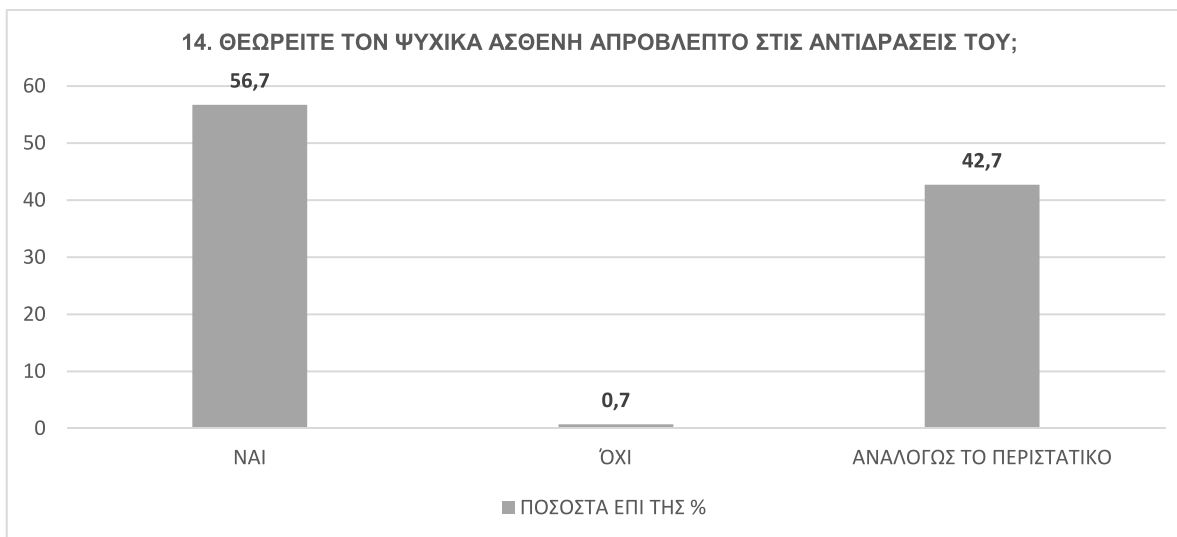
Πίνακας 15: Δείκτης γνώσης του άρθρου 96 παρ.4, ν.2071/92

Στην ερώτηση E13, πόση ώρα συνήθως παραμένουν στο ψυχιατρικό κατάστημα έως ότου ολοκληρωθεί η εξέταση, λάβαμε τις εξής απαντήσεις:



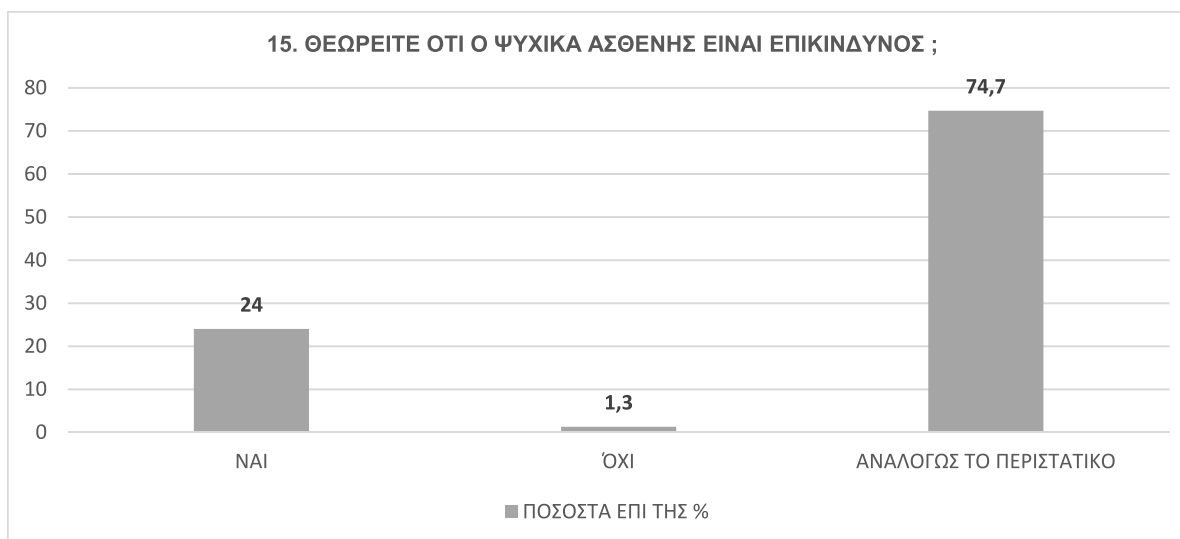
Πίνακας 16:Χρόνος παραμονής των αστυνομικών στο ψυχιατρικό ίδρυμα

Στην ερώτηση E14, εάν θεωρούν ότι ο ψυχικά ασθενής είναι απρόβλεπτος στις αντιδράσεις του, λάβαμε τις εξής απαντήσεις :



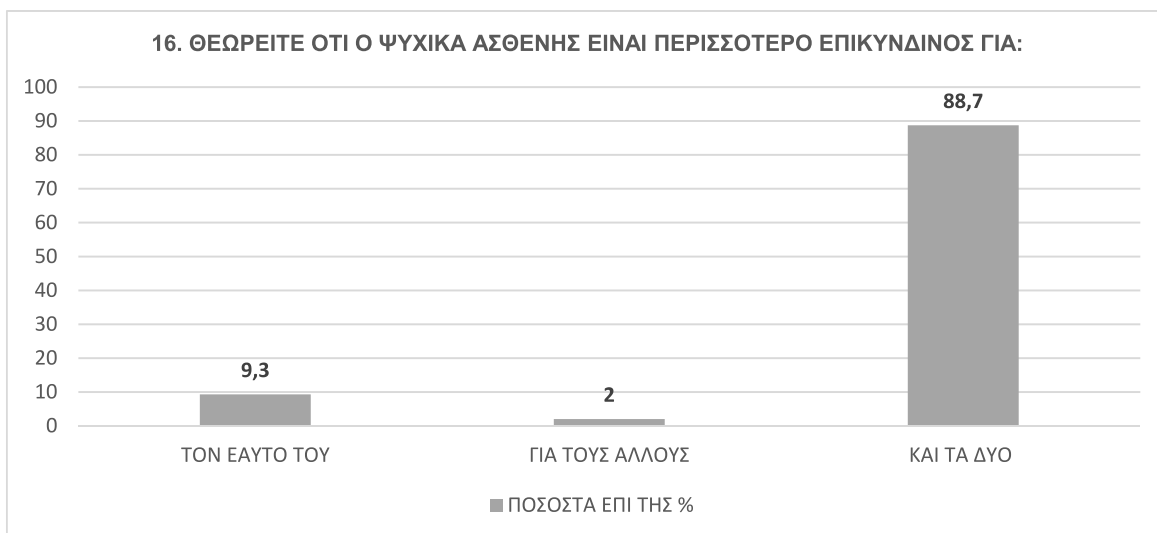
Πίνακας 17: Αξιολόγηση του απρόβλεπτου στις αντιδράσεις ενός ψυχικά ασθενή

Στην ερώτηση E15, εάν θεωρούν ότι ο ψυχικά ασθενής είναι επικίνδυνος, λάβαμε τις εξής απαντήσεις :



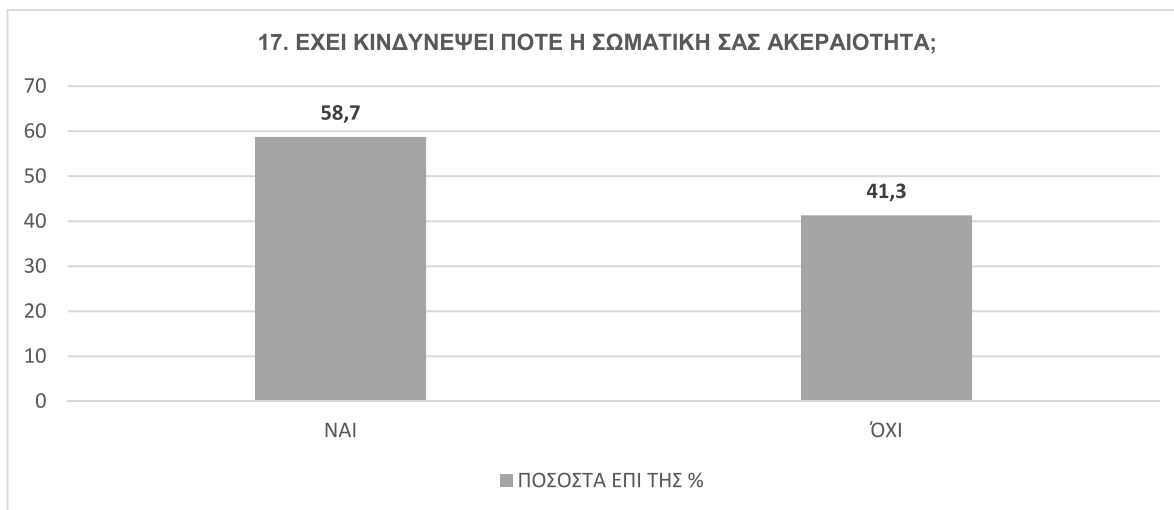
Πίνακας 18: Αξιολόγηση της επικινδυνότητας ενός ψυχικά ασθενή

Στην ερώτηση Ε16, εάν θεωρούν επικίνδυνο έναν ψυχικά ασθενή περισσότερο για τον εαυτό του ή για τους άλλους, λάβαμε τις εξής απαντήσεις :



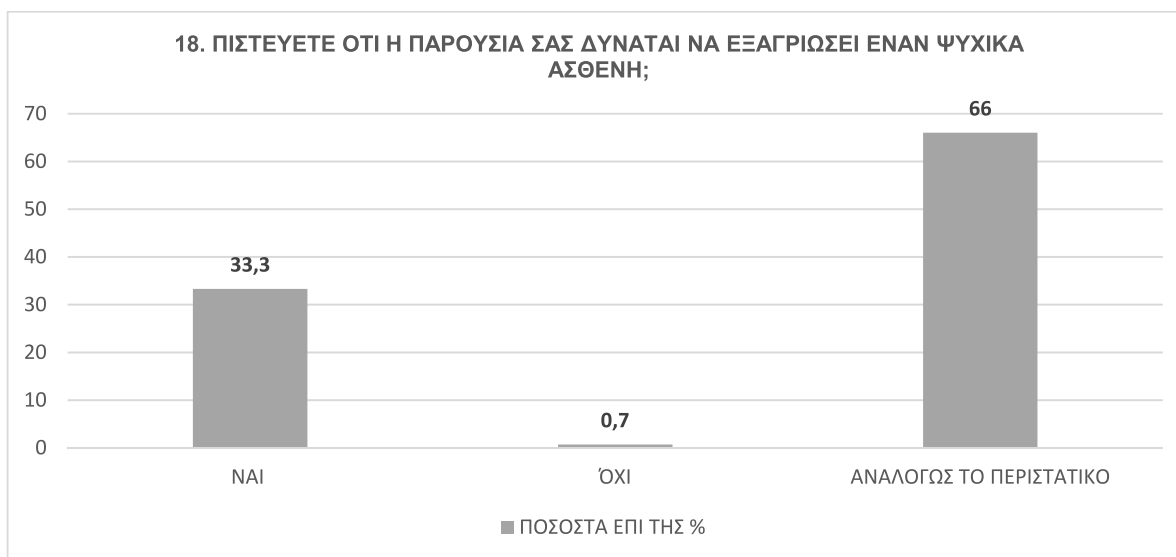
Πίνακας 19: Αξιολόγηση της επικινδυνότητας ενός ψυχικά ασθενή για τον εαυτό του ή για τους άλλους

Στην ερώτηση Ε17, εάν έχει κινδυνέψει ποτέ η σωματική σας ακεραιότητα, λάβαμε τις εξής απαντήσεις :



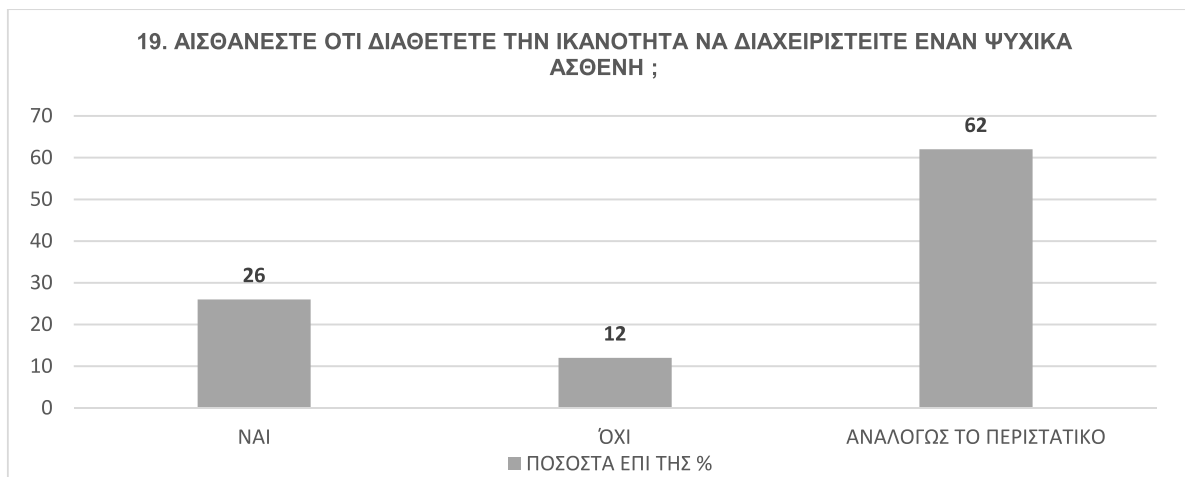
Πίνακας 20: Δείκτης διακινδύνευσης της σωματικής ακεραιότητας των αστυνομικών

Στην ερώτηση E18, εάν πιστεύουν ότι η παρουσία τους δύναται να εξαγριώσει έναν ψυχικά ασθενή, λάβαμε τις εξής απαντήσεις :



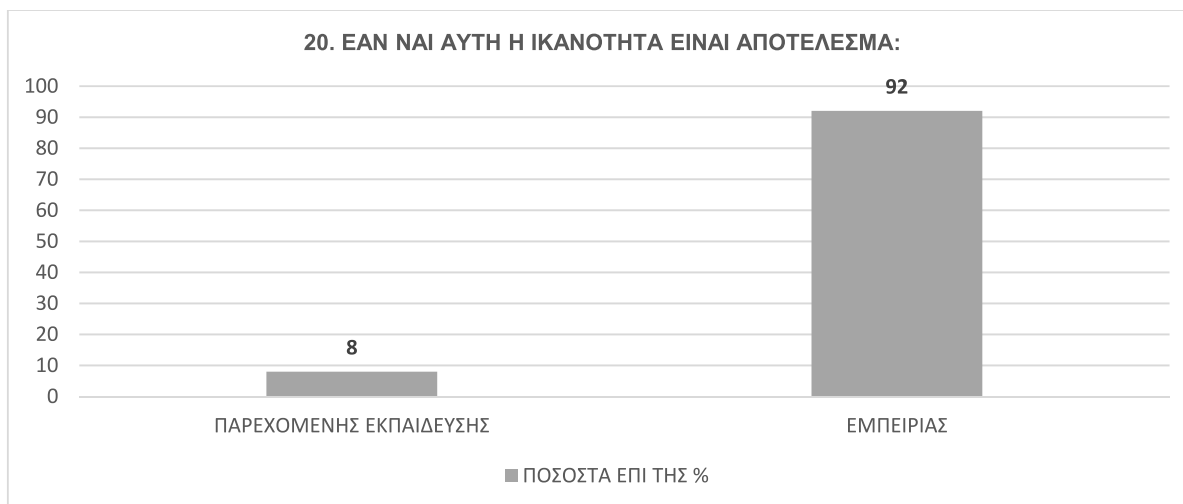
Πίνακας 21: Αξιολόγηση της δυνητικής εξαγρίωσης ενός ψυχικά ασθενή, από την παρουσία των αστυνομικών

Στην ερώτηση E19, εάν αισθάνονται ότι διαθέτουν την ικανότητα να διαχειριστούν έναν ψυχικά ασθενή, λάβαμε τις εξής απαντήσεις :



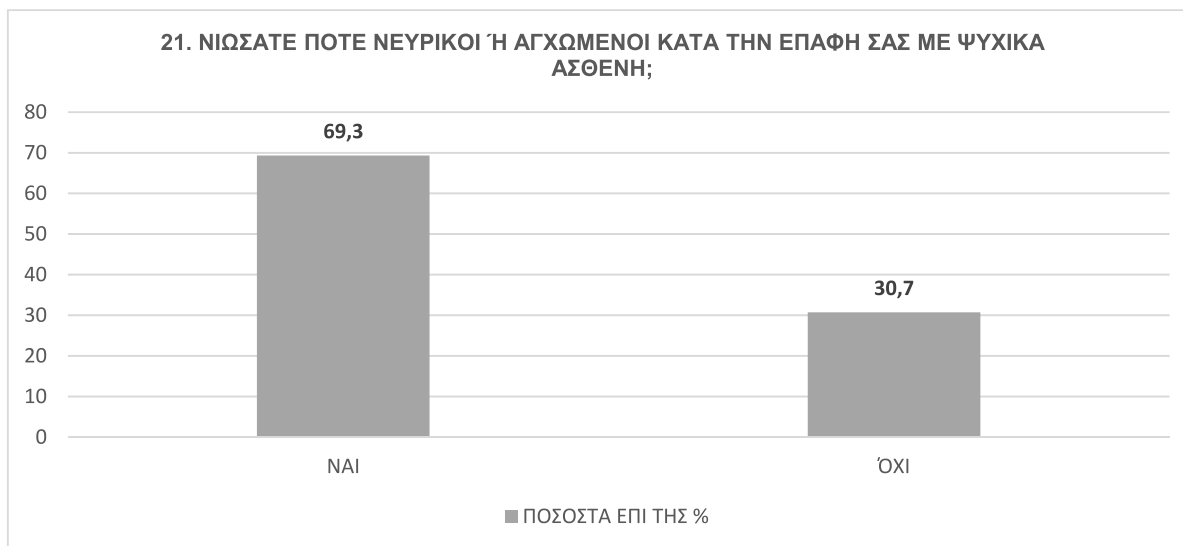
Πίνακας 22: Αξιολόγηση της ικανότητας διαχείρισης ενός ψυχικά ασθενή

Στην ερώτηση E20, εάν αυτή η ικανότητα είναι αποτέλεσμα παρεχόμενης εκπαίδευσης ή εμπειρίας, λάβαμε τις εξής απαντήσεις :



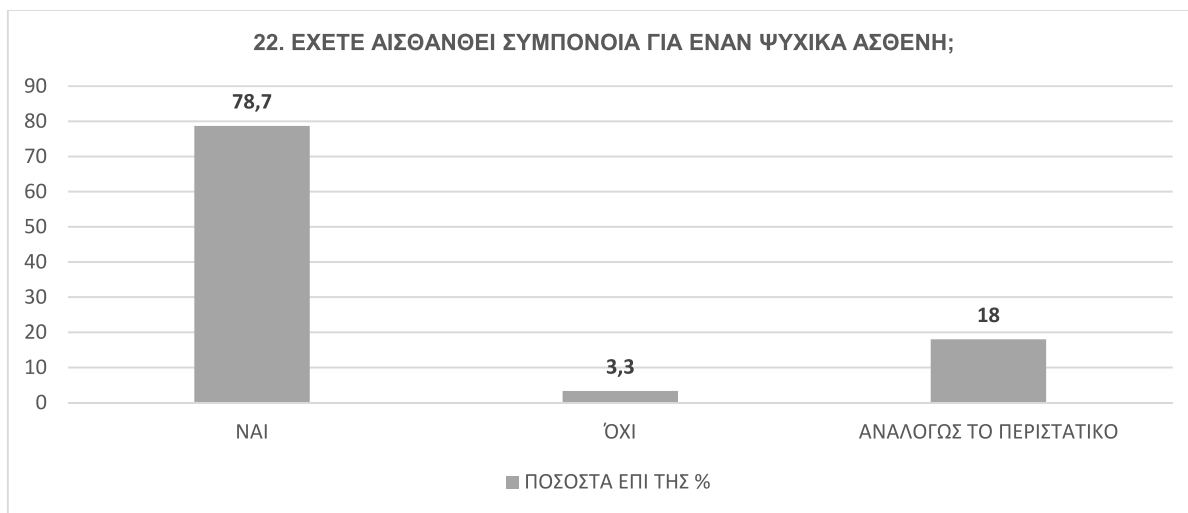
Πίνακας 23: Αξιολόγηση της ικανότητας διαχείρισης ως αποτέλεσμα εκπαίδευσης ή εμπειρίας

Στην ερώτηση E21, εάν έχουν νιώσει ποτέ νευρικοί ή αγχωμένοι κατά την επαφή σας με ψυχικά ασθενή, λάβαμε τις εξής απαντήσεις :



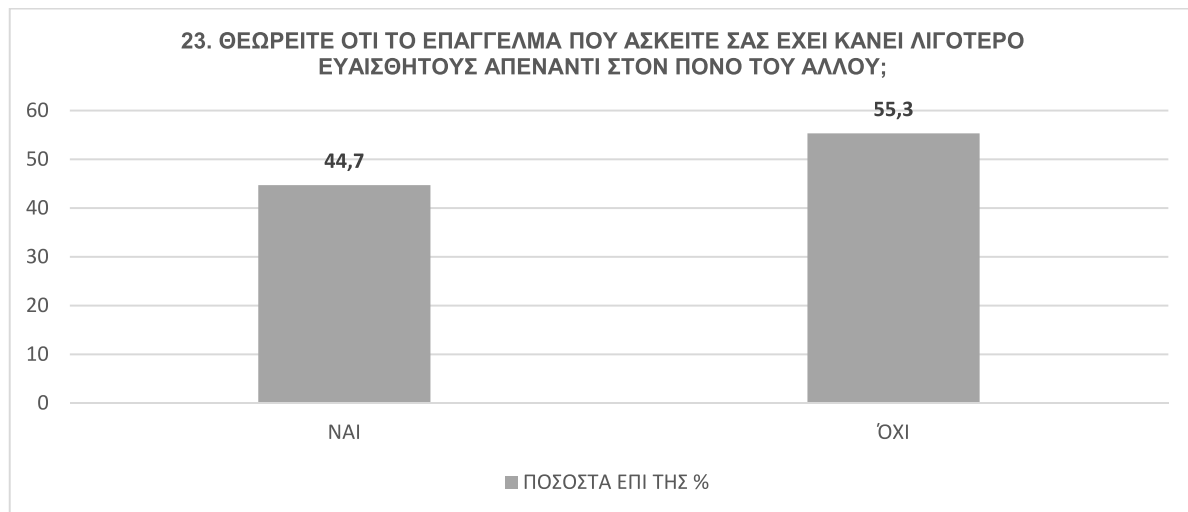
Πίνακας 24: Δείκτης ένδειξης νευρικότητας ή άγχους κατά την επαφή με ψυχικά ασθενή

Στην ερώτηση E22, εάν έχουν αισθανθεί συμπτώνοια για έναν ψυχικά ασθενή, λάβαμε τις εξής απαντήσεις :



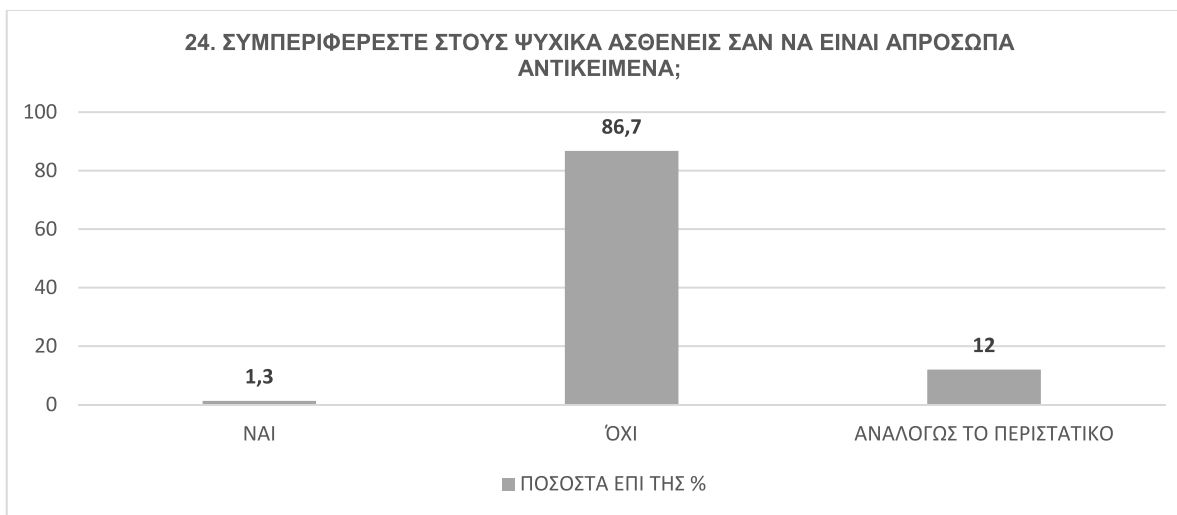
Πίνακας 25: Δείκτης ένδειξης συμπτώνοιας για έναν ψυχικά ασθενή

Στην ερώτηση E23,εάν θεωρούν ότι το επάγγελμα που ασκούν τους έχει κάνει λιγότερο ευαίσθητους στον πόνο των άλλων, λάβαμε τις εξής απαντήσεις :



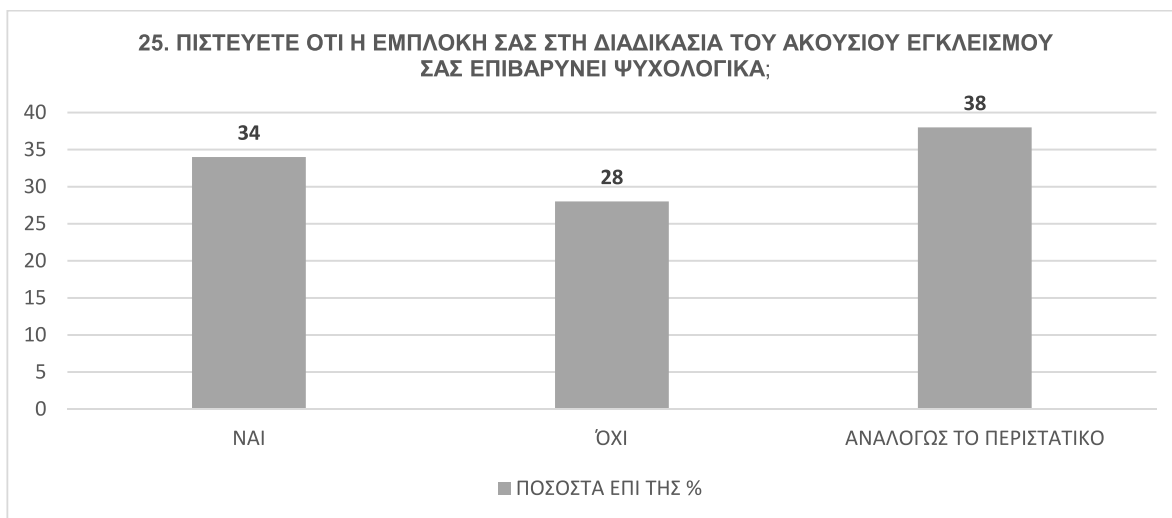
Πίνακας 26: Αξιολόγηση του επαγγελματός του αστυνομικού, ως αιτία έλλειψης ή μη ευαισθησίας απέναντι στον πόνο του άλλου

Στην ερώτηση E24, εάν συμπεριφέρονται στους ψυχικά ασθενείς σαν να είναι απρόσωπα αντικείμενα , λάβαμε τις εξής απαντήσεις :



Πίνακας 27: Δείκτης αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών ως απρόσωπα αντικείμενα

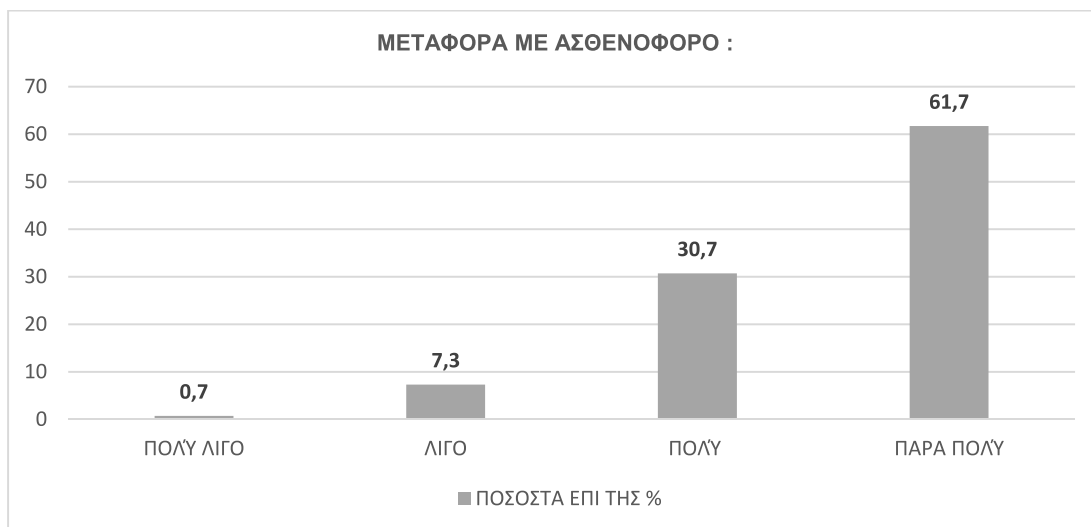
Τέλος, στην ερώτηση E25, ένα πιστεύουν ότι η εμπλοκή τους στη διαδικασία ακούσιου εγκλεισμού τους επιβαρύνει ψυχολογικά, λάβαμε της εξής απαντήσεις :



Πίνακας 28: Αξιολόγηση της ψυχολογικής επιβάρυνσης των αστυνομικών από την εμπλοκή τους στη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας

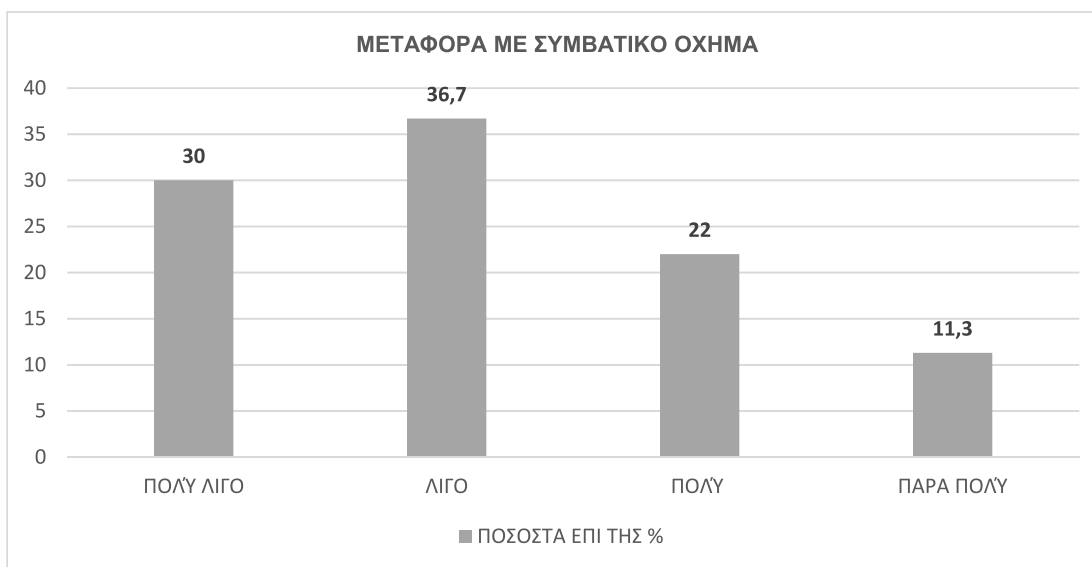
Όσον αφορά το δεύτερο σκέλος του ερωτηματολογίου, όπου προτείνονται τρόποι βελτίωσης της κατάστασης, και ζητείται να βαθμολογηθούν, τα αποτελέσματα της έρευνας έχουν ως εξής :

- Μεταφορά του ασθενή με ασθενοφόρο :



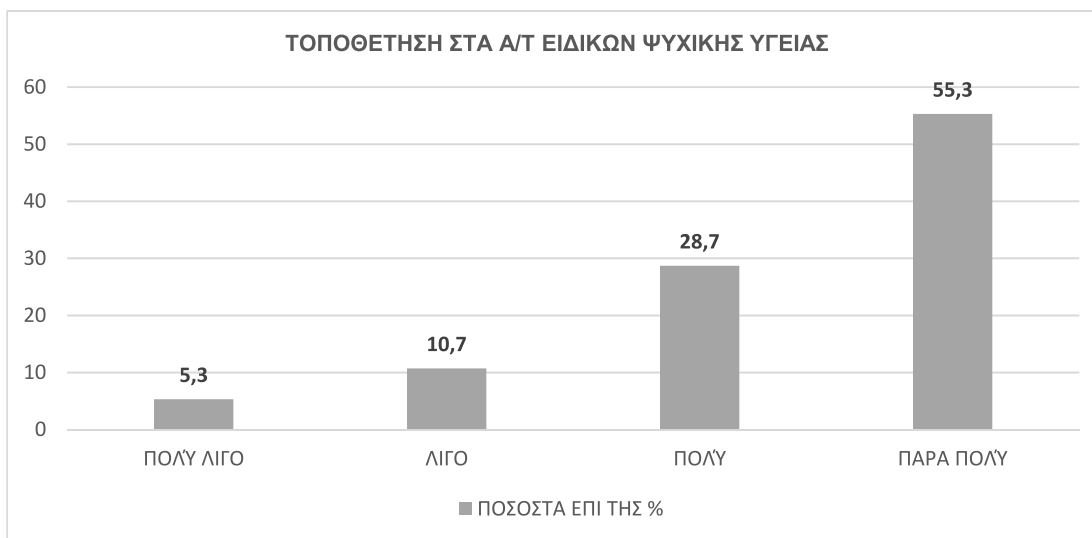
Πίνακας 29: Συμβολή της μεταφοράς του ασθενή με ασθενοφόρο, στην βελτίωση της κατάστασης

- Μεταφορά με συμβατικό αυτοκίνητο :



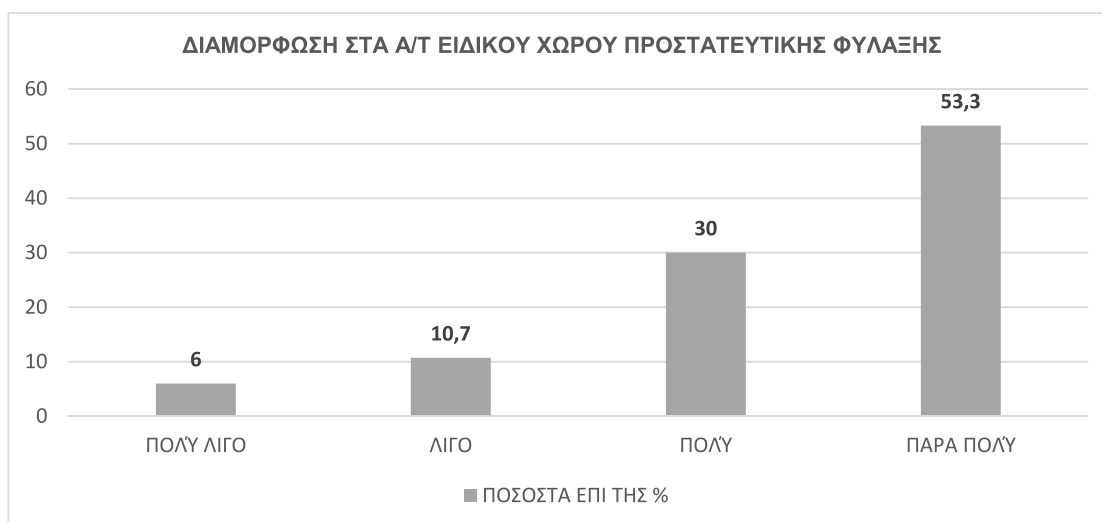
Πίνακας 30: Συμβολή της μεταφοράς του ασθενή με συμβατικό όχημα, στην βελτίωση της κατάστασης

- Τοποθέτηση στα αστυνομικά τμήματα ειδικών ψυχικής υγείας :



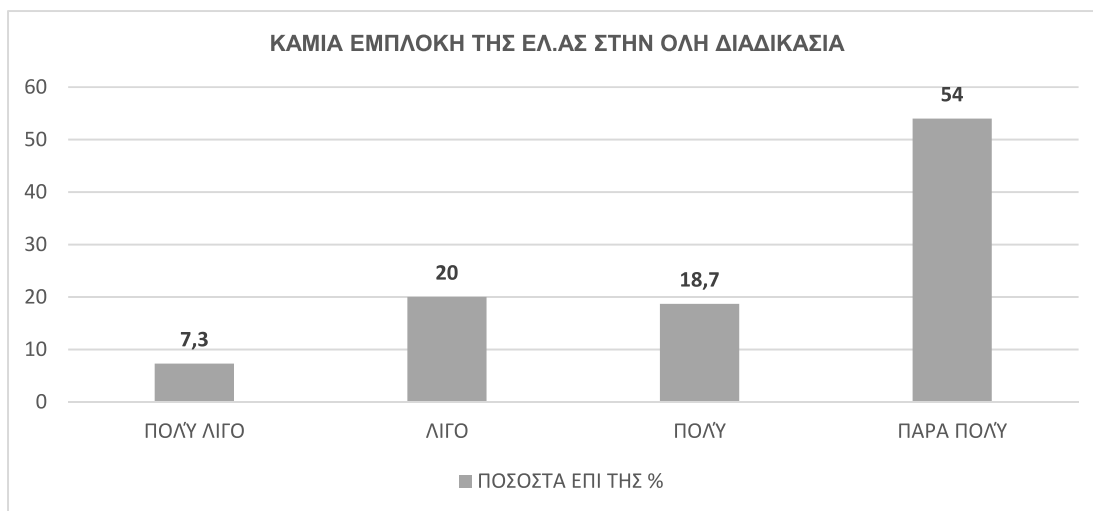
Πίνακας 31: Συμβολή της τοποθέτησης στα αστυνομικά τμήματα ειδικών ψυχικής υγείας, στην βελτίωση της κατάστασης

- Διαμόρφωση στα αστυνομικά τμήματα ειδικού χώρου προστατευτικής φύλαξης :



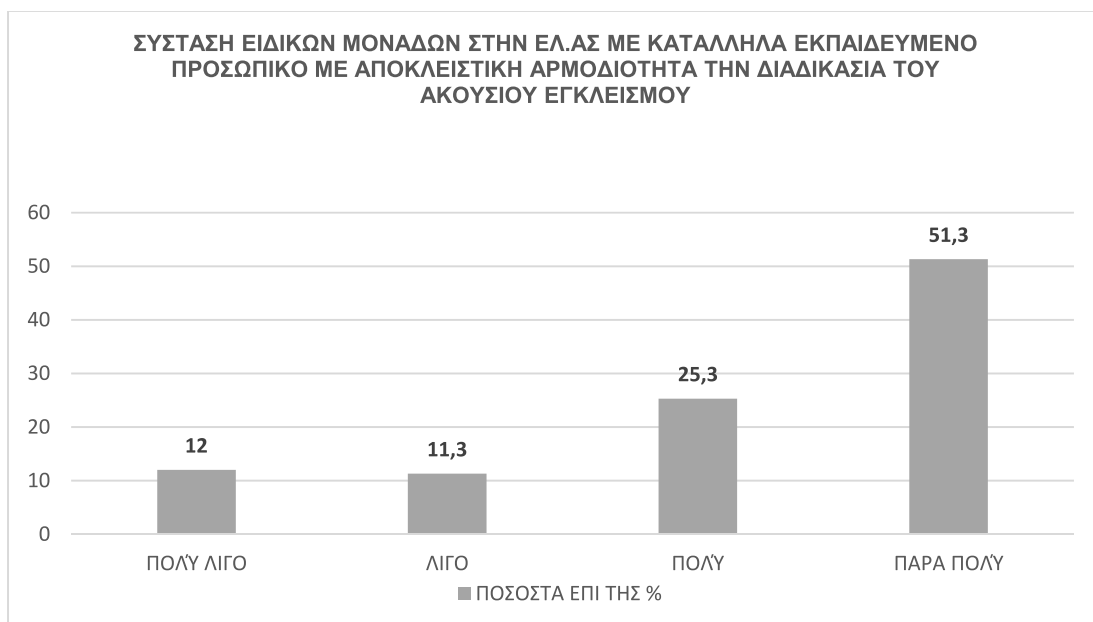
Πίνακας 32: Συμβολή της διαμόρφωσης στα αστυνομικά τμήματα ειδικού χώρου προστατευτικής φύλαξης, στην βελτίωση της κατάστασης

- Καμία εμπλοκή της ΕΛ.ΑΣ στην όλη διαδικασία :



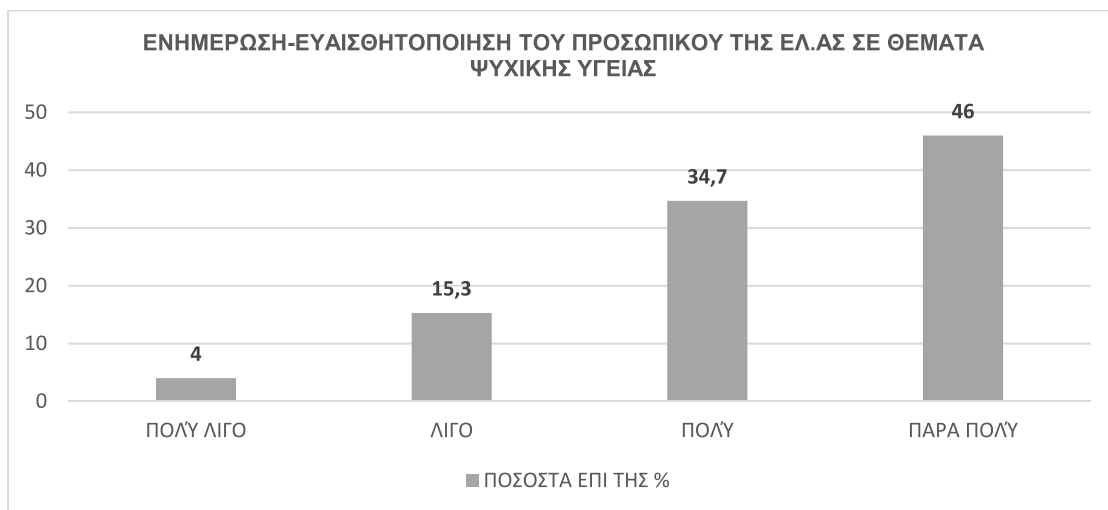
Πίνακας 33: Συμβολή της απεμπλοκής της ΕΛ.ΑΣ από την όλη διαδικασία, στην βελτίωση της κατάστασης

- Σύσταση ειδικών μονάδων στην ΕΛ.ΑΣ, με την στελέχωση κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού, με αποκλειστική αρμοδιότητα τη διαδικασία του ακούσιου εγκλεισμού:



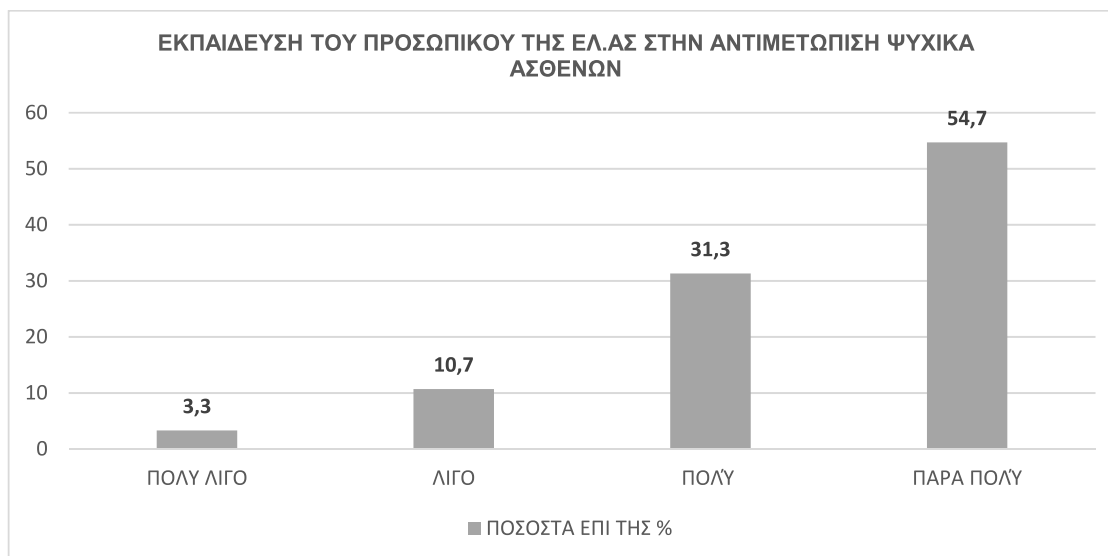
Πίνακας 34: Συμβολή της σύστασης ειδικών μονάδων στην ΕΛ.ΑΣ, στην βελτίωση της κατάστασης

- Ενημέρωση-ευαισθητοποίηση του προσωπικού της ΕΛ.ΑΣ στην αντιμετώπιση ψυχικά ασθενών :



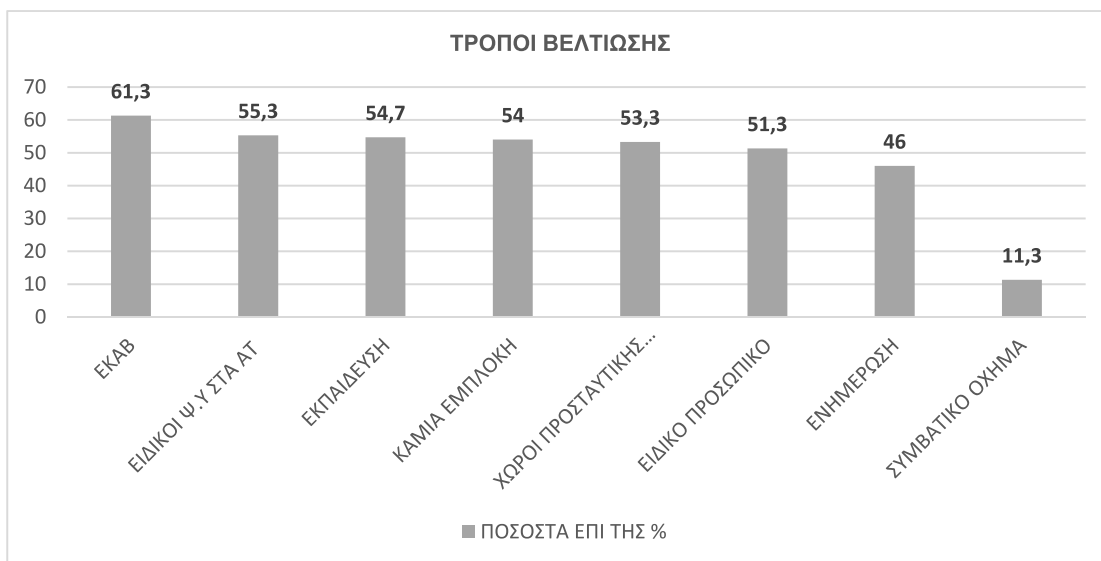
Πίνακας 35: Συμβολή της ενημέρωσης-ευαισθητοποίησης του προσωπικού της ΕΛ.ΑΣ σε θέματα ψυχικής υγείας, στην βελτίωση της κατάστασης

- Εκπαίδευση του προσωπικού της ΕΛ.ΑΣ στην αντιμετώπιση ψυχικά ασθενών :



Πίνακας 36: Συμβολή της εκπαίδευσης του προσωπικού της ΕΛ.ΑΣ , στην βελτίωση της κατάστασης

Συνοπτικά όσον αφορά τις προτάσεις βελτίωσης συλλέξαμε τα εξής αποτελέσματα:



Πίνακας 37: Συνοπτικός πίνακας προτάσεων βελτίωσης της κατάστασης

Όσον αφορά την ανοιχτού τύπου ερώτηση που δόθηκε στο τέλος και ζητείται να προτείνουν μέτρα για την βελτίωση της κατάστασης, σε αυτήν απάντησαν συνολικά 41 άτομα. Οι προτάσεις τους είναι οι εξής :

« Να απεμπλακεί εντελώς η ΕΛ.ΑΣ από τα θέματα εγκλεισμού και περιστατικών ακούσιας νοσηλείας » (15/41 άτομα)

« Διενέργεια ακούσιων εγκλεισμών από ειδική υπηρεσία εξειδικευμένη στο αντικείμενο » (11/41 άτομα)

« Τοποθέτηση στα αστυνομικά τμήματα ειδικών ψυχικής υγείας που θα διαχειρίζονται αυτά τα περιστατικά » (5/41 άτομα)

« Η αστυνομία να επεμβαίνει μόνο όταν οι ασθενείς θεωρούνται επικίνδυνοι να ασκήσουν βία. Σε διαφορετικές περιπτώσεις η διακομιδή τους να γίνεται αποκλειστικά με ασθενοφόρο» (5/41 άτομα)

« Καλύτερη συνεργασία μεταξύ αστυνομικών και του προσωπικού του νοσοκομείου για την αποφυγή χρονοβόρων διαδικασιών » (2/41 άτομα)

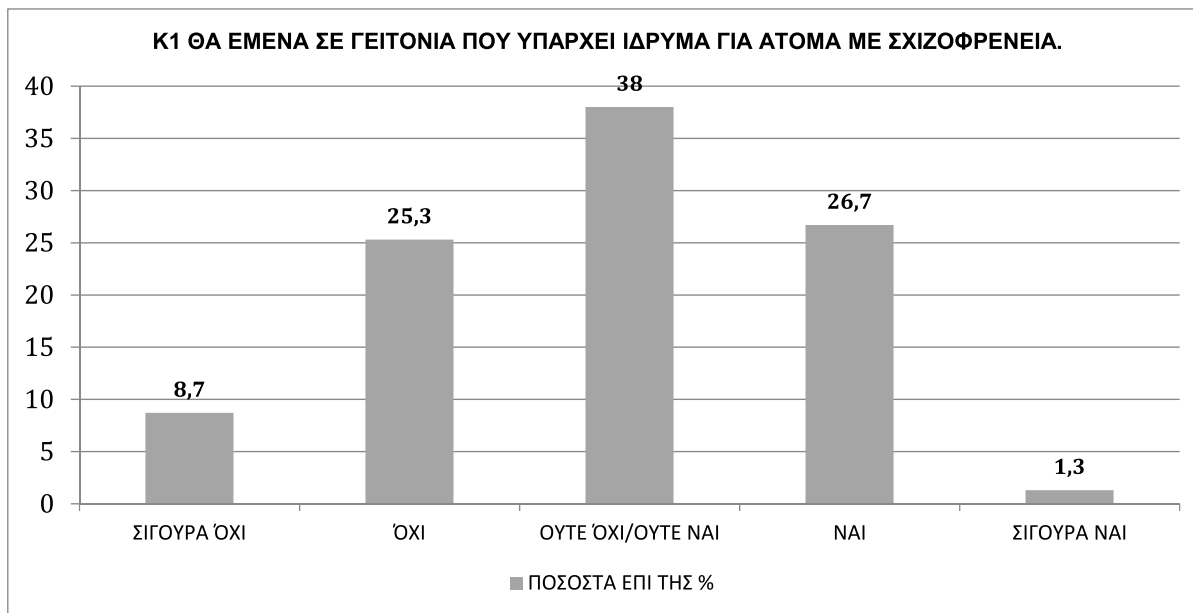
« Να παρευρίσκετε συγγενής στην όλη διαδικασία » (2/41 άτομα)

« Ενημέρωση των αστυνομικών σε θέματα ψυχικής υγείας » (2/41 άτομα)

« Αύξηση του προσωπικού των νοσοκομείων για να αποφεύγονται οι πολύωρες αναμονές»

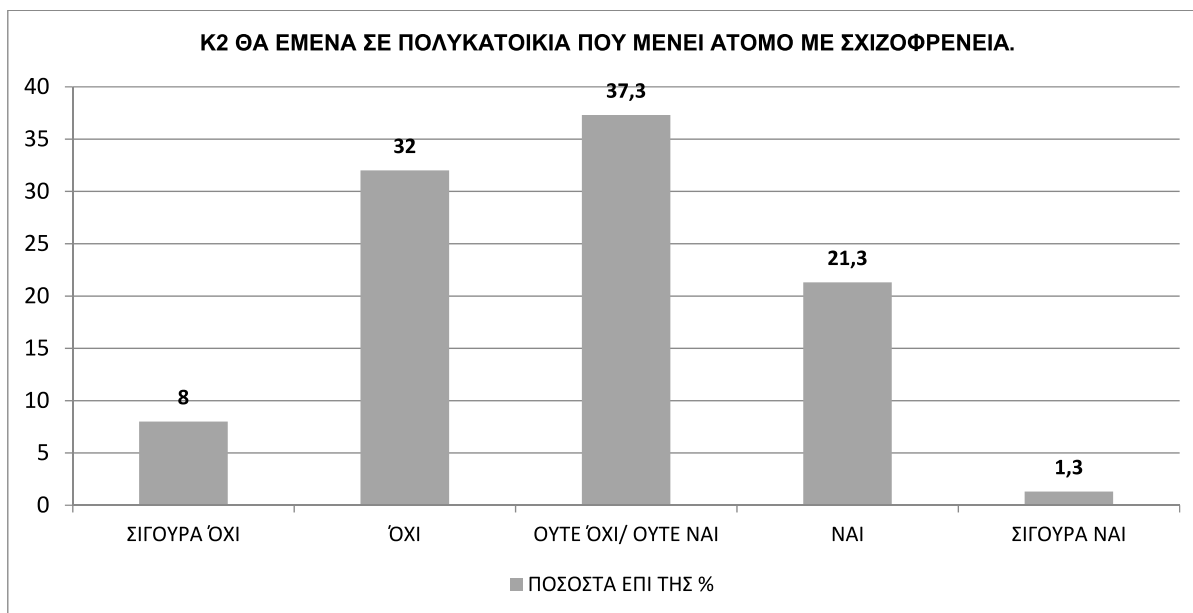
Για την κλίμακα κοινωνικής απόστασης λάβαμε τα εξής αποτελέσματα:

Στην ερώτηση Κ1, αν θα έμεναν σε γειτονιά που υπάρχει ίδρυμα για άτομα με σχιζοφρένεια, λάβαμε τις εξής απαντήσεις:



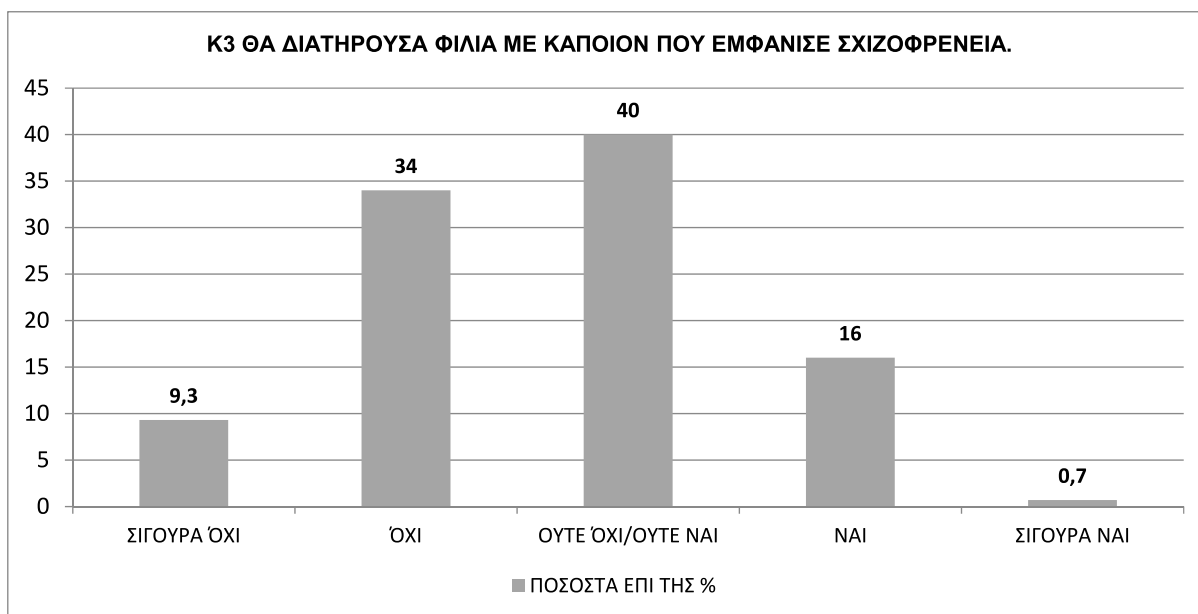
Πίνακας 38: Δείκτης επιθυμίας διαμονής σε γειτονιά που υπάρχει ίδρυμα για άτομα με σχιζοφρένεια.

Στην ερώτηση Κ2, εάν θα έμεναν σε πολυκατοικία που μένει άτομο με σχιζοφρένεια, λάβαμε τις εξής απαντήσεις:



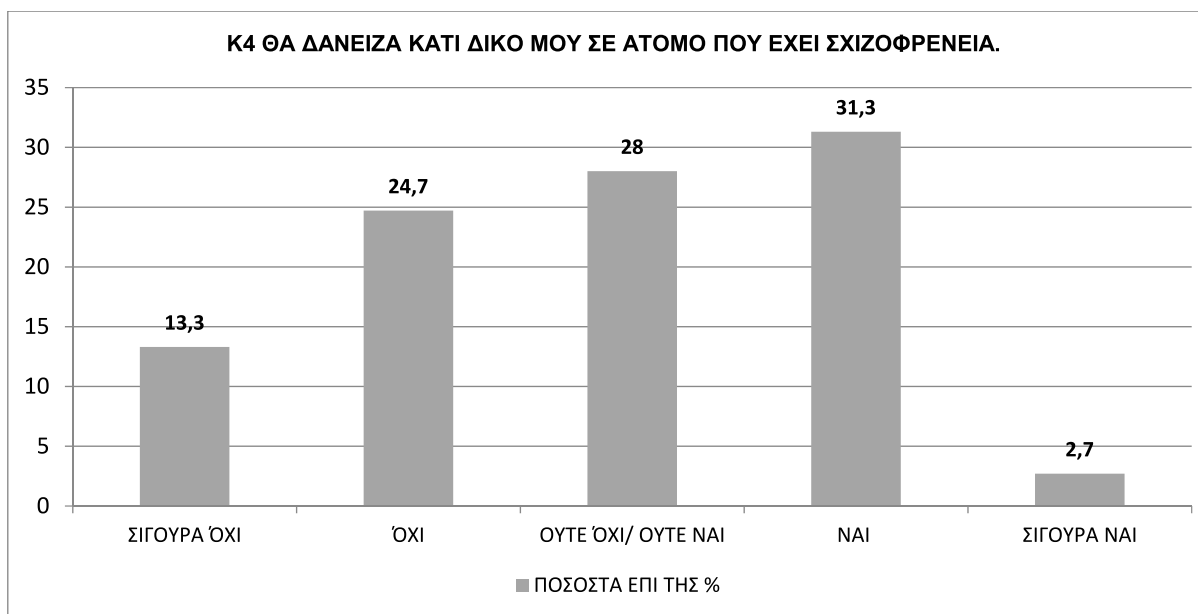
Πίνακας 39: Δείκτης επιθυμίας διαμονής σε πολυκατοικία που μένει άτομο με σχιζοφρένεια

Στην ερώτηση Κ3 εάν θα διατηρούσαν φιλία με κάποιον που εμφανίσε σχιζοφρένεια, λάβαμε τις εξής απαντήσεις :



Πίνακας 40: Δείκτης επιθυμίας διατήρησης φιλίας με κάποιον που εμφάνισε σχιζοφρένεια.

Στην ερώτηση Κ4, εάν θα δάνειζαν κάτι δικό τους σε άτομο που έχει σχιζοφρένεια, λάβαμε τις εξής απαντήσεις :



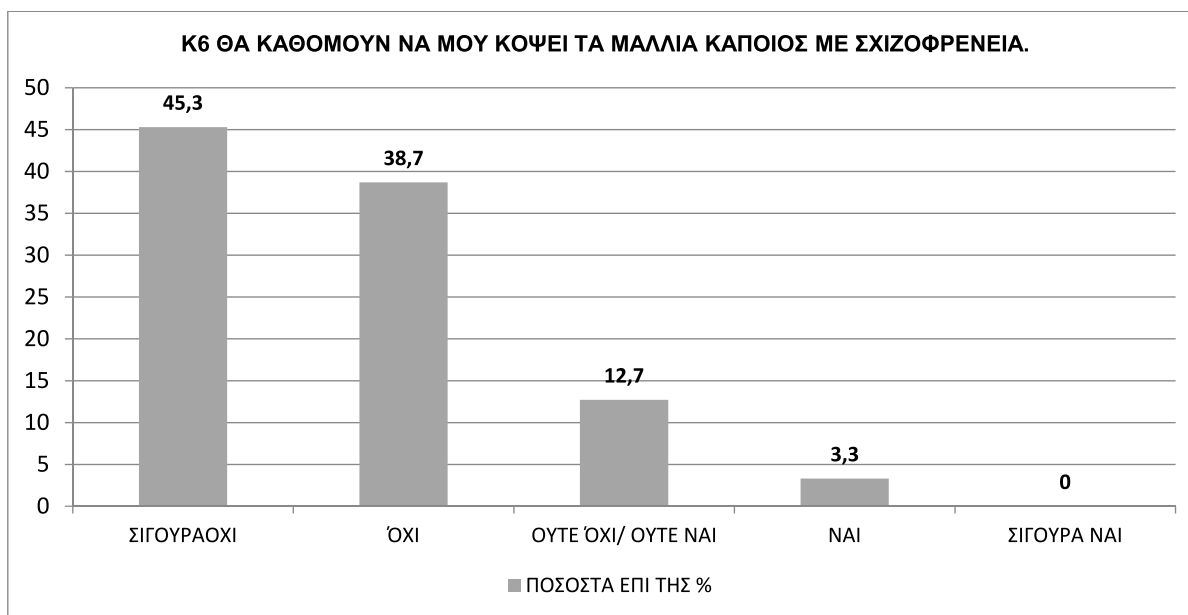
Πίνακας 41: Δείκτης επιθυμίας δανεισμού κάτι δικού τους σε άτομο με σχιζοφρένεια.

Στην ερώτηση Κ5, εάν θα ξεκινούσαν φιλία με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια, λάβαμε τις εξής απαντήσεις:



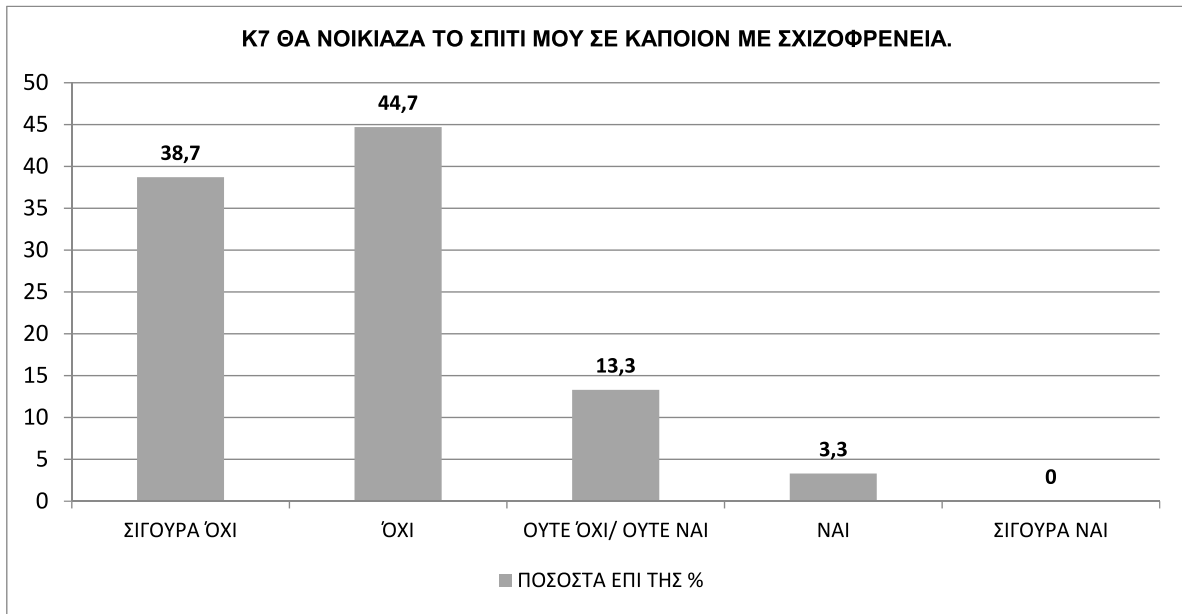
Πίνακας 42: Δείκτης επιθυμίας έναρξης φιλίας με κάποιον με σχιζοφρένεια.

Στην ερώτηση Κ6, εάν θα καθόταν να τους κόψει τα μαλλιά κάποιος με σχιζοφρένεια, λάβαμε τις εξής απαντήσεις:



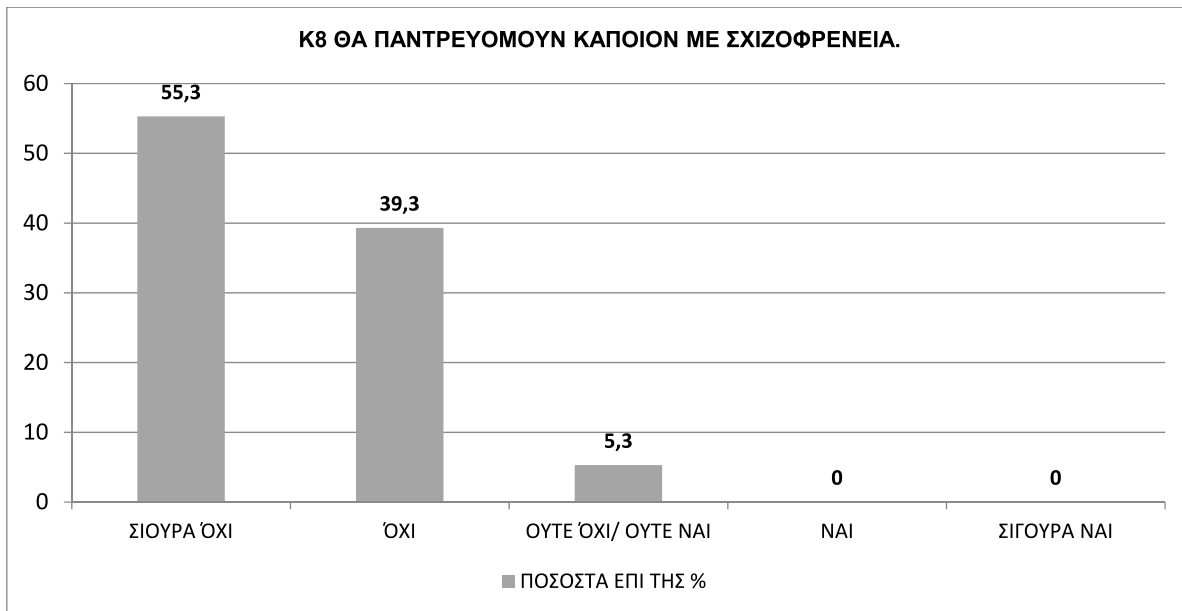
Πίνακας 43: Δείκτης επιθυμίας συναίνεσης στο κόψιμο μαλλιών από κάποιον με σχιζοφρένεια

Στην ερώτηση Κ7, εάν θα νοίκιαζαν το σπίτι τους σε κάποιον με σχιζοφρένεια, λάβαμε τις εξής απαντήσεις:



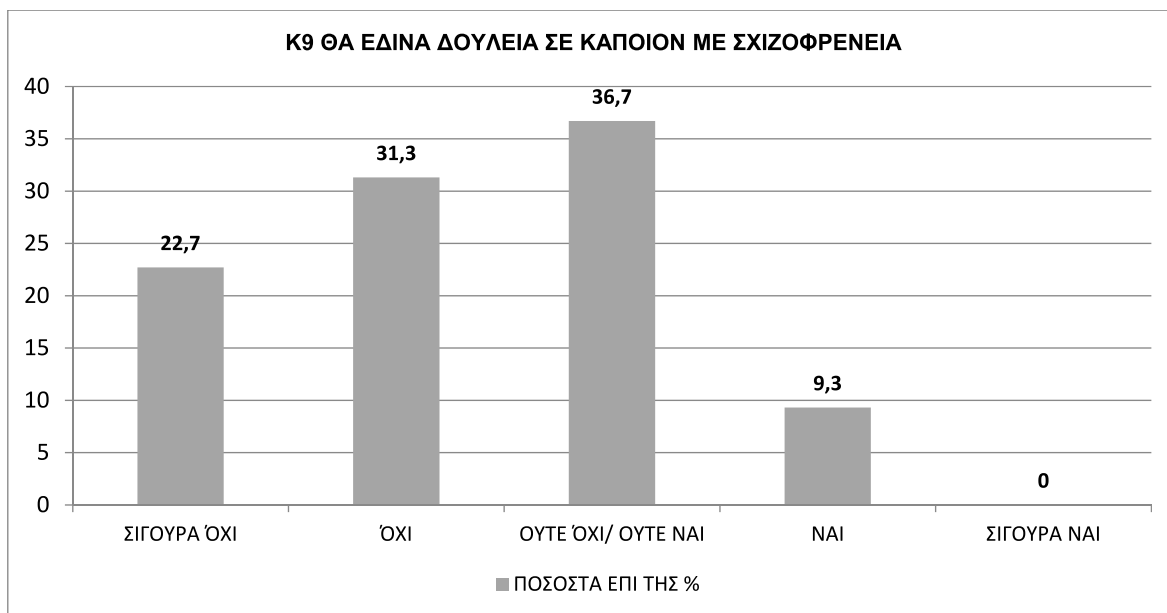
Πίνακας 44: Δείκτης επιθυμίας ενοικίασής του σπιτιού σε κάποιον με σχιζοφρένεια

Στην ερώτηση Κ8, εάν θα παντρευόταν κάποιον με σχιζοφρένεια, λάβαμε τις εξής απαντήσεις :



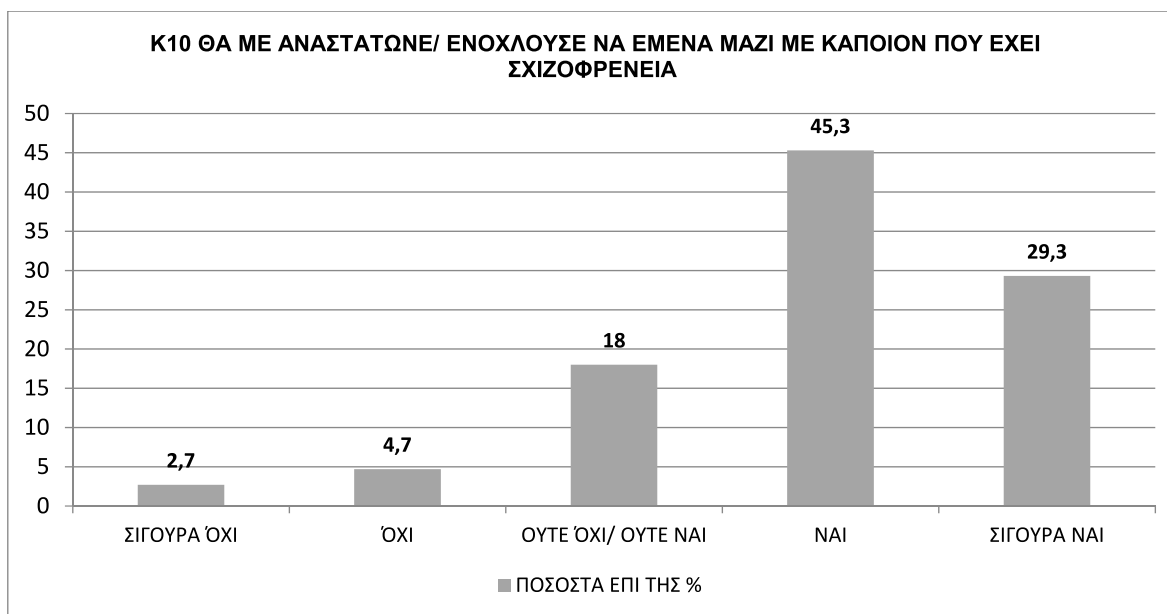
Πίνακας 45: Δείκτης επιθυμίας τέλεσης γάμου με κάποιον με σχιζοφρένεια

Στην ερώτηση Κ9, εάν θα έδιναν δουλειά σε κάποιον με σχιζοφρένεια, λάβαμε τις εξής απαντήσεις :



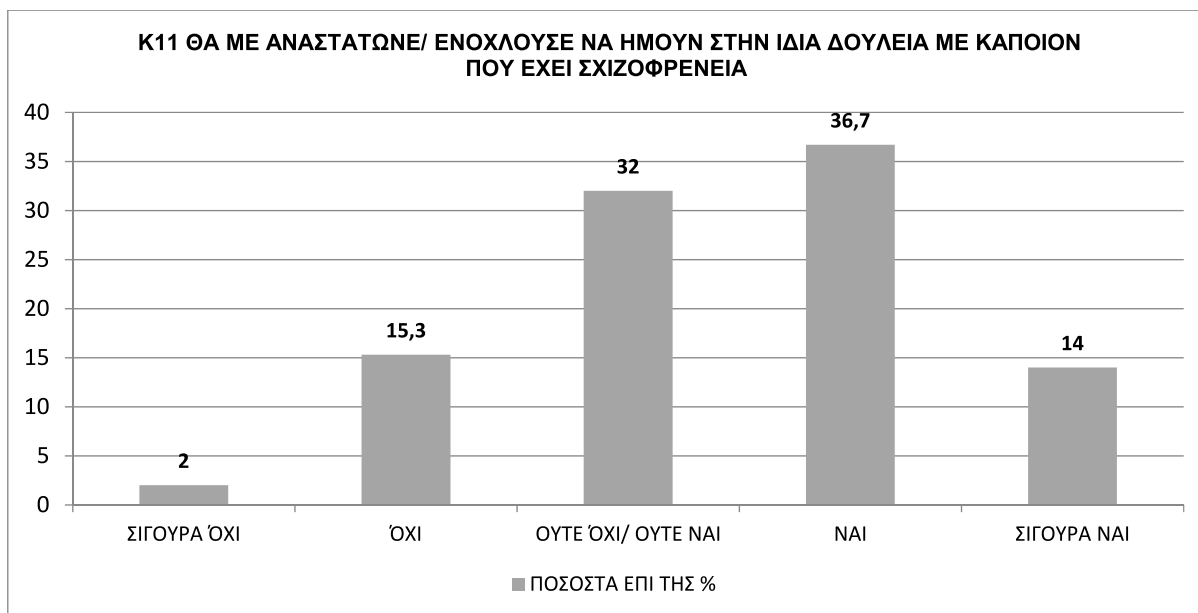
Πίνακας 46: Δείκτης επιθυμίας προσφοράς εργασίας σε κάποιον με σχιζοφρένεια

Στην ερώτηση Κ10, εάν θα τους αναστάτωνε/ ενοχλούσε να έμεναν μαζί με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια, λάβαμε τις εξής απαντήσεις :



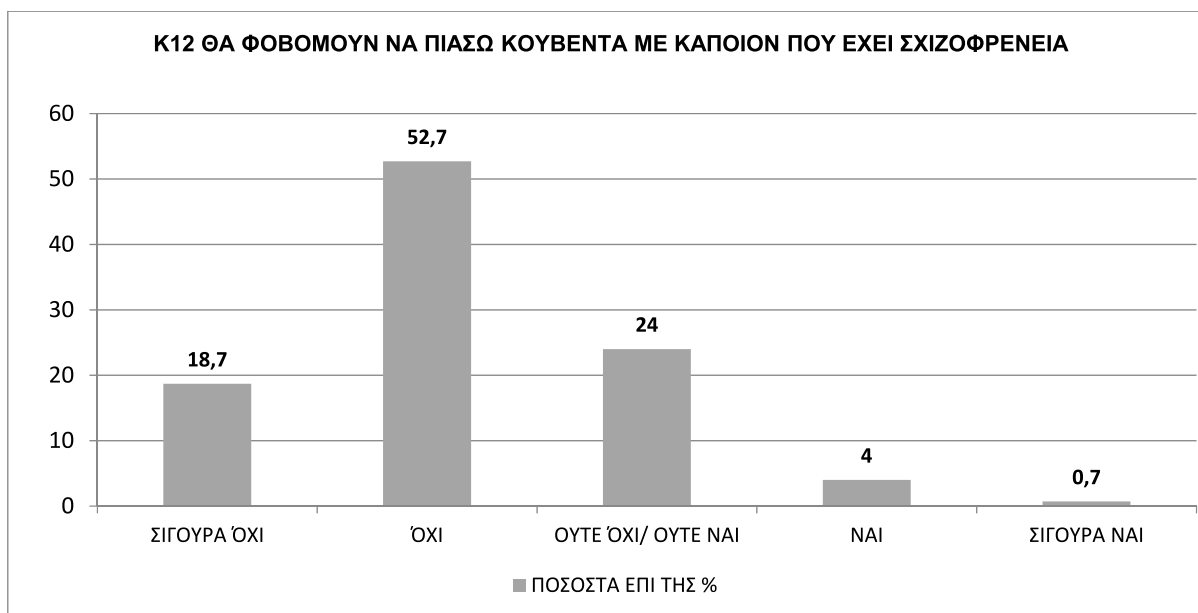
Πίνακας 47: Δείκτης επιθυμίας αποφυγής διαμονής μαζί με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια

Στην ερώτηση Κ11, εάν θα τους αναστάτωνε/ ενοχλούσε να ήταν στην ίδια δουλειά με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια, λάβαμε τις εξής απαντήσεις:



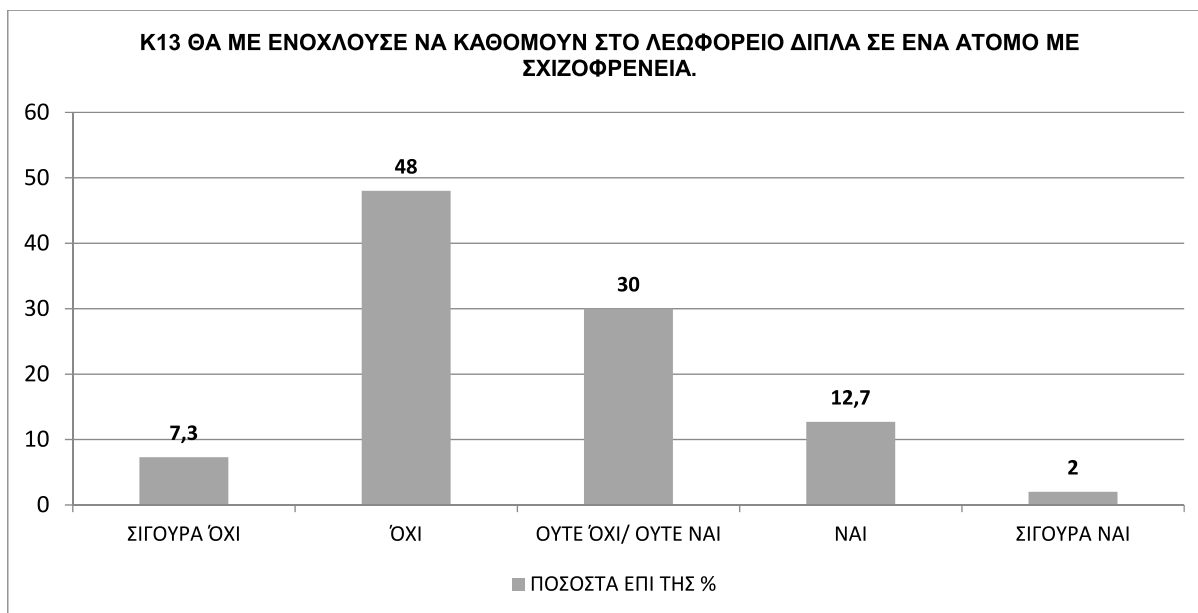
Πίνακας 48: Δείκτης επιθυμίας αποφυγής συνύπαρξης στην ίδιο εργασιακό χώρο με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια

Στην ερώτηση Κ12, εάν θα φοβόταν να πιάσουν κουβέντα με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια, λάβαμε τις εξής απαντήσεις :



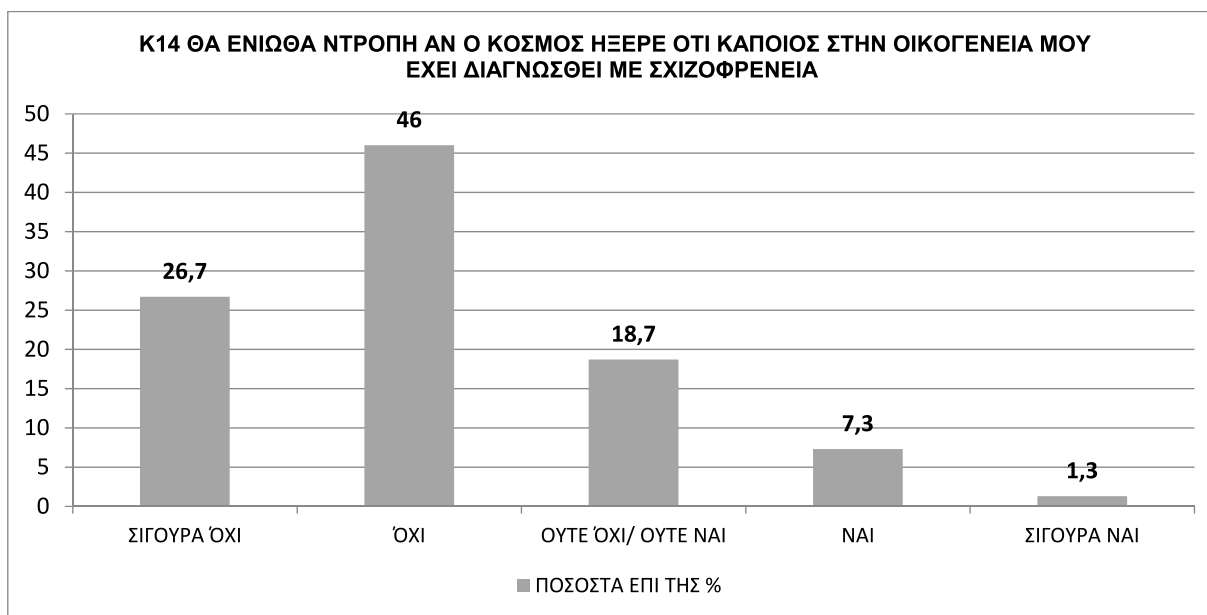
Πίνακας 49: Δείκτης επιθυμίας αποφυγής έναρξης κουβέντας με κάποιον με σχιζοφρένεια

Στην ερώτηση K13, εάν θα τους ενοχλούσε να καθόταν στο λεωφορείο δίπλα σε ένα άτομο με σχιζοφρένεια, λάβαμε τις εξής απαντήσεις :



Πίνακας 50: Δείκτης επιθυμίας αποφυγής συνύπαρξης σε δίπλανη θέση στο λεωφορείο, με ένα άτομο με σχιζοφρένεια.

Στην ερώτηση K14, εάν θα ένιωθαν ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος στην οικογένειά του έχει διαγνωσθεί με σχιζοφρένεια, λάβαμε τις εξής απαντήσεις :



Πίνακας 51: Δείκτης επιθυμίας γνώσης, λόγω ντροπής, ότι κάποιος στην οικογένεια του έχει διαγνωσθεί με σχιζοφρένεια

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Προσεγγίσαμε 175 άτομα και πήραμε έγκυρες απαντήσεις από 150, δηλαδή είχαμε 85,7% βαθμό απαντητικότητας. Υπάρχει σημαντική διαφορά ως προς το φύλο, αφού πάνω από το 75% των ερωτηθέντων (115) ήταν άντρες, με το υπόλοιπο 23% (35) να είναι γυναίκες (Εικόνα 1). Η μέση ηλικία των ερωτηθέντων ήταν τα 30 έτη, με την πλειοψηφία του δείγματος (54%) να ανήκει στην ηλικιακή κατηγορία 20-29 ετών (Εικόνα 2). Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (74.7%) δεν ήταν παντρεμένοι (Εικόνα 3), ενώ το μεγαλύτερο μέρος (70%) ήταν απόφοιτοι της ΕΛ.ΑΣ., όπως δείχνει η Εικόνα 4. Η μέση τιμή των χρόνων υπηρεσίας στο σώμα ήταν 10.75 χρόνια και όπως δείχνει ο Πίνακας 3, οι περισσότεροι ερωτηθέντες ανήκαν στην κατηγορία «έως 10 χρόνια υπηρεσίας» (67.3%). Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες (37.3%) είχαν το βαθμό του Αστυφύλακα (Εικόνα 5). Τέλος, ο Πίνακας 4 δείχνει πως το δείγμα των 150 ερωτηθέντων ήταν ισόποσα μοιρασμένο στις τρεις αστυνομικές διευθύνσεις, με 50 άτομα να αντιστοιχούν σε κάθε μία από αυτές τις διευθύνσεις.

Αποτελέσματα

Όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα έχουν συμμετάσχει σε διαδικασία εκούσιου εγκλεισμού (100%) αφού οι αντίθετες περιπτώσεις απορρίφθηκαν διότι δεν αποτελούσαν έγκυρο δείγμα για την έρευνα μας. Από το έγκυρο δείγμα, το μεγαλύτερο ποσοστό (66%) όπως φαίνεται στον Πίνακα 5 είχε συμμετοχή σε 1-20 εγκλεισμούς, ενώ συμμετοχή σε περιπτώσεις εγκλεισμών περισσότερων των 50 το ποσοστό ήταν πολύ μικρότερο (14,7%). Οι ενδιάμεσες περιπτώσεις με συμμετοχή σε εγκλεισμούς μεταξύ 20-50 το ποσοστό ήταν 19,3%. Το μεγαλύτερο ποσοστό (53,3%) όπως φαίνεται στον Πίνακα 6 θεωρεί ότι γνωρίζει πλήρως την νομοθεσία σχετικά με την ορθή εφαρμογή των διαδικαστικών προϋποθέσεων εκτέλεσης ακούσιου εγκλεισμού (Ν.2071/1992), ενώ ένα ποσοστό 38% θεωρεί ότι το γνωρίζει μερικώς. Αντίθετα το 8,7% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι δεν γνωρίζει την νομοθεσία. Όσον αφορά την μεταφορά των ασθενών (Πίνακας 7), η συντριπτική πλειοψηφία (79,3%) δήλωσε ότι αυτή εκτελείται συνήθως με έγχρωμα περιπολικά, για να ακολουθήσει σε ποσοστό 14,7% η μεταφορά με ΕΚΑΒ και σε ποσοστό 6% η μεταφορά των ασθενών με κάποιο συμβατικό όχημα της αστυνομίας παρόλο που σχεδόν όλοι οι αστυνομικοί (83,3%) όπως προκύπτει από τον Πίνακα 8 ,γνωρίζουν ότι σύμφωνα με την επιταγή του άρθρου 96,παρ.2 του Ν.2071/92 για αξιοπρεπή μεταφορά των ακούσια εγκλειστων ασθενών, θα έπρεπε αυτή να εκτελείται από ΕΚΑΒ ή με συμβατικά οχήματα. Μόνο ένα μικρό ποσοστό (16,7%) δεν είναι ενήμερο για αυτό το άρθρο.

Μέχρι να ολοκληρωθεί η διαδικασία μεταγωγής του ασθενή στην κατάλληλη ψυχιατρική δομή, αυτός παραμένει στο αστυνομικό τμήμα σε ποσοστό 41,3% των περιπτώσεων από μισή έως μία ώρα , από μία εως δύο ώρες σε ποσοστό 35,3% ενώ σε ποσοστό 23,3% ο ασθενής παραμένει στο αστυνομικό τμήμα περισσότερο από δύο ώρες (Πίνακας 9). Κατά την παραμονή τους στο αστυνομικό τμήμα (Πίνακας 10), αξίζει να σημειωθεί ότι στο 72,7% των αστυνομικών τμημάτων δεν υπάρχει ειδικά διαμορφωμένος χώρος προστατευτικής φύλαξης. Η πλειοψηφία των αστυνομικών (66,7%), δήλωσε ότι ένας ψυχικά ασθενής δεν περιορίζεται ποτέ σε χώρο προσωρινής κράτησης (κρατητήριο) ενώ αντίθετα ένα ποσοστό 32,7% δήλωσε ότι αναλόγως του περιστατικού υπάρχει η πιθανότητα να οδηγηθεί στο κρατητήριο. Μόνο ένα 0,7% των αστυνομικών, δήλωσε κατηγορηματικά ότι ένας ψυχικά ασθενής κατά την παραμονή του στο αστυνομικό τμήμα κρατείται πάντα στα κρατητήρια (Πίνακας 11). Όσον αφορά το κατά πόσο συχνά οι αστυνομικοί ενεργούν χειροπέδηση σε ένα ψυχικά διαταραγμένο άτομο, οι απαντήσεις που λάβαμε όπως φαίνεται στον Πίνακα 12 είναι οι εξής : κατά την μεταφορά του ατόμου στο αστυνομικό τμήμα της περιοχής μόνο ένα 5,3% των αστυνομικών δήλωσε ότι δεν φοράει ποτέ χειροπέδες στο άτομο ενώ η συντριπτική πλειοψηφία (84,7%) δήλωσε ότι αναλόγως το περιστατικό δύναται να ενεργήσει χειροπέδηση. Το 10% των ερωτηθέντων, υποστήριξε ότι φοράει πάντα χειροπέδες . Κατά την διάρκεια της παραμονής του ατόμου στο αστυνομικό τμήμα, το ποσοστό των αστυνομικών που καθλώνει πάντα με χειροπέδες έναν ψυχικά ασθενή είναι σαφώς μικρότερο (3,3%), ενώ το ποσοστό που δεν φοράει ποτέ χειροπέδες αυξάνεται από 5,3% στις περιπτώσεις μεταφοράς στο τμήμα σε 16,7% κατά την παραμονή του σε αυτό. Παραμένει ωστόσο υψηλό το ποσοστό (80%) που δηλώνει ότι τον εάν θα ενεργήσουν χειροπέδηση ή όχι εξαρτάται από το περιστατικό. Τέλος κατά την μεταφορά στο ψυχιατρικό κατάστημα, οι αστυνομικοί που φοράνε πάντα χειροπέδες στον ψυχικά ασθενή αυξάνονται σε ποσοστό (12,7%) και μειώνεται το ποσοστό που δηλώνει ότι δεν ενεργούν ποτέ χειροπέδηση (4,7%). Το ποσοστό των αστυνομικών που δηλώνει ότι η χειροπέδηση σε

αυτην την περίπτωση εξαρτάται από την φύση του περιστατικού, εξακολουθεί να παραμένει υψηλό (55,3%).

Αφού μεταφερθεί ο ψυχικά ασθενής στην κατάλληλη δομή για αξιολόγηση ρωτήσαμε τους αστυνομικούς εάν αυτοί παραμένουν στο εξεταστήριο κατά την διάρκεια της εξέτασης του ασθενή από ειδικούς (Πίνακας 13). Μόνο ένα ποσοστό 4,7% δήλωσε ότι δεν είναι ποτέ παρών ενώ σχεδόν οι μισοί (40%) δήλωσαν ότι παρευρίσκονται πάντοτε στην εξέταση. Το υπόλοιπο 55,3% δήλωσε ότι αυτό εξαρτάται από το περιστατικό. Στην συνέχεια ερωτήθηκαν, εάν όταν είναι παρών, ο ασθενής ενημερώνεται εγγράφως από τον γιατρό για το δικαίωμα του να ασκήσει ένδικο μέσο (Πίνακας 14). Το συντριπτικό ποσοστό των ερωτηθέντων (75,3%) δήλωσε πως όχι. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι ο μεγαλύτερο ποσοστό των αστυνομικών (56%) όπως προκύπτει από την έρευνα δεν γνωρίζει την αντίστοιχη νομοθεσία (Πίνακας 15). Τέλος ο χρόνος που παραμένει ο αστυνομικός στο ψυχιατρικό κατάστημα έως ότου ολοκληρωθεί η εξέταση, το μεγαλύτερο ποσοστό των αστυνομικών (58,7%) δήλωσε ότι αυτός ξεπερνάει τις δύο ώρες, ένα ποσοστό 31,3% ότι αυτός κυμαίνεται από μία έως δύο ώρες και μόνο ένα ποσοστό 10% δήλωσε ότι ο χρόνος που καταναλώνει είναι το πολύ μία ώρα (Πίνακας 16).

Όπως προκύπτει από την έρευνα, περισσότεροι από τους μισούς αστυνομικούς (58,7%) δηλώνουν ότι έχει κινδυνέψει η σωματική τους ακεραιότητα κατά την διαχείριση ενός ψυχικά ασθενή (Πίνακας 20). Όταν ερωτήθηκαν εάν πιστεύουν ότι διαθέτουν την απαραίτητη ικανότητα να διαχειριστούν έναν ψυχικά ασθενή, το 26% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως την διαθέτουν ενώ το 12% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως δεν την διαθέτουν. Παραπάνω από τους μισούς αστυνομικούς (62%) αναφέρουν ότι αυτό εξαρτάται σίγουρα από το περιστατικό (Πίνακας 22). Στην διευκρινιστική ερώτηση εάν αυτή η ικανότητα είναι αποτέλεσμα παρεχόμενης εκπαίδευσης ή εμπειρίας όπως φαίνεται και στον Πίνακα 23 σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες (92%), απάντησαν ότι είναι αποτέλεσμα εμπειρίας και όχι κάποιας παρεχόμενης εκπαίδευσης.

Όσον αφορά τις γενικότερες πεποιθήσεις των αστυνομικών για τα άτομα με ψυχικά προβλήματα, όπως γίνεται φανερό περισσότεροι από τους μισούς αστυνομικούς (56,7%) θεωρούν τον ψυχικά ασθενή απρόβλεπτο στις αντιδράσεις του ενώ δεν απέχει πολύ το ποσοστό των ερωτηθέντων για την ίδια ερώτηση (42,7%) οι οποίοι απάντησαν «Αναλόγως το περιστατικό». Σχεδόν μηδαμινό (0,7%) είναι το ποσοστό που απάντησε πως δεν θεωρεί τον ψυχικά ασθενή απρόβλεπτο στις αντιδράσεις (Πίνακας 17).

Στην ερώτηση αν θεωρούν τον ψυχικά ασθενή επικίνδυνο, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (74,7%) απάντησε «Αναλόγως το περιστατικό», το 24% των ερωτηθέντων ήταν απόλυτο στην θετική απάντησή του ενώ το 1,3% είχε αρνητική απάντηση καθώς δεν θεωρούν τους ψυχικά ασθενείς επικίνδυνους (Πίνακας 18). Σε ερώτηση που τέθηκε η συντριπτική πλειοψηφία (88,7%) θεωρεί τον ψυχικά ασθενή περισσότερο επικίνδυνο τόσο για τον εαυτό του όσο και για τους άλλους. Στην ίδια ερώτηση το 9,3% των ατόμων που ερωτήθηκαν θεωρεί τον ψυχικά ασθενή περισσότερο επικίνδυνο για τον ίδιο του τον εαυτό και το 2% για τους άλλους (Πίνακας 19).

Το 33,3% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι η παρουσία τους δύναται να εξαγριώσει έναν ψυχικά ασθενή. Στον αντίποδα το 66% θεωρεί ότι εξαρτάται από το περιστατικό αν θα εξαγριωθεί ή όχι ο ασθενής από την παρουσία του αστυνομικού ενώ μόλις το 0,7% δεν θεωρεί ότι η παρουσία αστυνομικής δύναμης μπορεί να εξαγριώσει έναν ψυχικά ασθενή (Πίνακας 21). Στην ερώτηση αν έχουν νιώσει ποτέ νευρικοί ή αγχωμένοι κατά την επαφή τους με ψυχικά ασθενείς το 69,3% απάντησε θετικά ενώ το 30,7% απάντησε αρνητικά (Πίνακας 24).

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (78,7%), δήλωσε ότι έχουν αισθανθεί συμπόνοια για έναν ψυχικά ασθενή. Το 3,3% απάντησε ότι δεν έχει αισθανθεί συμπόνοια για έναν ψυχικά ασθενή ενώ το ποσοστό που απάντησε ότι αναλόγως το περιστατικό αισθάνονται ή όχι συμπόνοια για έναν ψυχικά ασθενή, ανέρχεται στο 18% (Πίνακας 25). Το 55,3% των ερωτηθέντων, απάντησε ότι δεν θεωρούν ότι το επάγγελμα που ασκούν τους κάνει λιγότερο ευαίσθητους απέναντι στον πόνο του άλλου, έναντι του 44,7% που απάντησε στην ίδια ερώτηση θετικά (Πίνακας 26). Στην ερώτηση που τέθηκε αν συμπεριφέρεστε στους ψυχικά ασθενείς σαν να είναι απρόσωπα αντικείμενα, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων είχε αρνητική απάντηση (86,7%), το 1,3% είχε θετική απάντηση ενώ το 12% απάντησε αναλόγως το περιστατικό (Πίνακας 27). Τέλος, το 34% των αστυνομικών θεωρεί ότι η εμπλοκή τους στη διαδικασία του ακούσιου εγκλεισμού τους επιβαρύνει ψυχολογικά, ενώ το 28% δεν θεωρεί ότι τους επιβαρύνει. Στον αντίποδα το 38% θεωρεί ότι επηρεάζεται αναλόγως το περιστατικό (Πίνακας 28).

Σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε και αφορά την κλίμακα κοινωνικής απόστασης, σε ερώτηση που τέθηκε αν θα έμεναν σε γειτονιά που υπάρχει ίδρυμα για άτομα με σχιζοφρένεια, το 1,3% απάντησε ότι σίγουρα θα έμεναν, το 26,7% απάντησε ότι θα έμεναν, το 38% απάντησε «*Ούτε Όχι / Ούτε Ναι*», το 25,3% είχε αρνητική απάντηση ενώ το 8,7% είχε απόλυτα αρνητική απάντηση απαντώντας σίγουρα όχι (Πίνακας 38). Παρόμοια, το 1,3% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι σίγουρα θα έμεναν σε πολυκατοικία που μένει άτομο με σχιζοφρένεια, ενώ το 21,3% απάντησαν «*Ναι*» στην ίδια ερώτηση. Το 37,3% απάντησαν «*Ούτε Όχι / Ούτε Ναι*», ενώ το 32% έδωσε αρνητική απάντηση απαντώντας «*Όχι*» και μόλις το 8% απάντησαν «*Σίγουρα Όχι*» στην ίδια ερώτηση (Πίνακας 39).

Σε επόμενη ερώτηση που τους έγινε αν θα διατηρούσαν φιλία με κάποιον που εμφανίζει σχιζοφρένεια μόλις το 0,7% ήταν απόλυτα θετικό απαντώντας «*Σίγουρα Ναι*», και το 16% απάντησε «*Ναι*». Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 40% απάντησε «*Ούτε Όχι / Ούτε Ναι*», ενώ το 34% έδωσε αρνητική απάντηση και το 9,3% απάντησε ότι σίγουρα δεν θα διατηρούσε φιλία με κάποιον που εμφάνισε σχιζοφρένεια (Πίνακας 40). Επίσης, το δείγμα ερωτήθηκε αν θα δάνειζε κάτι δικό του σε άτομο που έχει σχιζοφρένεια. Και σε αυτή την ερώτηση οι απαντήσεις ποικίλουν καθώς το 2,7% απάντησε «*Σίγουρα Ναι*», και το 31,3% απάντησαν «*Ναι*». Η απάντηση του 28% του πληθυσμού του δείγματος ήταν «*Ούτε Όχι / Ούτε Ναι*» ενώ το 24,7% απάντησαν «*Όχι*» και το 13,3% ήταν απόλυτα αρνητικό (Πίνακας 41). Στην ερώτηση αν θα ξεκινούσαν φιλία με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια, το 42,7% απάντησε αρνητικά και το 12,7% απάντησε πλήρως αρνητικά, ενώ το 35,3% απάντησε «*Ούτε Όχι / Ούτε Ναι*» με μόλις το 9,3% να δίνει θετική απάντηση. Αξίζει να αναφερθεί ότι κανένας 0% δεν είχε πλήρως θετική απάντηση «*Σίγουρα Ναι*» (Πίνακας 42).

Στη συνέχεια οι συμμετέχοντες, ρωτήθηκαν αν θα καθόταν να τους κόψει τα μαλλιά κάποιος με σχιζοφρένεια και οι απαντήσεις που σημειώθηκαν είναι 0% «*Σίγουρα Ναι*» και μόλις ένα 3,3% των συμμετεχόντων απάντησε «*Ναι*». Το 12,7% του συνολικού πληθυσμού που ρωτήθηκε ήταν πιο διαλλακτικό καθώς απάντησε «*Ούτε Όχι / Ούτε Ναι*», το 38,7% απάντησε «*Όχι*» ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (45,3%) απάντησε «*Σίγουρα Όχι*» (Πίνακας 43). Επίσης, σε ερώτηση που έγινε, αν θα νοίκιαζαν το σπίτι τους σε κάποιον με σχιζοφρένεια, κανείς δεν απάντησε «*Σίγουρα Ναι*», το 3,3% απάντησε «*Ναι*», το 13,3% «*Ούτε Όχι / Ούτε Ναι*», το 44,7% «*Όχι*» και το 38,7% «*Σίγουρα Όχι*» (Πίνακας 44). Σε αντίστοιχη ερώτηση, αν θα παντρευόντουσαν κάποιον με σχιζοφρένεια, κανένας (0%) δεν απάντησε «*Σίγουρα Ναι*» ή «*Ναι*», ενώ το 5,3% απάντησε «*Ούτε Όχι / Ούτε Ναι*», το 39,3% απάντησε «*Όχι*» και η συντριπτική πλειοψηφία (55,3%) απάντησε «*Σίγουρα Όχι*» (Πίνακας 45). Στη συνέχεια σε ερώτηση αν θα έδιναν δουλειά σε κάποιον με σχιζοφρένεια, οι απαντήσεις που λάβαμε ήταν: 0% «*Σίγουρα Ναι*», 9,3% «*Ναι*», 36,7% «*Ούτε Όχι / Ούτε Ναι*», 31,3% «*Όχι*» και 22,7% «*Σίγουρα Όχι*» (Πίνακας 46).

Στην ερώτηση θα με αναστάτωνε / ενοχλούσε να έμενα μαζί με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια, οι απαντήσεις που λάβαμε ποικίλουν καθώς μόλις το 2,7% απάντησαν «Σίγουρα Όχι», το 4,7% «Όχι», το 18% «Ούτε Όχι / Ούτε Ναι», το 45,3% απάντησε «Ναι» και το 29,3% «Σίγουρα Ναι» (Πίνακας 47). Παρομοίως, στην ερώτηση αν θα με αναστάτωνε/ ενοχλούσε να ήμουν στην ίδια δουλειά με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια, μόλις το 2% των ερωτηθέντων απάντησε «Σίγουρα Όχι», ενώ το 15,3% απάντησε «Όχι», το 32% «Ούτε Όχι / Ούτε Ναι», το 36,7% απάντησε «Ναι» και το 14% απάντησε «Σίγουρα Ναι» (Πίνακας 48). Στην ερώτηση αν θα φοβόταν να πιάσουν κουβέντα με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια, το 18,7% απάντησε «Σίγουρα Όχι», το 52,7% απάντησε «Όχι», το 24% «Ούτε Όχι / Ούτε Ναι», μόλις το 4% απάντησε «Ναι» και το 0,7% απάντησε «Σίγουρα Ναι» (Πίνακας 49). Σε ερώτηση που τους έγινε αν θα τους ενοχλούσε να καθόντουσαν στο λεωφορείο δίπλα σε ένα άτομο με σχιζοφρένεια το 7,3% απάντησαν «Σίγουρα Όχι», το 48% «Όχι», το 30% «Ούτε Όχι / Ούτε Ναι», το 12,7% «Ναι» και μόλις το 2% απάντησε «Σίγουρα Ναι» (Πίνακας 50). Στην τελευταία ερώτηση που τους τέθηκε αν θα ένιωθαν ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος στην οικογένειά τους έχει διαγνωσθεί με σχιζοφρένεια, το 26,7% απάντησε «Σίγουρα Όχι», το 46% απάντησε «Όχι» , το 18,7% «Ούτε Όχι/ Ούτε Ναι», το 7,3% «Ναι» και μόλις το 1,3% «Σίγουρα Ναι» (Πίνακας 51).

Τέλος, όσον αφορά τους τρόπους που προτείνονται για να βελτιωθεί η όλη κατάσταση, τα αποτελέσματα φαίνονται συνοπτικά στον Πίνακα 37. Η μεταφορά ενός ψυχικά διαταραγμένου ατόμου αποκλειστικά από το ΕΚΑΒ σύμφωνα με την πλειοψηφία των συμμετεχόντων (61,3%) αποτελεί μια λύση που θα συμβάλλει πάρα πολύ στην βελτίωση της όλης διαδικασίας. Μόνο ένα χαμηλό ποσοστό της τάξεως των 0,7% πιστεύει ότι η μεταφορά με ΕΚΑΒ θα συμβάλλει πολύ λίγο στην βελτίωση. Ο δεύτερος τρόπος βελτίωσης που συγκεντώνει το μεγαλύτερο ποσοστό συμφωνίας (55,3%) μεταξύ των ερωτηθέντων, είναι η τοποθέτηση στα αστυνομικά τμήματα ειδικών ψυχικής υγείας που θα διαχειρίζονται τα περιστατικά και ακολουθεί η κατάλληλη εκπαίδευση των αστυνομικών στην διαχείριση ψυχικά ασθενών με ποσοστό 54,7%. Η πλήρης απεμπλοκή της αστυνομίας από την διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας πιστεύεται με ποσοστό 54% του συνόλου των συμμετεχόντων ότι θα συμβάλλει πάρα πολύ στην βελτίωση της κατάστασης. Επιπρόσθετα, η δημιουργία κατάλληλων χώρων προστατευτικής φύλαξης για τα άτομα με ψυχικά προβλήματα για το 53,3% των αστυνομικών που συμμετείχαν στην έρευνα θεωρείται μια λύση που θα συμβάλλει πάρα πολύ στην βελτίωση των συνθηκών ενώ η σύσταση ειδικών μονάδων στην ΕΛ.ΑΣ με την στελέχωσή κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού, με αποκλειστική αρμοδιότητα τη διαδικασία του ακούσιου εγκλεισμού θα αποτελούσε μια ιδανική λύση για το 51,3% των ερωτηθέντων. Σχεδόν οι μισοί αστυνομικοί (46%) επιζητούν σαν λύση την ενημέρωση-ευαισθητοποίησή τους σε θέματα ψυχικής υγείας. Τέλος η πρόταση η μεταφορά των ψυχικά ασταθών ατόμων να διενεργείται από συμβατικό όχημα της αστυνομίας είναι η μοναδική πρόταση που δεν θα συμβάλλει σημαντικά στην βελτίωση της κατάστασης με μόνο ένα 11,3% να έχει την αντίθετη άποψη.

Σχολιασμός – Συζήτηση

Η εμπλοκή της αστυνομίας και τα προβλήματα που ανακύπτουν

Σε αυτή την έρευνα, μελετήθηκε η ακούσια νοσηλεία από την πλευρά της Ελληνικής Αστυνομίας. Έγινε προσπάθεια να μελετηθεί εις βάθος, η εμπλοκή της στην διαδικασία μεταφοράς ενός ψυχικά πάσχοντα και να αναλυθεί ποιά είναι η στάση των Ελλήνων αστυνομικών απέναντι στα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι αστυνομικοί γνωρίζουν την ύπαρξη ενός ατόμου με προβλήματα ψυχικής υγείας και είναι προετοιμασμένοι για όλα τα ενδεχόμενα αναφορικά με τις αντιδράσεις του, ότι δηλαδή μπορεί να αντικρύσουν ένα άτομο με πλήρη αποδιοργάνωση και παθητικό, έως και ότι μπορεί να αντιμετωπίσουν ένα άτομο επιθετικό, το οποίο μπορεί να αντιδράσει βίαια στην διαδικασία μεταφοράς.

Στην αρχή της έρευνας μελετήθηκε η εμπειρία που είχαν οι συμμετέχοντες αστυνομικοί στην διαδικασία του ακούσιου εγκλεισμού. Το μεγαλύτερο ποσοστό των αστυνομικών δήλωσε συμμετοχή σε 1-20 εγκλεισμούς ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό, σε περισσότερους από 50 εγκλεισμούς κατά την διάρκεια της θητείας τους στο αστυνομικό σώμα. Ο σχετικά μικρός αριθμός συμμετοχών σε περιστατικά ακούσιων νοσηλειών οφείλεται στην μικρή ηλικία των αστυνομικών αφού η πλειοψηφία του δείγματος ανήκει στην ηλικιακή κατηγορία 20-29 ετών (Εικόνα 2). Μελετήθηκε σε αυτό το σημείο και η πιθανή συσχέτιση ανάμεσα στον αριθμό συμμετοχών σε μεταγωγές ακούσιου εγκλεισμού και της Διεύθυνσης Αστυνομίας, δεδομένου ότι οι περιοχές που υπάγονται σε ένα αστυνομικό τμήμα, καλύπτουν διαφορετικούς πληθυσμούς με ιδιαίτερα δημογραφικά, κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά. Υπήρχε η πεποίθηση, σύμφωνα με όσα αναφέρονται στη βιβλιογραφία, ότι τα αστυνομικά τμήματα σε περιοχές ανώτερου κοινωνικού και οικονομικού επιπέδου, αντιμετωπίζουν λιγότερα περιστατικά, στα οποία εμπλέκονται άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, αντίθετα με αστυνομικά τμήματα του κέντρου, στα οποία τα περιστατικά με άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας είναι ιδιαίτερα συχνά. Χρησιμοποιήσαμε το Kruskal-Wallis H Test. Εκτελώντας το test βλέπουμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις 3 διευθύνσεις αστυνομίας που υπηρετούν οι ερωτηθέντες όσον αφορά τη συμμετοχή τους σε διαδικασίες μεταγωγής ακούσιου εγκλεισμού, $\chi^2 = 4.857$, αφού $p = 0.088 > 0.05$, με μέσο σκορ 81.47 για τη Διεύθυνση Δ.Α.Α., 78.65 για τη Δ.Α.Β.Α. και 66.38 για τη Δ.Α. Πειραιά. Η προσδοκία ότι τα αστυνομικά τμήματα του κέντρου λόγω χαμηλότερου κοινωνικο-οικονομικού υπόβαθρου [57] θα είχαν υψηλότερα ποσοστά ακούσιων εγκλεισμών επιβεβαιώθηκε εν μέρει αλλά όχι στο βαθμό που αναμενόταν.

Το κύριο εύρημα της έρευνας είναι ότι στην συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων το βάρος της μεταφοράς ενός ατόμου στην κατάλληλη ψυχιατρική δομή για περαιτέρω αξιολόγηση το επωμίζεται η αστυνομία και όχι το ΕΚΑΒ όπως έχει αναδείξει και η αυταπάγγελτη έρευνα του Συνήγορου του Πολίτη [49]. Παρόλο που ο σχετικός νόμος είναι σαφής για τον τρόπο που πρέπει να μεταφέρονται άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας με γνώμονα την διατήρηση της δικής τους αξιοπρέπειας και ασφάλειας, το ΕΚΑΒ δεν πραγματοποιεί πλέον τις μεταφορές των ατόμων αυτών στα αντίστοιχα ιδρύματα. Ο περιορισμένος αριθμός διαθέσιμων οχημάτων του ΕΚΑΒ και η δυσαναλογία μεταξύ του προσωπικού και των πραγματικών αναγκών σε περιστατικά, δυσχεραίνει τη συνεργασία με την Αστυνομία. Δεν μπορεί κανείς ωστόσο να παραβλέψει το γεγονός, ότι η επαφή με την αστυνομία, ενδέχεται να λειτουργήσει επιβαρυντικά για την κατάσταση της ψυχικής του

υγείας (Lurigio, Fallon & Dincin, 2000), γεγονός που αποδεικνύεται και από την έρευνα καθώς σύμφωνα με τα αποτελέσματα της σχεδόν όλο το δείγμα των αστυνομικών πιστεύει ότι η παρουσία τους εξαγριώνει ή δυναται να εξαγριώσει έναν ψυχικά ασθενή [99]. Ως εκ τούτου, ο ρόλος της Αστυνομίας είναι κεντρικός και όχι διακριτικός, όπως κανονικά προβλέπεται, δημιουργώντας πολλές προστριβές με την υπηρεσία του ΕΚΑΒ. Παρόλο που το μεγαλύτερο ποσοστό των αστυνομικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα γνωρίζει σύμφωνα με το άρθρο 96, παρ.2 του Ν.2071/92 για την αξιοπρεπή μεταφορά των ακούσια εγκλείστων ασθενών, ότι δεν πρέπει να παρεμβαίνουν παρά μόνο συνδρομητικά στη μεταφορά ενός ατόμου σε ένα ψυχιατρικό ίδρυμα, η έλλειψη συνεργασίας μεταξύ αστυνομίας και ΕΚΑΒ οδηγεί τους αστυνομικούς στην άμεση ή έμμεση αποδοχή της ισχύουσας κατάστασης και της διαιώνισης της μέσα από την επανάληψη. Η έλλειψη συνεργασίας μεταξύ των διαφόρων υπηρεσιών ωστόσο δεν είναι ένα φαινόμενο που απαντάται μόνο στην χώρα μας και έχει συζητηθεί κατά κόρον και σε άλλες σχετικές έρευνες (Wilson- Bates, 2008) [100]. Η απουσία αυτής της συνεργασίας μεταξύ Αστυνομίας και υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αυξάνει σημαντικά την εμφάνιση τέτοιων περιστατικών αλλά και την εμπλοκή των αστυνομικών, ακόμη και σε περιπτώσεις, στις οποίες η παρέμβαση μίας κοινωνικής υπηρεσίας θα μπορούσε πολύ πιο εύκολα και αποτελεσματικά να ανταποκριθεί στις πραγματικές ανάγκες αυτών των ατόμων. Είναι σίγουρο, λοιπόν, πως σε αυτό το σημείο πρέπει να είναι περισσότερο οριοθετημένο το σχετικό πλαίσιο και να τηρείται αυστηρά από τους εμπλεκόμενους φορείς, καθώς σε αρκετές περιπτώσεις η τλαιπωρία και αναμονή ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας διαρκούν αρκετές ώρες. Όσον αφορά τον τρόπο μεταφοράς των ασθενών εξετάσαμε και την πιθανή συσχέτιση ανάμεσα στον τρόπο μεταφοράς και την Διεύθυνση Αστυνομίας που υπηρετεί ο κάθε αστυνομικός, για να ελέγξουμε εάν υπάρχουν τυχόν διαφοροποιήσεις λόγω διαφορετικών κοινωνικο-οικονομικών συνθηκών. Γιαυτό τον σκοπό χρησιμοποιήσαμε το test χ^2 . Ο πίνακας 52 δείχνει τα αποτελέσματα του ελέγχου. Με $p = 0.107 > 0.05$ μπορούμε να πούμε ότι δε βρέθηκε κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην Αστυνομική Διεύθυνση που υπηρετεί κάποιος και με τον τρόπο μεταφοράς του ασθενή. Σχετικά με την υποσημείωση του SPSS, πως το 33.3% των κελιών έχουν θεωρητική συχνότητα (expected count) μικρότερη του 5: Συνήθως, όταν το ποσοστό αυτό ξεπερνάει το 20% τότε τα αποτελέσματα του test δε γίνονται δεκτά, όμως επειδή και οι δύο μεταβλητές έχουν το πολύ 3 κατηγορίες και όλα τα κελιά έχουν expected count ≥ 3 , τότε τα αποτελέσματα του χ^2 test γίνονται αποδεκτά. Η πεποίθησή μας ότι οι συνθήκες θα είναι καλύτερες στα Βόρεια Προάστια λόγω υψηλότερου κοινωνικο-οικονομικού status δεν επιβεβαιώθηκε.

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.611 ^a	4	.107
Likelihood Ratio	8.997	4	.061
Linear-by-Linear Association	4.040	1	.044
N of Valid Cases	150		
a. 3 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.00.			

Πίνακας 52: Το test χ^2 για τη Διεύθυνση αστυνομίας και το μέσο μεταφοράς του ασθενή

Αυτή όμως η έλλειψη συνεργασίας των δύο υπηρεσιών, και κυρίως η άρνηση του ΕΚΑΒ, καταλήγει σε μία σειρά από καταστάσεις και μεθόδους που προσβάλλουν τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, τα οποία, εν τέλει, αντιμετωπίζονται όπως ένας κοινός εγκληματίας ή κάποιος που συλλαμβάνεται, χωρίς όμως να υπάρχει σοβαρός λόγος για όλα αυτά. Με την ενεργοποίηση του άρθρου 147 του ΠΔ141/91 περί δεσμεύσεως σε κάθε περίπτωση των μεταγόμενων με χειροπέδες, οι αστυνομικοί κάθε φορά που συνοδεύουν έναν ψυχικά ασθενή οφείλουν να ενεργούν χειροπέδηση. Ωστόσο τα ευρήματα της έρευνας είναι ενθαρυντικά. Μόνο ένα χαμηλό ποσοστό ακολουθεί αυστηρά αυτή την επιταγή του νόμου δείχνοντας έτσι την θέληση του προσωπικού της Ελληνικής Αστυνομίας να αντιμετωπίσει τους ψυχικά ασθενείς με περισσότερη αξιοπρέπεια επιδεικνύοντας ένα πιο ανθρώπινο πρόσωπο. Συγκεκριμένα μόνο ένα μικρό ποσοστό (10%) ενεργεί χειροπέδηση πάντοτε όπως ορίζει ο νόμος στον ψυχικά πάσχοντα κατά την μεταφορά του στο αστυνομικό τμήμα, με αυτό το ποσοστό να πέφτει στο 3,3% όταν ο ασθενής παραμένει στο αστυνομικό τμήμα και να ανέρχεται στο 12,7% των περιπτώσεων κατά την μεταφορά του στο ψυχιατρικό κατάστημα. Ταυτόχρονα, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετοχόντων και στις τρεις περιπτώσεις δήλωσε ότι το εάν θα καθηλώσουν τον ασθενή με χειροπέδες ή όχι, εξαρτάται σίγουρα από το περιστατικό και όχι από τις επιταγές του νόμου. Η βίαιη συμπεριφορά από την πλευρά του ψυχικά διαταραγμένου ατόμου και η μη συμμόρφωση του στις υποδείξεις των αστυνομικών, είναι τα κριτήρια που θα οδηγήσουν τον αστυνομικό στην καθήλωση του ατόμου είτε αυτό αντιμετωπίζει ψυχικά προβλήματα είτε όχι.

Ακόμη, είναι σημαντικό να τονισθεί πως από την πλευρά της Αστυνομίας και του κράτους δεν υπάρχει μέριμνα σχετικά με την έλλειψη κατάλληλων χώρων κράτησης των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας εντός του αστυνομικού τμήματος. Μόνο ένα 27,3% των αστυνομικών δήλωσε ότι το αστυνομικό τμήμα που υπηρετεί διαθέτει έναν τέτοιο χώρο. Ο συνδυασμός, μάλιστα, του μεγάλου αριθμού υποθέσεων που οι αστυνομικοί καλούνται να διαχειριστούν ταυτόχρονα με την ύπαρξη άλλων ατόμων στο τμήμα δημιουργεί επιπρόσθετη πίεση και άγχος στον αστυνομικό. Ωστόσο είναι ενθαρυντικό το γεγονός ότι παρόλο που δεν υπάρχουν αυτοί οι κατάλληλοι χώροι η πλειοψηφία των αστυνομικών δήλωσε ότι ένας ψυχικά ασθενής δεν κρατείται ποτέ στο κρατητήριο μαζί με άλλους κρατούμενους, σε αντίθεση με τα αποτελέσματα παρόμοιας έρευνας τα αποτελέσματα της οποίας έδειξαν, πως εφόσον τα αστυνομικά τμήματα δεν είναι χώροι που τυπικά προορίζονται για την προστατευτική φύλαξη ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, συνήθως καταλήγουν να φυλάσσονται αυτά τα άτομα στα συμβατικά κελιά, γεγονός που μπορεί να οξύνει τα συμπτώματα ή τις προβληματικές συμπεριφορές που παρουσιάζουν (McLean & Marshall, 2010).

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα, ο αστυνομικός οφείλει να κινηθεί γρήγορα και να ολοκληρώσει όσο το δυνατόν συντομότερα τις διαδικασίες που σχετίζονται με την διαχείριση αυτού του είδους των περιστατικών. Οι σχετικές προβλεπόμενες διαδικασίες συνεπάγονται μεγάλη γραφειοκρατία μέχρι εν τέλει να δοθεί η βοήθεια στο άτομο που την χρειάζεται ή να επιλυθεί ολοκληρωμένα ένα περιστατικό. Όπως προκύπτει από την έρευνα ο ασθενής παραμένει στο αστυνομικό τμήμα στο μεγαλύτερο ποσοστό από μισή έως μία ώρα ενώ στο 23,3% των περιπτώσεων η παραμονή μπορεί να υπερβεί και τις δύο ώρες. Οι κύριοι λόγοι για τη μεταφορά και παραμονή του ατόμου στο τμήμα είναι το κατεπείγον του περιστατικού, το ότι μπορεί να μην υπάρχει διαθέσιμο περιπολικό ή επειδή είναι ήρεμο και για αυτό θεωρείται ότι η Αστυνομία μπορεί από την αρχή ως το τέλος να ολοκληρώσει χωρίς πρόβλημα την διαδικασία, χωρίς να απασχοληθεί σε αυτό περισσότερο προσωπικό και άλλη υπηρεσία στην διαδικασία μεταφοράς.

Σε αυτό τον χρόνο, εάν προστεθεί και ο χρόνος που ο αστυνομικός παραμένει στο ψυχιατρικό κατάστημα έως ότου ολοκληρωθεί η εξέταση του ασθενή, με περισσότερους από τους μισούς αστυνομικούς να δηλώνουν ότι αυτός ξεπερνάει τις δύο ώρες, προκύπτει ότι ο συνολικός χρόνος που καταναλώνει η αστυνομία για άτομα που έρχονται αντιμέτωπα με κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα είναι ιδιαίτερα μεγάλος. Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξαν και έρευνες σε διεθνές επίπεδο (McLean & Marshall, 2010). Στη συνέχεια μελετήσαμε εάν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο πόσες ώρες παραμένει ένας ασθενής στο αστυνομικό τμήμα μέχρι να μεταφερθεί σε ψυχιατρικό κατάστημα και τη Διεύθυνση αστυνομίας που υπηρετούν. Εκτελώντας το το Kruskal-Wallis H Test βλέπουμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις τρεις διευθύνσεις αστυνομίας που υπηρετούν οι ερωτηθέντες όσον αφορά το χρόνο που παραμένει ένας ασθενής στο αστυνομικό τμήμα μέχρι να μεταφερθεί σε ψυχιατρικό κατάστημα, $\chi^2 = 8.231$, αφού $p = 0.015 < 0.05$, με μέσο σκορ 81.50 για τη Διεύθυνση Δ.Α.Α., 62.08 για τη Δ.Α.Β.Α. και 82.92 για τη Δ.Α. Πειραιά, κάτι που μας λέει ότι οι ασθενείς κάθονται λιγότερο χρόνο στα Αστυνομικά τμήματα της Δ.Α.Β.Α., ενώ οι άλλες δύο διευθύνσεις παρουσιάζουν ελάχιστες διαφορές. Μια λογική εξήγηση αυτού του φαινομένου θα ήταν ότι τα αστυνομικά τμήματα των Βορείων Προαστείων, λόγω χαμηλότερων ποσοστών εγκληματικότητας ως ύφισται, έχουν λιγότερο φόρτο εργασίας σε σχέση με τις υπόλοιπες περιοχές που οι αστυνομικοί καλούνται να διαχειριστούν ταυτόχρονα και άλλα περιστατικά.

Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι όταν μεταφέρεται ο ψυχικά ασθενής στο ψυχιατρικό κατάστημα και κατά την διάρκεια της εξέτασης του από ειδικούς όπως ανέδειξε και προγενέστερη έρευνα των Douzenis et al. (2010), η πλειοψηφία των αστυνομικών παραμένει στο χώρο της εξέτασης με μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό να δηλώνει ότι δεν είναι ποτέ παρών. Στην περίπτωση που δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις για ενδεχόμενη βία από την προηγούμενη συμπεριφορά του ασθενή, μια τέτοια πρακτική αποτελεί σαφώς παραβίαση του ψυχιατρικού απορρήτου και υποδεικνύει την ύπαρξη στιγμιαστικών στάσεων τόσο από την πλευρά των ψυχιάτρων που την επιτρέπουν, όσο και από την πλευρά των αστυνομικών, που τη θεωρούν μέρος των καθηκόντων τους. Ο αστυνομικός ωστόσο θεωρείται αποκλειστικά υπεύθυνος για την φύλαξη του ασθενή μέχρι το πέρας των διαδικασιών, γεγονός που επιτάσσει την διαρκή επίβλεψη του τελευταίου από τον αστυνομικό. Αξιοποιώντας την πληροφορία ότι οι αστυνομικοί είναι παρόντες κατά την ψυχιατρική αξιολόγηση στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, μελετήσαμε εάν ο ασθενής ενημερώνεται εγγράφως από τον γιατρό για το δικαίωμα του να ασκήσει ένδικο μέσο. Το 75,3% των αστυνομικών δήλωσε ότι κάτι τέτοιο δεν προκύπτει από την προσωπική τους εμπειρία. Σε παρόμοια συμπέρασμα είχε καταλήξει και η έρευνα του Συνήγορου του Πολίτη. Οι περισσότεροι από τους μισούς αστυνομικούς δεν γνωρίζουν την αντίστοιχη νομοθεσία σε αντίθεση με την γενικότερη νομοθεσία για την ακούσια νοσηλεία, όπου η πλειοψηφία των αστυνομικών (53,3%) δηλώνει ενήμερη. Ωστόσο παραμένουν υψηλά τα ποσοστά που είτε δεν γνωρίζουν καθόλου την νομοθεσία ή την γνωρίζουν μερικώς (46,7%) γεγονός που επιβάλλει σαφώς την καλύτερη ενημέρωση των στελεχών της Ελληνικής Αστυνομίας σχετικά με την νομοθεσία που διέπει την ακούσια νοσηλεία.

Όλα τα παραπάνω ευρήματα, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι περισσότεροι από τους μισούς αστυνομικούς δήλωσαν ότι έχει κινδυνέψει η σωματική τους ακεραιότητα κατά την διαχείριση ενός ψυχικά διαταραγμένου ατόμου μας ώθησε να μελετήσουμε εάν οι αστυνομικοί έχουν λάβει κάποιου είδους εκπαίδευσης όσον αφορά την διαχείριση ανάλογων περιστατικών. Όπως φαίνεται η απόκτηση εμπειρίας σε ποσοστό 92% έχει αντικαταστήσει την εκπαίδευση (8%) με συνολικά το 98% των συμμετεχόντων να πιστεύει ότι μπορεί

σίγουρα (26%) ή αναλόγως το περιστατικό (62%), να διαχειριστεί ανάλογα περιστατικά. Εφόσον λοιπόν, όπως οι ίδιοι υποστηρίζουν, δεν υπάρχει αντίστοιχη εκπαίδευση από την Αστυνομία, όλοι επαφίενται στην εμπειρία, αρχικά στην εμπειρία των παλαιότερων που έχουν αντιμετωπίσει περισσότερα τέτοιους είδους περιστατικά, προκειμένου να λάβουν σχετικές πληροφορίες, οδηγίες αλλά και παραστάσεις για τον δικό τους ρόλο εκεί. Αυτός είναι ο λόγος, άλλωστε, για τον οποίο συνήθως τα ζευγάρια των αστυνομικών που επανδρώνουν ένα περιπολικό είναι μεικτά ως προς την εμπειρία των αστυνομικών, ώστε ένας έμπειρος αστυνομικός να βγαίνει για περιπολία μαζί με κάποιον καινούριο αστυνομικό. Στη συνέχεια, η αποτελεσματικότητα του αστυνομικού στη διαχείριση αυτού του τύπου περιστατικών συνδέεται με τις εμπειρίες που ο ίδιος αποκτά στην αστυνομική πράξη, καθώς αυτή είναι ο οδηγός που υποδεικνύει ποιές μεθόδους και συμπεριφορές πρέπει να συνεχίσει να εφαρμόζει και ποιές πρέπει να εγκαταλείψει. Συνεπώς, με τα χρόνια εμπειρίας ένας αστυνομικός πλέον αναπτύσσει ένα συγκεκριμένο εύρος τεχνικών αναφορικά με τι είναι και τι δεν είναι αποτελεσματικό για τη διαχείριση τέτοιων περιστατικών.

Παρόλο αυτά όμως οι περισσότεροι αστυνομικοί (69,3%) εξακολουθούν να δηλώνουν ότι νιώθουν νευρικοί ή αγχωμένοι κατά την επαφή τους με ψυχικά ασθενείς λόγω του απρόβλεπτου της συμπεριφοράς τους. Είναι πολύ δύσκολο κάθε φορά ο αστυνομικός να δρα ανάλογα με το πώς ο ίδιος αξιολογεί μία κατάσταση, για την οποία ούτως ή άλλως οι γνώσεις του όπως προκύπτει να είναι περιορισμένες ή ακόμη και ανύπαρκτες. Είναι κεντρικός περιορισμός το γεγονός, ότι οι αστυνομικοί δεν έχουν κατά νου μια σειρά από βήματα, τα οποία μπορούν με σιγουριά να ακολουθήσουν. Αυτό δημιουργεί αβεβαιότητα και ανασφάλεια με αυτά που γίνονται ή δεν γίνονται σε μία τέτοια περίπτωση, έχοντας πάντα κατά νου ότι, εάν κάτι δεν πάει καλά, δεν θα κατηγορηθεί κάποιος αρμόδιος για την αμέλεια που επιδεικνύεται, αλλά ο εκάστοτε αστυνομικός καλείται να λογοδοτήσει για το πώς διαχειρίστηκε μία υπόθεση. Σίγουρα, η ανεπάρκεια γνώσεων για την ψυχική νόσο και κατάλληλης εκπαίδευσης παίζουν καθοριστικό ρόλο στην διαιώνιση αυτού του περιορισμού.

Οι στάσεις των Ελλήνων αστυνομικών

Όσον αφορά τις γενικότερες πεποιθήσεις των αστυνομικών για τα άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα, όπως προκύπτει από το πρώτο ερωτηματολόγιο, η πλειοψηφία των αστυνομικών θεωρεί απρόβλεπτο στις αντιδράσεις του έναν ψυχικά ασθενή. Η απρόβλεπτη συμπεριφορά που συχνά επιδεικνύουν τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, αποτελεί έναν σημαντικό περιορισμό στον οποίο αναφέρονται συχνά οι αστυνομικοί. Το γεγονός ότι οι αστυνομικοί δεν μπορούν να προβλέψουν τις αντιδράσεις που πιθανόν να εμφανίσει το άτομο είναι ένας περιορισμός για τη δική τους επέμβαση στο περιστατικό. Μάλιστα, η ανησυχία για τον απρόβλεπτο χαρακτήρα της συμπεριφοράς αυτών των ατόμων συνδέεται κυρίως με τη δική τους ασφάλεια και την προστασία της υγείας τους, αλλά και με την ασφάλεια και προστασία των υπολοίπων παρευρισκομένων. Η επιτυχημένη και γρήγορη διαχείριση των περιστατικών είναι προτεραιότητα των αστυνομικών και φαίνεται πως η ιδέα τους σχετικά με την έλλειψη προβλεψιμότητας της συμπεριφοράς των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας επηρεάζει τις στρατηγικές που επιλέγουν για να προσεγγίσουν και να διαχειριστούν αυτά τα περιστατικά (Schulenberg, 2016) [101].

Στην ερώτηση εάν θεωρούν τον ψυχικά ασθενή επικίνδυνο μόνο ένα 1,3% των συμμετεχόντων απάντησε αρνητικά. Αξίζει ωστόσο να σημειωθεί ότι τα ποσοστά που απάντησα καταφατικά σε αυτήν την ερώτηση, είναι σημαντικά χαμηλότερα από αυτά που αφορούν το απρόβλεπτο της συμπεριφοράς. Η συντριπτική πλειοψηφία αυτών, πιστεύει ότι ένας ψυχικά ασθενής είναι επικίνδυνος τόσο για τον ίδιο του τον εαυτό όσο και για τους άλλους γεγονός που έρχεται σε πλήρη συμφωνία με τους Kimhi et al. (1998) [102], οι οποίοι έδειξαν ότι οι αστυνομικοί είναι μία πηγή κοινωνικού στιγματισμού των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, καθώς, γενικά, αντιμετωπίζουν αυτούς τους πολίτες ως περισσότερο επικίνδυνους από το συνολικό πληθυσμό. Ειδικότερα, στην πλειοψηφία τους έρευνες δείχνουν ότι οι αστυνομικοί θεωρούν πως οι ψυχικά πάσχοντες είναι πιο βίαιοι και επιθετικοί, απρόβλεπτοι στις συμπεριφορές τους, ενώ είναι πολύ δύσκολο να αλλάξει προς το καλύτερο η κατάσταση που αντιμετωπίζουν. Έτσι, οι αστυνομικοί, υπό το καθεστώς της αβεβαιότητας, του φόβου και της εν δυνάμει επικινδυνότητας των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, πιο εύκολα θα υιοθετήσουν αντισυμβατικές στρατηγικές, που σε κάποιες περιπτώσεις ενέχουν ακόμη και υπερβολική βία (Parent, 2004) [103]. Ωστόσο θα πρέπει να σημειωθεί εδώ ότι οι πεποιθήσεις αυτές –ιδίαιτερα αναφορικά με τη βία και την επικινδυνότητα- ενδεχομένως οφείλονται στις ειδικές συνθήκες στις οποίες οι αστυνομικοί έρχονται αντιμέτωποι με την ψυχική νόσο, οι οποίες άλλωστε καθιστούν επιβεβλημένη την εμπλοκή τους: τις περιστάσεις εκείνες όπου η έξαρση των συμπτωμάτων ενδεχομένως δίνει μια ακραία εικόνα. Την υπόθεση αυτή στηρίζει το γεγονός ότι η πεποίθηση της επικινδυνότητας φάνηκε να συνδέεται θετικά με τον αριθμό των περιστατικών ψυχιατρικού χαρακτήρα που είχαν κληθεί να αντιμετωπίσουν οι ερωτηθέντες αστυνομικοί και το εάν απαιτήθηκε να χρησιμοποιήσουν σωματική βία (Psarra et al, 2008).

Ενθαρυντικό είναι ωστόσο το γεγονός ότι παρόλο τις εν μέρει στιγμιστικές αντιλήψεις των αστυνομικών απέναντι στα προβλήματα ψυχικής υγείας το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών (78,7%) έχει αισθανθεί συμπόνια για έναν ψυχικά ασθενή και ως εκ τούτου δεν συμπεριφέρεται ποτέ σε έναν ψυχικά ασθενή ως απρόσωπο αντικείμενο σε ποσοστό 86,7%. Η «ταμπέλα» της ψυχικής νόσου –και συγκεκριμένα της σχιζοφρένειας- έχει βρεθεί ότι συνδέεται και με ευνοϊκές στάσεις απέναντι στους ασθενείς, τους οποίους οι αστυνομικοί τείνουν να αντιμετωπίζουν ως άτομα που χρειάζονται βοήθεια και όχι ως αντικείμενα

σωφρονισμού (Watson et al, 2004b) [104]. Δεδομένου ότι η ευθύνη για μια ανάρμοστη ή διαταρακτική συμπεριφορά αποδίδεται στην ψυχοπαθολογία του, ο ίδιος ο ασθενής με σχιζοφρένεια δεν αντιμετωπίζεται με τιμωρητική διάθεση, αλλά ανακινεί συναισθήματα συμπάθειας και οίκτου. Τέλος στην ερώτηση εάν θεωρούν ότι το επάγγελμα που ασκούν τους κάνει λιγότερο ευαίσθητους απέναντι στον πόνο των άλλων, οι απαντήσεις που δόθηκαν δεν μας έδωσε την δυνατότητα να καταλήξουμε σε ένα σαφή συμπέρασμα αφού οι διαφορές μεταξύ του ναι και του όχι ήταν ελάχιστες. Ομοίως στην ερώτηση εάν η εμπλοκή τους στη διαδικασία ακούσιου εγκλεισμού τους επιβαρύνει ψυχολογικά τα αποτελέσματα δεν μας οδήγησαν σε ένα ξεκάθαρο συμπέρασμα. Στις τελευταίες αυτές ερωτήσεις ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί, ως προς την ερμηνεία των αποτελεσμάτων, ότι η ενασχόληση και η ευαισθησία σε τέτοια ζητήματα που άπτονται της ψυχικής υγείας, θεωρείται από πολλούς ως ευαλωτότητα. Την ίδια στιγμή, ακόμη και η επίδειξη ανθρωπιάς σε σχετικές περιπτώσεις μπορεί να εκληφθεί ως αδυναμία, χαρακτηριστικό που θα έπλητε την εικόνα της Αστυνομίας.

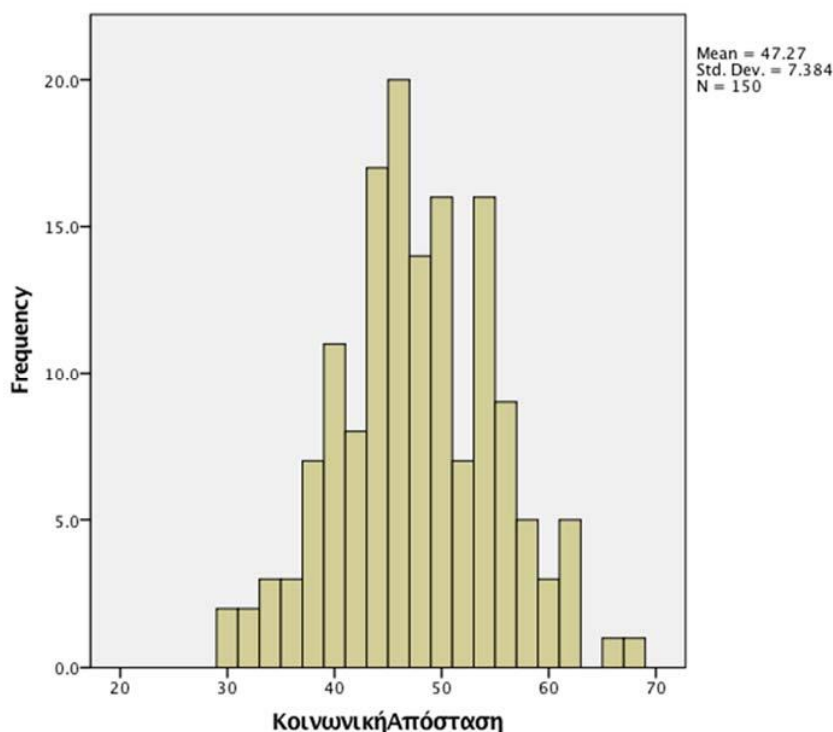
Στην έρευνα του στίγματος, η κοινωνική απόσταση αποτελεί τον πιο διαδεδομένο δείκτη καταγραφής των κοινωνικών στάσεων απέναντι στην ψυχική ασθένεια και αποτυπώνει την επιθυμία διατήρησης απόστασης από ασθενείς με ψυχιατρικές διαταραχές σε κοινωνικές συναναστροφές ποικίλης εγγύτητας.

Η νέα κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε, περιλαμβάνει 14 λήμματα, τα οποία περιγράφουν κοινωνικές συναναστροφές διαβαθμιζόμενης εγγύτητας με ασθενείς με σχιζοφρένεια και βαθμολογούνται σε πενταβάθμια κλίμακα Likert. Η ανάλυση κυρίων παραγόντων ανέδειξε 3 συνιστώσες, υπογραμμίζοντας την πολυδιάστατη φύση του δείκτη της κοινωνικής απόστασης. Ο πρώτος παράγοντας αφορά σε σταθερές σχέσεις και περιλαμβάνει λήμματα που περιγράφουν σχέσεις μέτριας εγγύτητας με διάρκεια στο χρόνο και συνέχεια στην επαφή, ο δεύτερος παράγοντας αφορά σε σχέσεις εμπιστοσύνης και περιλαμβάνει λήμματα που περιγράφουν σχέσεις υψηλής εγγύτητας με έμφαση σε αισθήματα ασφάλειας κατά την επαφή με κάποιον ασθενή και ο τρίτος παράγοντας ομαδοποιεί προσωρινές σχέσεις περιορισμένης εγγύτητας. Η τελική τιμή της κοινωνικής απόστασης προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στα 14 λήμματα, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν μεγαλύτερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση και κατ' επέκταση μεγαλύτερο βαθμό στίγματος [105].

Ο Πίνακας 53 είναι το αποτέλεσμα του descriptive statistics του SPSS για τη μεταβλητή *Κοινωνική Απόσταση* και δείχνει τον αριθμό των ατόμων που απάντησαν, την ελάχιστη και τη μέγιστη τιμή των απαντήσεων καθώς και τη μέση τιμή και την τυπική απόκλιση. Παρατηρούμε ότι παίρνει τιμές από 30 έως 67, με μέση τιμή το 47.27 και τυπική απόκλιση 7.38 (Πίνακας 53).

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Κοινωνική Απόσταση	150	30	67	47.27	7.384
Valid N (listwise)	150				

Πίνακας 53: Descriptive statistics για τη μεταβλητή Κοινωνική Απόσταση



Εικόνα 6: Ιστόγραμμα Κοινωνικής Απόστασης

Εφόσον η μεταβλητή αυτή υπολογίζεται ως το άθροισμα 14 απαντήσεων που δίνονται σε κλίμακα 1-5 (5-βάθμια κλίμακα Likert), η θεωρητική ελάχιστη τιμή θα ήταν 14 (αν όλοι είχαν απαντήσει με 1) και η αντίστοιχη μέγιστη 70 (αν όλοι είχαν απαντήσει με 5). Εμείς παρατηρούμε πως για αυτό το εύρος, η μέση τιμή που πήραμε πλησιάζει περισσότερο το κάτω άκρο παρά το άνω. Όπως προκύπτει και από την Εικόνα 6 βλέπουμε ότι τα δεδομένα μας δείχνουν να είναι «κανονικά» γεγονός που υποδηλώνει ότι οι Έλληνες αστυνομικοί δεν διακρίνονται από ακραίες στιγματιστικές αντιλήψεις απέναντι στα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχιατρικής φύσεως, με την πλειοψηφία αυτών να διατηρεί μια ουδέτερη, μετριοπαθή στάση.

Μελετώντας ωστόσο αναλυτικότερα τις τρεις συνιστώσες της κλίμακας, παρατηρούνται αξιοσημείωτες διαφορές. Στα πρώτα 5 λήμματα της κλίμακας, που αφορούν σχέσεις μέτριας εγγύτητας με διάρκεια στο χρόνο και συνέχεια στην επαφή, όπως η γειννίαση με κάποιον/α που πάσχει από σχιζοφρένεια είτε στην ίδια περιοχή είτε στην ίδια πολυκατοικία, η σύναψη ή η διατήρηση φιλίας μαζί του/της και ο δανεισμός κάποιου αντικειμένου σε αυτόν/αυτήν παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία του δείγματος διατηρεί μια ουδέτερη στάση (ούτε όχι /ούτε ναι). Σε αντίθεση, στα λήμματα που αναφέρονται σε κοινωνικές σχέσεις υψηλής εγγύτητας και χαρακτηρίζονται από αισθήματα εμπιστοσύνης απέναντι στον ασθενή όπως το να παντρευτεί κανείς ένα άτομο με σχιζοφρένεια, να δεχτεί να του κόψει τα μαλλιά, να το προσλάβει στη δουλειά του, να συγκατοικήσει μαζί του ή να του ενοικιάσει το σπίτι, η πλειοψηφία του δείγματος σκοράρει υψηλά στις αρνητικές θέσεις («Όχι, Σίγουρα Όχι»). Είναι φανερό ότι σε αυτού του είδους τις κοινωνικές συναναστροφές οι αστυνομικοί δηλώνουν μεγαλύτερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση και κατ' επέκταση μεγαλύτερο βαθμό στίγματος. Τέλος, τα λήμματα που αναφέρονται σε κοινωνικές σχέσεις περιορισμένης εγγύτητας, όπως το να γνωρίζουν τρίτοι ότι κάποιος έχει συγγενή με σχιζοφρένεια, να έχει κάποιος συνάδελφο ένα άτομο με σχιζοφρένεια, να πιάσει κουβέντα και να καθίσει κανείς

σε διπλανή θέση με ασθενή με σχιζοφρένεια στο λεωφορείο η πλειοψηφία των αστυνομικών εξέφρασε την μικρότερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση.

Από μια έμμεση περιγραφική σύγκριση ανάμεσα στα αποτελέσματα προγενέστερης πανελλαδικής έρευνας στάσεων του γενικού πληθυσμού, απέναντι σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας διαφαίνεται ότι η στάση των Ελλήνων αστυνομικών δεν διαφέρει από αυτή του γενικότερου πληθυσμού, σε συναναστροφές υψηλής εγγύτητας. Συγκεκριμένα, στην ερώτηση αν θα συγκατοικούσε ο συμμετέχων με κάποιον ασθενή με σχιζοφρένεια, ο γενικός πληθυσμός παρουσιάζεται απορριπτικός σε ποσοστό 74,9% με το ποσοστό των αστυνομικών που είναι απορριπτικός να κυμαίνεται στο 74,6%. (Πίνακας 47). Τα ανάλογα ποσοστά σε Γερμανία είναι 42,8% ενώ στον Καναδά 47% [106]. Ωστόσο στην ερώτηση αν θα φοβόταν να πιάσει κουβέντα με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια, το 32,9% του ελληνικού δείγματος απάντησε καταφατικά, σε σύγκριση με το 11,6% και το 8,5% στον Καναδά και την Γερμανία αντίστοιχα. Το αντίστοιχο ποσοστό στο δείγμα των αστυνομικών είναι 4,7% (Πίνακας 49). Ομοίως, στην ερώτηση εάν θα ένιωθαν ντροπή εάν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος στην οικογένεια τους έχει διαγνωστεί με σχιζοφρένεια (Πίνακας 51), η συντριπτική πλειοψηφία (72,7%) απάντησε αρνητικά. Σε αντίστοιχη έρευνα στο παρελθόν των Phelan et al. (1998), όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα, το 50% του δείγματος κρύβουν κάτι τέτοιο από το ευρύτερο περιβάλλον τους [9]. Κατά συνέπεια, όπως προκύπτει, οι Έλληνες αστυνομικοί εμφανίζονται αρνητικοί και απορριπτικοί, όπως και ο γενικός πληθυσμός, απέναντι σε ασθενείς με σχιζοφρένεια σε κοινωνικές επαφές υψηλής εγγύτητας ενώ σε προσωρινές σχέσεις περιορισμένης εγγύτητας η στάση τους είναι σαφώς βελτιωμένη. Μια πιθανή ερμηνεία αυτού του φαινομένου θα ήταν η συχνή διαπροσωπική επαφή ενός αστυνομικού με ασθενή με ψυχιατρική διαταραχή στο πλαίσιο των καθηκόντων του, γεγονός που συνδέεται με την ύπαρξη λιγότερων στιγματιστικών αντιλήψεων και στάσεων [107]. Κρίνεται όμως επιτακτική μια πιο αναλυτική διερεύνηση του φαινομένου.

Βιβλιογραφικά προκύπτει, ότι πολλοί παράγοντες έχουν βρεθεί να παίζουν ρόλο στη διαμόρφωση αυτών των στάσεων, κάποιοι σχετικοί με τα άτομα που στιγματίζονται και κάποιοι με τα άτομα ή τις ομάδες που εκδηλώνουν τις στιγματιστικές στάσεις [108]. Συγκεκριμένα, τα συμπτώματα και η βαρύτητα της νόσου όπως και το άρρεν φύλο, επηρεάζουν αρνητικά τις στάσεις του γενικού πληθυσμού απέναντι στους ψυχικά ασθενείς [109]. Από την πλευρά των ατόμων που εκδηλώνουν στιγματιστικές στάσεις, η μεγάλη ηλικία, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η απουσία διαπροσωπικής επαφής με έναν ασθενή, η έλλειψη πληροφόρησης ή η ημιμάθεια, ο φόβος που σχετίζεται με την πεποίθηση της επικινδυνότητας των ατόμων με προβλήματα ψυχικής ασθένειας, συνδέονται με την ύπαρξη πιο στιγματιστικών αντιλήψεων και στάσεων [110].

Προς αυτή την κατεύθυνση μελετήσαμε εάν η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, η Διεύθυνση αστυνομίας που υπηρετούν, το επίπεδο των σπουδών ή ο αριθμός των συμμετοχών τους σε διαδικασίες μεταγωγής ακούσιου εγκλεισμού, αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν τα αποτελέσματα στην Κλίμακα Κοινωνικής Απόστασης .

Για να εξετάσουμε πιθανή συσχέτιση της κλίμακας κοινωνικής απόστασης και της οικογενειακής κατάστασης (που λαμβάνει 2 μόνο τιμές) θα χρησιμοποιήσουμε το Mann-Whitney U test. Όπως δείχνει ο Πίνακας 53, η τιμή του κριτηρίου $U = 1944.5, p = 0.427 > 0.05$, άρα μπορούμε να πούμε πως οι διαφορές που παρατηρούνται στο δείκτη κοινωνικής απόστασης ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση δεν είναι στατιστικώς σημαντικές.

Ranks				
	Οικογενειακή κατάσταση	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Κοινωνική Απόσταση	Άγαμος/η	112	77.14	8639.50
	Έγγαμος/η	38	70.67	2685.50
	Total	150		

Test Statistics ^a	
	Κοινωνική Απόσταση
Mann-Whitney U	1944.500
Wilcoxon W	2685.500
Z	-.794
Asymp. Sig. (2-tailed)	.427
a. Grouping Variable: Οικογενειακή κατάσταση	

Πίνακας 54: To test Mann-Whitney

Για να εξετάσουμε πιθανή συσχέτιση της κλίμακας κοινωνικής απόστασης και της διεύθυνσης αστυνομίας που υπηρετεί ο ερωτώμενος, θα χρησιμοποιήσουμε το Kruskal-Wallis H test. Όπως δείχνει ο Πίνακας 54, $p = 0.122 > 0,05$, άρα μπορούμε να πούμε πως οι διαφορές που παρατηρούνται στο δείκτη κοινωνικής απόστασης ανάλογα με την διεύθυνση αστυνομίας που υπηρετεί ο ερωτώμενος, δεν είναι στατιστικώς σημαντικές.

Ranks			
	Δ/νση αστυνομίας που υπηρετείτε	N	Mean Rank
Κοινωνική Απόσταση	ΔΑΑ	50	72.40
	ΔΑΒΑ	50	85.54
	ΔΑ Πειραιά	50	68.56
	Total	150	

	Κοινωνική Απόσταση
Chi-Square	4.211
Df	2
Asymp. Sig.	.122
a. Kruskal Wallis Test	
b. Grouping Variable: Δ/νση αστυνομίας που υπηρετείτε	

Πίνακας 55: Kruskal-Wallis test για συσχέτιση Κ.Α. και διεύθυνσης αστυνομίας

Για να εξετάσουμε πιθανή συσχέτιση της κλίμακας κοινωνικής απόστασης και το επίπεδο σπουδών του ερωτώμενου, θα χρησιμοποιήσουμε το Kruskal-Wallis H test. Όπως δείχνει ο Πίνακας 55, $p = 0.034 < 0,05$, άρα μπορούμε να πούμε πως οι διαφορές που παρατηρούνται στο δείκτη κοινωνικής απόστασης ανάλογα με σπουδές του ερωτώμενου, είναι στατιστικώς σημαντικές, με τον δείκτη Κοινωνικής Απόστασης να μειώνεται όσο ανώτερες είναι οι σπουδές (από ΑΕΙ/ΤΕΙ και πάνω). Τα επιμέρους σκορ είναι, απόφοιτος λυκείου = 63.94, απόφοιτος ΕΛ.ΑΣ.=82.07, ΑΕΙ/ΤΕΙ=61.12, MSc=27.75 και PhD=14.50.

Ranks			
	Σπουδές	N	Mean Rank
Κοινωνική Απόσταση	Απόφοιτος Λυκείου	25	63.94
	Απόφοιτος ΕΛ.ΑΣ.	105	82.07
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	17	61.12
	Msc	2	27.75
	PhD	1	14.50
	Total	150	

Test Statistics ^{a,b}	
	Κοινωνική Απόσταση
Chi-Square	10.448
Df	4
Asymp. Sig.	.034
a. Kruskal Wallis Test	
b. Grouping Variable: Σπουδές	

Πίνακας 56: Kruskal-Wallis test για συσχέτιση Κ.Α. και σπουδών

Τέλος, για να εξετάσουμε πιθανή συσχέτιση της κλίμακας κοινωνικής απόστασης και το νούμερο που εκφράζει πόσες φορές έχει συμμετάσχει ο ερωτώμενος σε διαδικασίες μεταγωγής ακούσιου εγκλεισμού, θα χρησιμοποιήσουμε το Spearman's Rho. Όπως δείχνει ο Πίνακας 56, $p = 0.741 > 0,05$, άρα μπορούμε να πούμε πως οι διαφορές που παρατηρούνται στο δείκτη κοινωνικής απόστασης ανάλογα με το πόσες φορές ο ερωτώμενος έχει συμμετάσχει σε διαδικασίες μεταγωγής ακούσιου εγκλεισμού, είναι στατιστικώς μη σημαντικές.

Correlations				
	E2	Κοινωνική Απόσταση		
Spearman's rho	E2	Correlation Coefficient	1.000	-.027
		Sig. (2-tailed)	.	.741
		N	150	150
	Κοινωνική Απόσταση	Correlation Coefficient	-.027	1.000
		Sig. (2-tailed)	.741	.
		N	150	150

Πίνακας 57: Spearman's Rho για συσχέτιση Κ.Α. και συμμετοχή σε διαδικασίες μεταγωγής ακούσιου εγκλεισμού

Εν κατακλείδι, καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι το μορφωτικό επίπεδο των αστυνομικών είναι ο μοναδικός παράγοντας από όλους όσους μελετήσαμε που φαίνεται να επηρεάζει τα αποτελέσματα στην Κλίμακα Κοινωνικής Απόστασης. Το γεγονός ότι το σώμα της Ελληνικής Αστυνομίας τελευταία απαρτίζεται από ολοένα και περισσότερα άτομα με ανώτατες σπουδές (π.χ το 13% του δείγματος της παρούσας έρευνας) σε σχέση με το παρελθόν, αποτελεί ένα ελπιδοφόρο μήνυμα για την μελλοντική μείωση του στίγματος που ακολουθεί την ψυχική νόσο. Έκπληξη ωστόσο αποτελεί το γεγονός ότι σε αντίθεση με τα αναφερόμενα στη βιβλιογραφία, η οικογενειακή κατάσταση όπως επίσης και το μέγεθος της διαπροσωπικής επαφής με ένα ασθενή (όπως προκύπτει στην παρούσα έρευνα από τον αριθμό των ακούσιων εγκλεισμών που έχουν συμμετάσχει) δεν φαίνονται να επηρεάζουν τις στάσεις των αστυνομικών.

Προτάσεις από την πλευρά των αστυνομικών

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, κρίνεται επιτακτική η εφαρμογή ουσιαστικών αλλαγών στο πεδίο, που στόχο θα έχουν την καλύτερη δυνατή προστασία όλων των εμπλεκομένων, την μείωση του στίγματος που συνοδεύει τα προβλήματα ψυχικής υγείας και την καταπολέμηση της εγκληματοποίησης των ψυχικών διαταραχών.

Οι περισσότεροι αστυνομικοί πιστεύουν ότι πρέπει να εισαχθούν αλλαγές στην διαχείριση τέτοιων περιστατικών, τονίζοντας ότι μία από αυτές αφορά σίγουρα την καλύτερη συνεργασία και διασύνδεση μεταξύ των εμπλεκομένων υπηρεσιών. Αρχικά, πρέπει να σταματήσει η Αστυνομία να αναλαμβάνει τη μεταφορά των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, καθώς αυτό δεν προβλέπεται από το νόμο και βάζει αυτά τα άτομα σε διαδικασίες που δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους. Η στελέχωση του ΕΚΑΒ με περισσότερο προσωπικό και αριθμό διαθέσιμων οχημάτων, θα αποτελούσε μια πρώτη λύση καθώς η αιτιολόγηση της άρνησης μεταφοράς ενός ψυχικά διαταραγμένου ατόμου από την εν λόγω υπηρεσία έπαφίεται κυρίως στην έλλειψη προσωπικού. Με την μεταφορά του ατόμου με ΕΚΑΒ και την διακριτική συνδρομή της αστυνομίας όταν αυτή κρίνεται αναγκαία, όπως επιτάσσει ο νόμος, θα μειωθούν σημαντικά οι στιγματιστικές αντιλήψεις της κοινωνίας που ακολουθούν χρόνια την ψυχική ασθένεια και συνδέουν τον ψυχικά ασθενή με ένα άτομο επικίνδυνο.

Για πολλούς αστυνομικούς όπως προκύπτει από την έρευνα, είναι πρόβλημα το γεγονός ότι δεν υπάρχει μία εξειδικευμένη υπηρεσία στην Αστυνομία, που να μπορεί υπεύθυνα και σταθερά να επιλαμβάνεται τέτοιου είδους περιστατικά. Αυτός είναι από τους σημαντικότερους περιορισμούς, καθώς πολλές φορές λόγω αυτής της έλλειψης ταλαιπωρούνται από υπηρεσία σε υπηρεσία άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας, με το συνηθέστερο να είναι η πολύωρη παραμονή τους στα αστυνομικά τμήματα, η ακινητοποίησή τους και η μεταφορά τους με περιπολικό στα αντίστοιχα ιδρύματα. Παράλληλα, ο φόρτος εργασίας και ο περιορισμένος χρόνος που μπορεί ο αστυνομικός να αφιερώσει στην αντιμετώπιση ενός τέτοιου περιστατικού ωθεί τον αστυνομικό να εφαρμόζει την κάθε διαδικασία με τον τρόπο που έχει μάθει για το γενικό πληθυσμό, χωρίς να λαμβάνει υπόψη του την ιδιαιτερότητα της περίπτωσης. Η τοποθέτηση στα αστυνομικά τμήματα ειδικών ψυχικής υγείας που θα επιλαμβάνονται περιστατικά ψυχικής ασθένειας θα έλυσε πολλά από τα παραπάνω προβλήματα, δεδομένου ότι ο χρόνος που καταναλώνει το προσωπικό της ΕΛΑΣ είναι δυσανάλογα μεγαλύτερος των ικανοτήτων τους. Ταυτόχρονα, η δημιουργία μίας ομάδας αστυνομικών ειδικά εκπαιδευμένης από επιστήμονες ψυχικής υγείας και αποτελούμενης από αστυνομικούς που επιδεικνύουν ενδιαφέρον στην εμπλοκή τους σε αυτού του είδους τα περιστατικά, φαίνεται ως μία ελπιδοφόρα κίνηση, η οποία όπως δείχνει και η σχετική βιβλιογραφία, βελτιώνει σημαντικά την εικόνα του πεδίου για όλους τους εμπλεκομένους.

Ένα από τα συχνότερα εμφανιζόμενα στην ανάλυση προβλήματα που συναντούν οι αστυνομικοί, είναι η έλλειψη της σχετικής εκπαίδευσης και για τις ψυχικές διαταραχές αλλά και για τους τρόπους διαχείρισης αυτού του είδους των περιστατικών. Η αναποτελεσματικότητα των αστυνομικών συνδέεται με την έλλειψη της επιστημονικότητας και της εγκυρότητας των τρόπων, που χρησιμοποιούν για τη διαχείριση αυτών των περιστατικών. Πιο συγκεκριμένα, από τη στιγμή που οι αστυνομικοί δεν γνωρίζουν επιστημονικώς ορθές πληροφορίες για τις ψυχικές ασθένειες και δεν έχουν λάβει σχετική με

αυτές εκπαίδευση ή με τη διαχείριση αυτών των περιστατικών, δεν μπορεί κανείς να ισχυριστεί ότι είναι αποτελεσματικοί. Η επικέντρωση λοιπόν μεταφέρεται στην εκπαίδευση των αστυνομικών σχετικά με περιστατικά στα οποία εμπλέκονται άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Αντίστοιχα επιτυχημένα προγράμματα εκπαίδευσης που εφαρμόζονται σε άλλες χώρες του εξωτερικού έχουν περιεχόμενο, το οποίο περιλαμβάνει μία σειρά από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, όπως α) Σημάδια και συμπτώματα ψυχικών διαταραχών που συνδέονται με τη συμπεριφορά και τις συναισθηματικές αντιδράσεις των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας και ενδείξεις για την ύπαρξη προβλημάτων εθισμού και αξιολόγησης του κινδύνου αυτοκτονικών τάσεων, β) Τεχνικές αποκλιμάκωσης της συμπεριφοράς των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, γ) Εφαρμογές της νομοθεσίας σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές και δ) Άμεση πρόσβαση σε υπηρεσίες που ανταποκρίνονται στις ανάγκες αυτών των ατόμων [111]. Επίσης, η σχετική βιβλιογραφία προτείνει πως, προκειμένου να υπάρχει μία σταθερή αποτελεσματικότητα στην εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων, θα πρέπει τουλάχιστον ένας στους τέσσερις αστυνομικούς να περάσει μία τέτοιου είδους εκπαίδευση [112]. Επιπρόσθετα, ο Keram (2005) τονίζει πως ένα σημαντικό στοιχείο στην εισαγωγή ενός επιτυχημένου σχετικού εκπαιδευτικού προγράμματος για τους αστυνομικούς είναι η διάρκεια που αυτό έχει. Πιο συγκεκριμένα, η διάρκεια ενός τέτοιου προγράμματος δεν πρέπει να είναι πολύ σύντομη και ταυτόχρονα όχι πολύ μεγάλη, αλλά τέτοια ώστε να καλύπτει όλα εκείνα τα απαραίτητα χαρακτηριστικά ενός επιτυχημένου εκπαιδευτικού εγχειρήματος. Επίσης, θα πρέπει το εκπαιδευτικό πρόγραμμα να διαφοροποιείται για τους αστυνομικούς που εργάζονται σε πολυσύχναστα και μεγάλα αστικά κέντρα και αστυνομικά τμήματα [113]. Στόχος του εκπαιδευτικού προγράμματος είναι η δημιουργία και ενίσχυση ενός δικτύου διασύνδεσης και συνεργασίας των υπηρεσιών, το οποίο να μπορούν να χρησιμοποιούν άμεσα και αποτελεσματικά οι αστυνομικοί. Γενικότερα, όλοι οι αστυνομικοί πρέπει να ευαισθητοποιηθούν περισσότερο με τα θέματα ψυχικής υγείας και να βελτιώσουν την επαφή τους με άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, μέσα από περισσότερη και εξειδικευμένη ενημέρωση για τα προβλήματα ψυχικής υγείας. Από τη στιγμή που το επάγγελμα του αστυνομικού προβλέπει την επαφή με άλλους ανθρώπους, θα έπρεπε οι αστυνομικοί γενικά να εκπαιδευτούν σε μία σειρά από θέματα ψυχολογίας, αλλά και ανθρώπινης συμπεριφοράς γενικότερα.

Μεγάλη μερίδα των συμμετέχοντων αστυνομικών, πιστεύει ότι η μόνη αλλαγή που πρέπει να εισαχθεί για την διαχείριση περιστατικών στα οποία εμπλέκονται άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας είναι να μην ασχολείται καθόλου η Αστυνομία με αυτά τα περιστατικά. Οι συγκεκριμένοι συμμετέχοντες επιμένουν πως αυτά τα περιστατικά πρέπει να τα αναλαμβάνει το ΕΚΑΒ και άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Προς αυτή την κατεύθυνση άλλωστε έχει συνταχθεί και η Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία. Η Ε.Ψ.Ε, πιστεύει ότι η συντελεσθείσα ανάπτυξη των υγειονομικών υπηρεσιών της χώρας επιτρέπει την εμπλοκή αυτών ακριβώς των υπηρεσιών στις διαδικασίες μεταφοράς, γεγονός που όχι μόνο θα ήταν απολύτως σύμφωνο με το πνεύμα του νόμου αλλά και συμβατό με το θεραπευτικό συμφέρον του ασθενή. Τέτοιες υπηρεσίες θα μπορούσαν να παράσχουν το Ε.Κ.Α.Β. (και μάλιστα με ειδικευμένους ψυχιατρικούς νοσηλευτές), τα κέντρα υγείας διαθέτοντας τα ασθενοφόρα τους, οι ίδιες οι δημόσιες μονάδες ψυχικής υγείας οργανώνοντας ειδική υπηρεσία για την εξέταση του ασθενή κατ'οίκων και τη μεταφορά του αν κριθεί αναγκαία, οι ίδιες οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές οργανώνοντας με ίδια μέσα την μεταφορά. Αν όλες αυτές οι υπηρεσίες οργανωθούν η παρέμβαση της αστυνομίας θα μπορούσε συν τω χρόνω να συρρικνωθεί, να περιοριστεί στην αρχή μόνο στις περιπτώσεις που ο ασθενής προβαίνει ήδη σε πράξεις βίας ή καταστροφής και τελικά να εκλείψει τελείως. Άλλωστε, η αστυνομία

ασχολείται με πάρα πολλά διαφορετικά πεδία και η σημαντικότερη αλλαγή θα ήταν να αρχίσει σταδιακά να αποδεσμεύεται από κάποιες αρμοδιότητες.

Από κάποιους αστυνομικούς, επίσης τονίστηκε και ο ρόλος που στην πρώτη προσέγγιση μπορούν να διαδραματίσουν τα οικεία προς το άτομο αυτό πρόσωπα, όπως μπορεί να είναι ένας συγγενής ή κάποιος από το φιλικό περιβάλλον. Η παρουσία ενός τέτοιου προσώπου θεωρείται από τους αστυνομικούς πως μπορεί να λειτουργήσει θετικά, καθώς μειώνει τις άμυνες του ατόμου με προβλήματα ψυχικής υγείας απέναντι στους αστυνομικούς, που του είναι άγνωστοι. Ταυτόχρονα, είναι μικρότερες οι πιθανότητες για αυτά τα άτομα να προβούν σε ακραίες αντιδράσεις και συμπεριφορές, όταν μπροστά τους βρίσκονται άλλα άτομα του στενού περιβάλλοντός του.

Κλείνοντας, η μέριμνα από την πλευρά της πολιτείας, για την δημιουργία κατάλληλων χώρων προστατευτικής φύλαξης πιστεύεται από μεγάλη μερίδα του αστυνομικού δυναμικού ότι θα διευκόλυνε σημαντικά το έργο τους. Μην ξεχνάμε άλλωστε ότι η παραμονή ενός ψυχικά διαταραγμένου ατόμου στα αστυνομικά τμήματα μπορεί να είναι πολύωρη. Η διάθεση τέτοιων χώρων, θα εξασφάλιζε σαφώς καλύτερες συνθήκες φύλαξης με σεβασμό στην αξιοπρέπεια και την προσωπικότητα του πάσχοντα και ταυτόχρονα λιγότερο άγχος στους εμπλεκόμενους αστυνομικούς.

Περιορισμοί της παρούσας έρευνας

Σχετικά με τους περιορισμούς της παρούσας έρευνας, κυρίως αυτοί αφορούν τη γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων, τα οποία προέκυψαν στη βάση των απαντήσεων που δόθηκαν από αστυνομικούς, οι οποίοι υπηρετούν σε αστυνομικά τμήματα της πόλης των Αθηνών και του Πειραιά. Έτσι, μπορεί να έχουν παραβλεφθεί παράγοντες που συνδέονται με τον τόπο άσκησης της αστυνομικής πρακτικής σε αυτού του είδους τα περιστατικά και άλλες αντίστοιχες παραμέτρους που συνδέονται με το μικρο-κοινωνικό και μακρο-κοινωνικό πλαίσιο. Μελλοντικά, λοιπόν, θα μπορούσαν άλλες έρευνες να συμπεριλάβουν μεγαλύτερο δείγμα αστυνομικών, οι οποίοι υπηρετούν σε διάφορες περιοχές της Ελλάδας, ώστε να υπάρχει μία περισσότερο ολοκληρωμένη εικόνα.

Τελικά συμπεράσματα

Η παρούσα διπλωματική είχε ως στόχο τη διερεύνηση της εμπλοκής των Ελλήνων αστυνομικών στην ακούσια νοσηλεία, των απόψεων τους σχετικά με άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας και των προβλημάτων που ανακύπτουν στην καθημερινή πρακτική τους.

Όπως προέκυψε στη διαδικασία του ακούσιου εγκλεισμού ενός ψυχικά ασθενή, ο ρόλος της Αστυνομίας είναι διεκπαιρευτικός και όχι υποστηρικτικός όπως ρητά ορίζει η νομοθεσία. Η παρέμβαση της Αστυνομίας επεβλήθη εξ ανάγκης λόγω έλλειψης συνεργασίας μεταξύ των διαθέσιμων υπηρεσιών. Η μεταφορά του ασθενή από περιπολικά στο μεγαλύτερο ποσοστό (79,3%), η πολύωρη απασχόληση του αστυνομικού δυναμικού έως ότου ολοκληρωθεί η διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας, η έλλειψη ενημέρωσης και κατάλληλης εκπαίδευσης των αστυνομικών σε θέματα που άπτονται της ψυχικής υγείας είναι κάποιες από τις σημαντικότερες δυσλειτουργίες που διαπιστώνονται. Δυσλειτουργίες που οδηγούν μεταξύ άλλων και στην έντονη δυσaráεσκεια των αστυνομικών .

Μελετώντας τις στάσεις και τις αντιλήψεις των Ελλήνων αστυνομικών σχετικά με τα προβλήματα ψυχικής υγείας, διαπιστώθηκε ότι οι στάσεις των αστυνομικών, δεν διαφέρουν από αυτές του γενικού πληθυσμού. Η ετικέτα του επικίνδυνου και του απρόβλεπτου στις αντιδράσεις, που ακολουθούν διαχρονικά έναν ψυχικά ασθενή, συνεχίζει να διαιωνίζεται και μέσα στους κόλπους της Ελληνικής Αστυνομίας. Ωστόσο είναι πολύ ενθαρυντικό το γεγονός ότι οι Έλληνες αστυνομικοί στην πλειοψηφία τους διαθέτουν και ευνοϊκές στάσεις απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, τους οποίους τείνουν να αντιμετωπίζουν με συμπόνοια (78,7%), ως άτομα που χρειάζονται βοήθεια και όχι ως απρόσωπα αντικείμενα σωφρονισμού. Οι στάσεις των αστυνομικών απέναντι σε ασθενείς με ψυχική ασθένεια, σχιζοφρένεια, όπως προέκυψε με εξαίρεση τις κοινωνικές επαφές υψηλής εγγύτητας, είναι σαφώς βελτιωμένες.

Εν κατακλείδι, όπως προκύπτει από την παρούσα έρευνα πρέπει να γίνουν πολλές αλλαγές όσον αφορά το πεδίο της εμπλοκής της αστυνομίας στην διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας. Αλλαγές που θα συμβάλλουν στην βελτίωση της αποτελεσματικότητας της ΕΛ.ΑΣ στον συγκεκριμένο τομέα, στην αλλαγή των στάσεων και αντιλήψεων των αστυνομικών απέναντι στα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής ασθένειας και κατά συνέπεια στην μείωση του στίγματος που ακολουθεί διαχρονικά την ψυχική ασθένεια.

Βιβλιογραφία

1. Μια ιστορία ψυχιατρικής νοσηλείας (2009). <https://psi-action.blogspot.com> [Προσπελάστηκε 12/4/09]
2. Falk, G. (2001). Stigma: How we treat outsiders. Amherst, New York: Prometheus Books
3. Goffman, E. (1963). Stigma. London: Penguin.
4. Dovidio, J. F., Major, B. & Crocker, J. (2000). Stigma: introduction and overview. In *The Social Psychology of Stigma* (Eds. T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, et al.), pp. 1-30. New York: Guilford Press.
5. Schur, E.M. (1971). *Labeling Deviant Behavior: Its Sociological Implications*. New York: Harper & Row, Publishers
6. Jones E.E., Farina A., Hastorf A.H., Markus H., Miller D.T., & Scott R.A. (1984). *Social Stigma: The Psychology of Marked Relationships*. New York: Freeman.
7. Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology Science and Practice*, 9, 35.
8. Corrigan, P.W., Watson, A.C., Heyrman, M., Warpinski, A., Gracia, G., Slopen, N., & Hall, L.L. (2005). Structural stigma in state legislation. *Psychiatric Services*, 56, 557-563.
9. Phelan, J. C., Bromet, E. J., & Link, B. G. (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 115–126. PMID:9502550
10. Persaud, R. (2000). Psychiatrists suffer from stigma too. *Psychiatric Bulletin*, 24, 284- 285. PMID:9536150
11. Smith, M. (2002). Stigma. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 317-325
12. Schur, E. M. (1984). *Labeling Women Deviant: Gender, Stigma, and Social Control*. New York: McGraw-Hill
13. Link, B.G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, A., & Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52, 1621-1626
14. Οικονόμου, Μ.Γερουλάνου, Κ. Λούκη, Ε. Χαρίστη, Μ. Χόνδρος, Δ. Θεοδωράκης, Π.(2011). Στίγμα και σύγχρονες κοινωνίες: Στάσεις κατοίκων του Δήμου Αθηναίων απέναντι σε κοινωνικά ευάλωτες ομάδες. Άτη 3, σελ.12-20

15. Perlick, D.A., Rosenheck, R.A., Clarkin, J.F., Sirey, J.A., Salahi, J., Struening, E.L., & Link, B.G. (2001). Stigma as a barrier to recovery: Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric Services*, 52 (12), 1627-1632.
16. Sirey, J.A., Bruce, M.L., Alexopoulos, G.S., Perlick, D.A., Friedman, S.J., & Meyers, B. S. (2001). Stigma as a barrier to recovery: Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Services*, 52(12), 1615- 1620.
17. Watson, A.C., Corrigan, P.W., & Ottati, V. (2004). Police officer attitudes and decisions regarding people with mental illness. *Psychiatric Services*, 55, 49-53
18. Lamb, H., & Weinberger, L.E. (1998). People with severe mental illness in jails and prisons: A review. *Psychiatric Services*, 49, 483-492.
19. Teplin, L.A. (1984). Criminalizing mental disorder: The comparative arrest rate of the mentally ill. *American Psychologist*, 39, 794-803
20. Economou, M., Gramandani, C., Richardson, C., & Stefanis, C. (2005). Public attitudes towards people with schizophrenia in Greece. *World Psychiatry*, 4(1),40- 44
21. Madianos M., Economou M., Hatjiandreu M. et al. (1999). Changes in public attitudes towards mental illness in the Athens area (1978/1980-1994). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 73-78.
22. Gaebel, W., Baumann, A., Witte, A. M., & Zaeske, H. (2002). Public attitudes towards people with mental illness in six German cities. Results of a public survey under special consideration of schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252 (6), 278-287.
23. Stuart, H. & Arboleda-Florez, J. (2001). Community attitudes toward people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 245-252.
24. Hill, J. (2005). Attitudes towards mental disorders among college students. *Journal of Undergraduate Research*, 8, 1-8
25. Duckworth, K., Halpern, J.H., Schutt, R.K., & Gillespie, C. (2003). Use of schizophrenia as a metaphor in U.S.. Newspapers *Psychiatric Services*, 54, 1402– 1404
26. Phelan, J. C., Link, B. G., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (2000). Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 188-207

27. Socall, D.W., & Holtgraves, T. (1992). Attitudes toward the mentally ill: The effects of labels and beliefs. *The Sociology Quarterly*, 33, 435-445
28. Τρίκκας ,Γ. (2000). *Ψυχιατρική, Βήτα Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα.*
29. Κοκκινάκος, Γ. (2007). «Πρωτόκολλο καθηλώσεων» και θεραπεία στην Ψυχιατρική. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 98α, 5-8.
30. Πλουμπίδης, Δ.Ν. (1995). *Ιστορία της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα. Εξάντας: Αθήνα.*
31. Παρασκευόπουλος Ν. & Κοσμάτος Κ. (1997). Ο αναγκαστικός εγκλεισμός του ψυχικά ασθενή σε Ψυχιατρείο. Νομοθετική ρύθμιση, πρακτική εφαρμογή. Εκδόσεις Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη-Αθήνα
32. Stylianidis S, Peppou LE, Drakonakis N, et al (2007). Mental health care in Athens: are compulsory admissions in Greece a one-way road? *Int J Law Psychiatry* 2017; 52: 28–34.
33. Λειβαδίτης , Μ. (1994). *Ψυχιατρική και Δίκαιο, Παπαζήσης, Αθήνα.*
34. Σκαράγκας, Δ.(2002). *Εκκληματίας Ψυχασθενής: Ένας Επικίνδυνος Μύθος, Ιανός Θεσσαλονίκη.*
35. Μανωλεδάκης, Ι.(1992). *Ποινικό Δίκαιο ,Επιτομή Γενικού μέρους, Σάκκουλας, Θεσσαλονίκη.*
36. Μανωλεδάκης, Ι.(1986).*Ιδεολογικοί προσανατολισμοί του Ελληνικού Ποινικού Δικαίου κατά την ιστορική του εξέλιξη , Σάκκουλας Αθήνα–Κομοτηνή.*
37. Αμπατζόγλου,Γ.(1990).*Επικινδυνότητα και Κοινωνική Ψυχιατρική , Παπαζήσης, Αθήνα.*
38. Νόμος ΨΝΒ, *Περί Συστάσεως Φρενοκομείων, Εφημερίς της Κυβερνήσεως Του Βασιλείου της Ελλάδος, αριθ.28, Αθήνα, 19 Μαΐου 1862*
39. Δουζένης, Α. Λύκουρας, Λ.(2014). *Ηθική και Δεοντολογία στην Ψυχική Υγεία, Αθήνα.*
40. Κυριακάκης, Β. Πανούσης, Γ.(1988). *Νομική και Εγκληματολογική Προσέγγιση της Επικινδυνότητας, Αθήνα.*
41. Κοσμάτος, Κ.(2002). *Η Ακούσια Νοσηλεία σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας , Εγκληματο-λογικά,Σάκκουλα,Αθήνα-Κομοτηνή.*
42. Γιαννόπουλος, Ε.(2001). *Εκούσια Δικαιοδοσία (1^{ος} τόμος), Νομική Βιβλιοθήκη.*

43. Παπαρρηγοπούλου, Π. Φυτράκης, Ε.(2004). Ακούσια Εξέταση και Νοσηλεία σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο.
44. Νόμος υπ' αριθ.2761/1999,ΦΕΚ Α 996/17-5-99). Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις.
45. Salize, H. J. & Dressing, H. (2004). Epidimiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union, *British Journal of Psychiatry*, 184, 163-168.
46. Kallert, T. W., Rymaszewska, J. & Torres-Gonzalez, F. (2007). Differences of legal regulations concerning involuntary psychiatric hospitalization in twelve European countries: Implications for clinical practice, *International Journal of Forensic Mental Health*, 6:2, 197-207f
47. Μανιτάκη, Α.(1997) Τα δικαιώματα του ψυχασθενούς. Δικαιώματα ενός προσώπου στην ελευθερία ή δικαιώματα ενός ασθενούς στην υγεία.Τετράδια Ψυχιατρικής , τεύχος 60.
48. Μπαζίκας, Β. Βαρτζόπουλος, Δ. Τούσινα, Α. Καραβάτος, Α. Καπρίνης, Γ.(1999) Ακούσια νοσηλεία. Επικινδυνότητα ή/και ανάγκη νοσηλείας. Εγκέφαλος.
49. Αυταπάγγελτη έρευνα του Συνήγορου του Πολίτη για την Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών, Ν3094/2003
50. Προεδρικό Διάταγμα 141/1991. «Αρμοδιότητες οργάνων και υπηρεσιακές ενέργειες του προσωπικού του Υπουργείου Δημόσιας Τάξης και θέματα οργάνωσης Υπηρεσιών».
51. Γρηγοριάδου,Ε. Αμπατζή,Ε. Γεωργάκα,Ε.(2012). Ακούσια εισαγωγή σε ψυχιατρική μονάδα: Από το πνεύμα του νόμου στη πραγματικότητα της εφαρμογής του.Ψυχολογία,19, 80-102
52. Φουντεδάκη, Π. (2006). Τα ελληνικά πανεπιστήμια στον ευρωπαϊκό χώρο ανώτατης εκπαίδευσης. Η πορεία Μπολόνια-Μπέργκεν', *Δικαιώματα του Ανθρώπου*, VIII, 31:921- 947.
53. Fox, R. Cl., & Erickson, P. G. (1972). *Apparently suffering from mental disorder*. Toronto, Canada: University of Toronto Centre of Criminology.
54. California Welfare and Institutional Code 5150 (West 1980)
55. Bittner, E. (1967). Police discretion in emergency apprehension of mentally ill persons. *Social Problems*, 14, 278-292
56. Kelly, M. (1992). Training the Police to Handle Suicide. In *Preventing youth suicide: proceedings of a conference held 24-26 July 1990* (No. 13, p. 205).

57. Cobb, C. W. (1972). Community mental health services and the lower socioeconomic classes. *American Journal of Orthopsychiatry*, 43,404-414.
58. Commander MJ, Cochrane R, Sashidharan SP, Akilu F, Wildsmith E.(1999) Mental health care for Asian, black and white patients with non-affective psychoses: pathways to the psychiatric hospital, in-patient and after-care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34:484–491.
59. Douzenis, A., Michopoulos, I., Economou, M., Rizos, E., Christodoulou, C., & Lykouras, L (2010). Involuntary admission in Greece: A prospective national study of police involvement and client characteristics affecting emergency assessment. *International Journal of Social Psychiatry*.
60. Bittner E.(1967) Police discretion in emergency apprehension of mentally ill persons. *Social Problems* 14:278-292.
61. Οικονόμου, Μ., Χαρίτση, Μ., Πέππου, Λ (2011). Ακούσια νοσηλεία: Η έκφραση του στίγματος στις στάσεις των αστυνομικών. Άτη 2,σελ.10-17
62. Deane, M.W., Steadman, H.J., Borum, R., Veysey, B.M., & Morrissey, J.P. (1999). Emerging partnerships between mental health and law enforcement. *Psychiatric Services*, 50, 99–101.
63. Mary L. Durham, Ph.D. Harold D. Carr, J.D. Glenn L. Pierce.(1984). Police Involvement and Influence in Involuntary Civil Commitment
64. Lamb, H., Weinberger, L.E., & DeCuir, W.J. (2002). The police and mental health. *Psychiatric Services*, 10, 1266–1271
65. Smyth, M. (2006). Deinstitutionalization deemed a failure. *The Province*
66. Hiday, V.A., Swartz, M.S., Swanson, J.W., Borum, R., & Wagner, H.R. (1999). Criminal victimization of persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 50, 62–68
67. Brink, J., Livingston, J., Desmarais, S., Greaves, C., Maxwell, V., & Michalak, E. et al. (2011). A study of how people with mental illness perceive and interact with the police. Calgary, Alberta: Mental Health Commission of Canada.
68. Teplin, L.A. (2000). Keeping the Peace - The Parameters of Police Discretion in Relation to the Mentally Disordered. *National Institute of Justice Journal*, 244, 8-15
69. Watson AC, Angell B, Morabito MS, et al.(2008) Defying negative expectations: dimensions of fair and respectful treatment by police officers as perceived by people with mental illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 35:449–457.

70. Marley, J.A., & Buila, S. (2001). Crimes against people with mental illness: Types, perpetrators and influencing factors. *Social Work*, 46, 115–124
71. Rumbaut, R. Cl., & Bittner, E. (1979). Changing conceptions of the police role. In N. Morris & M. Tonry (Eds.), *Crime and justice: An annual review of research* (Vol. 1) (pp. 239-288). Chicago, IL: University of Chicago Press.
72. Monahan, J., & Monahan, B. (1986). Police and the mentally disordered. In J. Yuille (Ed.), *Police Selection and Training* (pp. 175-186). The Hague, The Netherlands: Martinus Nijhoff.
73. Godfredson JW, Thomas SDM, Ogloff JRP, et al. (2011) Police perceptions of their encounters with individuals experiencing mental illness: a Victorian survey. *Australian and New Zealand Journal of Criminology* 44:180–195.
74. Charette Y, Crocker AG, Billette I.(2014) Police encounters involving citizens with mental illness: use of resources and outcomes. *Psychiatric Services* 65:511–516.
75. House of Commons Home Affairs Committee. *Policing and mental health: Eleventh Report of Session 2014–15*. London: The Stationery Office Limited, 2015
76. Cordner G. (2006). *People with mental illness. Problems-Specific Guides Series*. 2006. Office of Community Oriented Policing Series, U.S. Department of Justice
77. Cotton, D. (2004). The attitudes of Canadian police officers toward the mentally ill. *International Journal of Law and Mental Health*, 27, 135-146.
78. Linda A. Teplin and Nancy S. Pruett. (1992). Police as Streetcorner Psychiatrist: Managing the Mentally Ill, *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 15. pp. 139-156.
79. McLean, N., & Marshall, L. (2010). A front line police perspective of mental health issues and services. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 20, 62-71.
80. Fry, A.J., O' Riordan D.P., & Geanelos, R. (2002). Social control agents or frontline carers for people with mental health problems: police and mental health services in Sydney, Australia. *Health Social Care and Community*, 10(4), 277-286
81. Douzenis, A., Michopoulos, I., Economou, M., Rizos, E., Christodoulou, C., & Lykouras, L (2010). Involuntary admission in Greece: A prospective national study of police involvement and client characteristics affecting emergency assessment. *International Journal of Social Psychiatry*.

82. Psarra, V., Sestrini, M., Santa, Z., Petsas, D., Gerontas, A., Garnetas, C., & Kontis, K. (2008). Greek police officers' attitudes towards the mentally ill. *International Journal of Law & Psychiatry*, 31, 77–85.
83. Dupont, R., & Cochran, S. (2000). Police response to mental health emergencies: Barriers to change. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 28, 338–344
84. Pollack DA.(2004) Moving from coercion to collaboration in mental health services. Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
85. Compton M, Bahora M, Watson A, Oliva L.(2008). A comprehensive review of extant research on Crisis Intervention Team (CIT) programs. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2008;36(1):47-55.
86. Compton MT, Esterberg ML, McGee R, Kotwicki RJ, Oliva JR.(2006). Brief reports: crisis intervention team training: changes in knowledge, attitudes, and stigma related to schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2006;57: 1199-202
87. Bureau of Justice Assistance. Law Enforcement/Mental Health Partnership Program
88. Dupont, R., & Cochran, S. (2000). Police response to mental health emergencies: Barriers to change. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 28, 338–344
89. Skeem, J., & Bibeau, L. (2008). How does violence potential relate to Crisis Intervention Team responses to emergencies? *Psychiatric Services*, 59, 201–204.
90. Morabito, M. S., Kerr, A. N., Watson, A. C., Draine, J., & Angell, B. (in press). Crisis intervention teams and people with mental illness: Exploring the factors that influence the use of force. *Crime & Delinquency*
91. Hanafi, S., Bahora, M., Demir, B. N., & Compton, M. T. (2008). Incorporating Crisis Intervention Team (CIT) knowledge and skills into the daily work of police officers: A focus group study. *Community Mental Health Journal*, 44, 427–432.
92. Kimhi, R., Barak, Y., Gutman, J., Melamed, Y., Zohar, M., & Barak, I. (1998). Police attitudes toward mental illness and psychiatric patients in Israel. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 26(4), 625 – 630
93. Bolton, M. J. (2000). The influence of individual characteristics of police officers and police organizations on perceptions of persons with mental illness. Unpublished doctoral dissertation, Virginia Commonwealth University, Richmond.

94. Watson, A.C., Corrigan, P.W., & Ottati, V. (2004). Police officer attitudes and decisions regarding people with mental illness. *Psychiatric Services*, 55, 49-53.
95. McLean, N., & Marshall, L. (2010). A front line police perspective of mental health issues and services. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 20, 62-71.
96. Bolton MJ.(2000)The influence of individual characteristics of police officers and police organizations on perceptions of persons with mental illness. Virginia Commonwealth University, unpublished dissertation.
97. Amy C. Watson, Ph.D., Patrick W. Corrigan, Psy. D., Victor Ottati Ph.D. (2004) Police officers' Attitudes Toward and Decisions About Persons with Mental illness. *PSYCHIATRIC SERVICES* <http://ps.psychiatryonline.org> January 2004 Vol. 55 No. 1
98. Psarra, V., Sestrini, M., Santa, Z., Petsas, D., Gerontas, A., Garnetas, C., & Kontis, K. (2008). Greek police officers' attitudes towards the mentally ill. *International Journal of Law & Psychiatry*, 31, 77–85.
99. Lurigio, A. J., & Swartz, J. A. (2000). Criminal justice 2000: Changing the contours of the criminal justice system to meet the needs of persons with serious mental illness. In J. Horney, J. Martin, D. L. MacKenzie, R. Peterson, & D. P. Rosenbaum (Eds.), *Policies, processes, and decisions of the criminal justice system* (pp. 45–108). Washington, DC: National Institute of Justice.
100. Wilson-Bates, F. (2008). *Lost in Transition*. Vancouver Police Department.
101. Schulenberg, J.L. (2016). *The dynamics of criminological research*. Don Mills ON: Oxford University
102. Kimhi, R., Zohar, M., Barak, Y., & Barak, I. (1996). Police referrals to an urban psychiatric emergency room in Israel. *Journal of Forensic Psychiatry*, 7(3), 641- 646.
103. Parent, R. (2004). 'Aspects of police use of deadly force in North America: The phenomenon of victim-precipitated homicide'. Doctoral Dissertation, Burnaby, BC. Simon Fraser University.
103. Watson AC, Corrigan PW, Ottati V (2004b). Police officers' attitudes toward and decisions about persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 55, 49-53.
104. Οικονόμου, Μ., Πέππου, Ε., Λουκή, Ε., Χαρίτση, Μ., Στεφανής, Κ.(2010). Κλίμακα Κοινωνικής Απόστασης.Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ), Αθήνα *Ψυχιατρική* 2010, 21:217–225

105. Madianos, M., Economou, M., Hatjiandreou, M., Papageorgiou, A., Rogakou, E.(1979/1980-1994) Changes in public attitudes towards mental illness in the Athens area
106. Angermeyer MC, Dietrich S.(2006) Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand* 2006, 113:163–179
107. Kadiri N.(2000) Schizophrenia and stigma:a transcultural perspective. In: Okasha A, Stefanis CN (eds) *Perspectives on the Stigma of Mental Illness*. World Psychiatric Association, 200
108. Gaebel W, Zask H, Baumann AE.(2006) The relationship between mental illness severity and stigma. *Acta Psychiatr Scand* 2006, 429(Suppl 1):S41–S45
109. Economou M, Stefanis NC, Papadimitriou GN.(2009) Schizophrenia and stigma: Old problems, new challenges. In: Kasper S, Papadimitriou GN (eds) *Schizophrenia: Biopsychosocial Approaches and Current Challenges*. Informa Healthcare,London, 2009:299– 309
110. Coleman, T.G. & D.H. Cotton (2010). *Police Interactions with Persons with a Mental Illness [PMI]: Police Learning in the Environment of Contemporary Policing*. Ottawa: Mental Health Commission of Canada
111. Thompson, L., & Borum, R. (2006). Crisis Intervention Teams (CIT): Considerations for knowledge transfer. *Law Enforcement Executive Forum*, 6(3), 25–36.
112. Keram, E.A. (2005). Commentary: A Multidisciplinary Approach to Developing Mental Health Training for Law Enforcement. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 33,47–49.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Το ερευνητικό πρωτόκολλο

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΜΣ ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ**



ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

“ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ: Η ΕΜΠΛΟΚΗ ΚΑΙ Η ΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ”

A. Στόχοι της έρευνας

Σκοπός της έρευνας αυτής είναι η διερεύνηση και μελέτη των προβλημάτων που ανακύπτουν κατά την εφαρμογή των άρθρων 95-100 του Ν. 2071/1992 (“Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας”) που αφορούν τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας ψυχικά ασθενών.

Θα δοθεί έμφαση στη μελέτη και διερεύνηση της επιβαλλόμενης εμπλοκής της αστυνομίας στην διαδικασία της μεταφοράς του ασθενούς για ακούσιο εγκλεισμό, το κατά πόσον εφαρμόζονται τα οριζόμενα από τη νομοθεσία και η γενικότερη στάση των αστυνομικών απέναντι στους ψυχικά ασθενείς. Στόχος είναι να διαφανεί η αναγκαιότητα της απεμπλοκής της αστυνομίας από την όλη διαδικασία ο ρόλος της οποίας θα πρέπει να είναι υποστηρηκτικός και όχι διεκπεραιωτικός.

Αφορμή για την εκπόνηση αυτής της έρευνας ήταν οι πρόσφατες συζητήσεις βουλευτών και ειδικών ψυχικής υγείας, ότι είναι συστηματικές οι παραβιάσεις των θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων στην ακούσια νοσηλεία των ψυχικά ασθενών, κατεδεικνύοντας την ανάγκη επανεξέτασης του " μελανού " σημείου που αποτελεί το γεγονός ότι η μεταφορά αλλά και όλη η διαδικασία της εξέτασης για ακούσια νοσηλεία δεν ακολουθεί τις επιταγές των άρθρων 95 - 100 του Ν. 2071/ 1992 ως προβλέπεται. Αντ’ αυτού στην πράξη διενεργείται με περιπολικά οχήματα, και κάποιες φορές ακόμη και με χειροπέδες, σε συνθήκες φύλαξης που προσομοιάζουν σε μεταφορά κρατουμένου και όχι ασθενούς. Από την μεριά τους δεν είναι λίγοι οι ψυχικά πάσχοντες που θεωρούν μια τέτοια κίνηση στιγματιστική γι’ αυτούς και την οικογένειά τους.

B. Μεθοδολογία

Για τη συλλογή του προς έρευνα υλικού θα δοθούν δύο ερωτηματολόγια σε αστυνομικά τμήματα στο κέντρο της Αθήνας , στα βόρεια προάστια και στην περιοχή του Πειραιά. Μέσω του πρώτου ερωτηματολόγιου θα διαπιστωθούν τυχόν διαφορές στα ποσοστά των εγκλεισμών ανα περιοχή και θα μελετηθεί τι ορίζει η νομοθεσία και τι ισχύει στην ελληνική πραγματικότητα όσον αφορά την εμπλοκή της ελληνικής αστυνομίας στην διαδικασία του ακούσιου εγκλεισμού. Στο δεύτερο ερωτηματολόγιο, της κλίμακας κοινωνικής απόστασης ,που αποτελεί τον πιο διαδεδομένο δείκτη καταγραφής των κοινωνικών στάσεων απέναντι στην ψυχική ασθένεια θα αποτυπωθεί η επιθυμία διατήρησης απόστασης από ασθενείς με ψυχιατρικές διαταραχές σε κοινωνικές συναναστροφές ποικίλης εγγυτητας .

Στη συνέχεια προς εξαγωγή των συμπερασμάτων θα γίνει στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων. Στο πρώτο ερωτηματολόγιο, προκειμένου να αναλυθούν ποιοτικά χαρακτηριστικά θα δοθούν διακριτές τιμές (discrete nominal values), ώστε να διαχωριστούν και να αποτυπωθούν αριθμητικά οι πιθανές διαφοροποιήσεις στα χαρακτηριστικά αυτά. Τα σχετικά άρθρα του νόμου θα κατηγοριοποιηθούν σε μεταβλητές, προκειμένου να διεξαχθεί η εμπειρική διερεύνηση και κατ' επέκταση η στατιστική ανάλυση, ώστε να αποτυπωθεί αριθμητικά και να μετρηθεί η σχέση εφαρμογής των άρθρων του νόμου με τα πραγματικά δεδομένα. Στο δεύτερο ερωτηματολόγιο για τη διερεύνηση της παραγοντικής δομής της κλίμακας θα διενεργηθεί ανάλυση κύριων παραγόντων με ορθογώνια περιστροφή (Principal analysis with Varimax Rotation)

Γ. Δήλωση τήρησης εχεμύθειας

«Η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα είναι εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία ασθενών ή φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας θα έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής ή/και ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε νοσοκομείο ή φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευθεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας».

Οι απαιτούμενες άδειες

Πειραιάς, 20/07/2017

Α Ν Α Φ Ο Ρ Α

Της Αστυφύλακα (275646) ΖΕΪΜΠΕΚΗ Μαριάνθης του Αντωνίου

ΠΡΟΣ

Την Δ/νση Αστυνομίας Πειραιά

ΙΕΡΑΡΧΙΚΩΣ

ΠΡΟΣ:

A.E.A./ Δ-νση Προσωπικού

Σας αναφέρω ότι είμαι φοιτήτρια Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Ψυχιατροδικαστική» της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και προκειμένου να ολοκληρωθούν οι σπουδές μου με επιτυχία οφείλω να εκπονήσω διπλωματική εργασία.

Η διπλωματική εργασία που έχω επιλέξει έχει τίτλο «**ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ: Η ΕΜΠΛΟΚΗ ΚΑΙ Η ΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ**» και θα εκπονηθεί σε συνεργασία με την συμφοιτήτριά μου ΣΙΟΥΤΗ Γιαννούλα του Ιωάννη Ψυχολόγος - Διατροφολόγος.

Σκοπός της έρευνας αυτής είναι η διερεύνηση και μελέτη των προβλημάτων που ανακύπτουν κατά την εφαρμογή των άρθρων 95-100 του Ν. 2071/1992 ("Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας") που αφορούν τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας ψυχικά ασθενών.

Θα δοθεί έμφαση στη μελέτη και διερεύνηση της επιβαλλόμενης εμπλοκής της αστυνομίας στην διαδικασία της μεταφοράς του ασθενούς για ακούσιο εγκλεισμό, το κατά πόσον εφαρμόζονται τα οριζόμενα από τη νομοθεσία και η γενικότερη στάση των αστυνομικών απέναντι στους ψυχικά ασθενείς. Στόχος είναι να διαφανεί η αναγκαιότητα της απεμπλοκής της αστυνομίας από την όλη διαδικασία ο ρόλος της οποίας θα πρέπει να είναι υποστηρικτικός και όχι διεκπεραιωτικός. Προκειμένου να γίνει αυτή η διερεύνηση θα δοθούν ερωτηματολόγια σε διάφορα Αστυνομικά Τμήματα της Αττικής προκειμένου να τύχουμε απαντήσεων ορθών από τους Αστυνομικούς που έχουν πραγματοποιήσει κάποια ακούσια νοσηλεία.

Παρακαλούμε όπως μας χορηγήσετε την απαιτούμενη άδεια προκειμένου να προβούμε στη διάθεση των ερωτηματολογίων στα Αστυνομικά Τμήματα.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συνδρομή σας.

Η ΑΝΑΦΕΡΟΥΣΑ

ΖΕΪΜΠΕΚΗ Μαριάνθη

Αστυφύλακας Α.Υ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ
ΑΡΧΗΓΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ
ΚΛΑΔΟΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ &
ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΟΥ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ / ΓΡΑΦΕΙΟ 3^ο
ΑΡΜΟΔΙΟΣ: Α/Β' ΡΕΝΤΑΣ ΑΝΑΡΓΥΡΟΣ
Τηλ: 2106925505, πολ 1031230
ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ.: 9009/12/67-α'

Αθήνα, 10 Αυγούστου 2017

ΠΡΟΣ (μέσω e-mail)
κα. ΣΙΟΥΤΗ Γιαννούλα
τηλ: 6932730846
email: sioutigianna@gmail.com

ΘΕΜΑ: «Αίτημα της μεταπτυχιακής φοιτήτριας ΣΙΟΥΤΗ Γιαννούλας του Ιωάννη, για χορήγηση άδειας διανομής ανωνύμων ερωτηματολογίων σε προσωπικό της Ελληνικής Αστυνομίας, στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας».

ΣΧΕΤ: α) Το από 9-8-2017 έγγραφό σας (μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου).
β) Το υπ' αριθ. 1647/17/1523075 από 28-07-2017 έγγραφό μας.

1. Κατόπιν των ανωτέρω α) και β) σχετικών, αναφορικά με το διαλαμβανόμενο στο θέμα αντικείμενο, σας γνωρίζουμε ότι μπορείτε να διανείμετε το σχετικό ερωτηματολόγιο, καθόσον δεν περιλαμβάνονται σε αυτό προσωπικά δεδομένα, ούτε στοιχεία απαξιωτικά ή δυσμενή για την Ελληνική Αστυνομία, πλην όμως να ληφθούν υπόψη από τους, τυχόν συμμετέχοντες στη μεταπτυχιακή έρευνα, αστυνομικούς:
 - Οι διατάξεις του π.δ. 254/2004 (Α' - 238) «Κώδικας Δεοντολογίας Αστυνομικού Προσωπικού» και
 - Οι διατάξεις του π.δ. 120/2008 (Α' - 182) «Πειθαρχικό Δίκαιο Αστυνομικού Προσωπικού».
2. Μετά την ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας σας, παρακαλούμε όπως μας υποβληθούν τα αποτελέσματα αυτής για την περαιτέρω αξιολόγησή τους.

Ο ΑΝΑΠΛ. ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ
ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΜΑΥΡΟΜΑΤΗΣ
ΑΣΤΥΝ. ΥΠΟΔ/ΝΤΗΣ

Για την αντιγραφή
Αθήνα, αυθημερόν
Το 3^ο Γραφείο

ΡΕΝΤΑΣ ΑΝΑΡΓΥΡΟΣ
ΑΣΤΥΝΟΜΟΣ Β'



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ
ΑΡΧΗΓΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ
ΚΛΑΔΟΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ
ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΟΥ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ/ΓΡΑΦΕΙΟ 3

ΑΘΗΝΑ, 28 07 2017
Ηλεκτρονική διακίνηση για τους αποδέκτες που
είναι συνδεδεμένοι στο δίκτυο POL.
ΠΡΟΣ: 1) Δ'ΝΣΗ ΑΣΤΥΝ. ΠΕΙΡΑΙΑ

ΚΟΙΝ: 1) Α.Ε.Α' ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΟΥ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Δ/νση: Π.ΚΑΝΕΛΛΟΠΟΥΛΟΥ 4 10177 ΑΘΗΝΑ
Αρμόδιος: ΑΝΘΥΠ. ΕΥΘΥΜΙΟΥ ΙΟΥΛΙΑ
Τηλέφωνο: 2106925505, pol 10 31 230
Φαξ:
e-mail:
ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ.: 1647/ 17/1523075

Γ.Φ./Ε.Φ. Θεματολογίου: (7011/5)

ΘΕΜΑ: «Αίτημα της Αστυφύλακα (275646) ΖΕΪΜΠΕΚΗ Μαριάνθης του Αντωνίου, για χορήγηση άδειας διανομής ανωνύμων ερωτηματολογίων σε προσωπικό της Ελληνικής Αστυνομίας, στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας».

ΣΧΕΤ: α) Υπ' αριθμό 2128/17/1507146 από 26/07/2017 έγγραφο (Δ'ΝΣΗ ΑΣΤΥΝ. ΠΕΙΡΑΙΑ/Τ.Ε.Α.)

1. Κατόπιν του ανωτέρω σχετικού, αναφορικά με το διαλαμβανόμενο στο θέμα αντικείμενο, σας γνωρίζουμε ότι η εν θέματι Αστυφύλακας, δύναται να διανείμει το σχετικό ερωτηματολόγιο, καθόσον δεν περιλαμβάνονται σε αυτό προσωπικά δεδομένα, ούτε στοιχεία απαξιωτικά ή δυσμενή για την Ελληνική Αστυνομία, πλην όμως να ληφθούν υπόψη από τους, τυχόν συμμετέχοντες στη μεταπτυχιακή έρευνα, αστυνομικούς:

- Οι διατάξεις του Π. Δ/τος 254/2004 (Α' - 238) « Κώδικας Δεοντολογίας Αστυνομικού Προσωπικού» και
- Οι διατάξεις του Π. Δ/τος 120/2008 (Α' - 182) « Πειθαρχικό Δίκαιο Αστυνομικού Προσωπικού».

2. Μετά την ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας της, παρακαλούμε όπως, η αναφερόμενη στο θέμα Αστυφύλακας, μας υποβάλει ιεραρχικά τα αποτελέσματα αυτής για την περαιτέρω αξιολόγησή τους.

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
ΜΙΧΑΗΛ ΛΑΔΟΜΕΝΟΣ
ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

Τα ερωτηματολόγια

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΜΣ ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ



ΠΡΟΤΑΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΤΙΤΛΟΣ:

***ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ: Η ΕΜΠΛΟΚΗ
ΚΑΙ Η ΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ***

ΥΠΟ:

ΜΑΡΙΑΝΘΗ ΖΕΪΜΠΕΚΗ (ΑΜ 20160371)

ΓΙΑΝΝΟΥΛΑ ΣΙΟΥΤΗ (ΑΜ 20160366)

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΜΑΡΙΝΑ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ

Ψυχίατρος – Επίκουρος Καθηγήτρια

Αιγινήτειο Νοσοκομείο

Α' Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

ΑΘΗΝΑ ΙΟΥΛΙΟΣ 2017

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΜΣ ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ



ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί χρησιμοποιείται ως ερευνητικό εργαλείο, στο πλαίσιο εκπόνησης της διπλωματικής μας εργασίας για το μεταπτυχιακό πρόγραμμα " Ψυχιατροδικαστική " του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών τμήμα Ιατρικής.

Ο σκοπός του ερωτηματολογίου αυτού είναι να μελετηθεί η επιβαλλόμενη εμπλοκή της αστυνομίας στην διαδικασία του ακούσιου εγκλεισμού, το κατά πόσο εφαρμόζονται τα οριζόμενα από τη νομοθεσία, εάν καταπατούνται ή όχι τα ατομικά δικαιώματα των ψυχικά ασθενών και ποιά η στάση των αστυνομικών απέναντι στους ψυχικά ασθενείς . Η σύνθεση του ερωτηματολογίου είναι τέτοια, ώστε να διαφυλάσσεται η ανωνυμία των ερωτηθέντων και η εμπιστευτικότητα των στοιχείων.

Παρακαλούμε όπως απαντήσετε στις παρακάτω ερωτήσεις με τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια. Οι παρατηρήσεις σας είναι ιδιαίτερα σημαντικές και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της έρευνας.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	
Φύλο: <input type="checkbox"/> Άνδρας <input type="checkbox"/> Γυναίκα	Ηλικία :
Τρέχων Βαθμός:	Χρόνια Υπηρεσίας Στο Σώμα:
Οικογενειακή Κατάσταση: <input type="checkbox"/> Άγαμος/η <input type="checkbox"/> Έγγαμος/η	
Διεύθυνση Αστυνομίας Που Υπηρετείτε: <input type="checkbox"/> Δ.Α.Α <input type="checkbox"/> Δ.Α.Β.Α <input type="checkbox"/> Δ.Α.ΠΕΙΡΑΙΑ	
Σπουδές: <input type="checkbox"/> Απόφοιτος Λυκείου <input type="checkbox"/> Απόφοιτος Σχολών ΕΛ.ΑΣ <input type="checkbox"/> Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ <input type="checkbox"/> Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών <input type="checkbox"/> Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου Σπουδών	

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	
1.	Έχετε συμμετάσχει σε διαδικασία μεταγωγής ακούσιου εγκλεισμού; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
2.	Εάν ναι, πόσες φορές : <input type="checkbox"/> 1-20 <input type="checkbox"/> 20-50 <input type="checkbox"/> Περισσότερες από 50
3.	Γνωρίζετε τα οριζόμενα του Νόμου 2071/1992 σχετικά με την ορθή εφαρμογή των διαδικαστικών προϋποθέσεων εκτέλεσης ακούσιου εγκλεισμού; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Μερικώς
4.	Η μεταφορά του ασθενή γίνεται συνήθως με: <input type="checkbox"/> ΕΚΑΒ <input type="checkbox"/> Έγχρωμο Περιπολικό <input type="checkbox"/> Συμβατικό όχημα
5.	Γνωρίζετε ότι σύμφωνα με επιταγή του άρθρου 96, παρ.2 του Ν.2071/92 για αξιοπρεπή μεταφορά των ακούσια έγκλειστων ασθενών, θα έπρεπε αυτή να εκτελείται με ΕΚΑΒ ή με συμβατικά οχήματα και πάντα με την συνοδεία νοσηλευτών; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
6.	Πόσες ώρες συνήθως παραμένει ο ασθενής στο χώρο του αστυνομικού τμήματος έως ότου ολοκληρωθεί η μεταφορά του σε ψυχιατρικό κατάστημα; <input type="checkbox"/> 1/2 - 1 ώρα <input type="checkbox"/> 1-2 ώρες <input type="checkbox"/> Άνω των 2 ωρών
7.	Διαθέτει το αστυνομικό τμήμα που υπηρετείτε ειδικά διαμορφωμένο χώρο προστατευτικής φύλαξης (όχι κρατητήριο); <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
8.	Ο ασθενής κατά την παραμονή του περιορίζεται σε χώρο προσωρινής κράτησης μαζί με άλλους κρατούμενους ; <input type="checkbox"/> Πάντα <input type="checkbox"/> Ποτέ <input type="checkbox"/> Αναλόγως το περιστατικό
9.	Ενεργείτε χειροπέδηση στον ασθενή; <ul style="list-style-type: none"> • Κατά την μεταφορά του στο αστυνομικό τμήμα: <input type="checkbox"/> Πάντα <input type="checkbox"/> Ποτέ <input type="checkbox"/> Αναλόγως το περιστατικό • Κατά την παραμονή του στο αστυνομικό τμήμα: <input type="checkbox"/> Πάντα <input type="checkbox"/> Ποτέ <input type="checkbox"/> Αναλόγως το περιστατικό • Κατά την μεταφορά του στο ψυχιατρικό κατάστημα : <input type="checkbox"/> Πάντα <input type="checkbox"/> Ποτέ <input type="checkbox"/> Αναλόγως το περιστατικό

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	
10.	Κατά την εξέταση του ασθενή από ειδικούς παρευρίσκεστε στο εξεταστήριο; <input type="checkbox"/> Πάντα <input type="checkbox"/> Ποτέ <input type="checkbox"/> Αναλόγως το περιστατικό
11.	Για τις φορές που είστε παρών, ενημερώνεται ο ασθενής εγγράφως από τον γιατρό για το δικαίωμα του να ασκήσει ένδικο μέσο (άρθρο 96 παρ.4 , ν.2071/92) ; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
12.	Είστε ενήμερος/η για το άρθρο 96 παρ.4 , ν.2071/92; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
13.	Πόση ώρα συνήθως παραμένετε στο ψυχιατρικό κατάστημα έως ότου ολοκληρωθεί η εξέταση; <input type="checkbox"/> ½- 1 ώρα <input type="checkbox"/> 1-2 ώρες <input type="checkbox"/> Παραπάνω από 2 ώρες
14.	Θεωρείτε ότι ο ψυχικά ασθενής είναι απρόβλεπτος στις αντιδράσεις του; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Αναλόγως το περιστατικό
15.	Θεωρείτε ότι ο ψυχικά ασθενής είναι επικίνδυνος; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Αναλόγως το περιστατικό
16.	Εάν ναι, περισσότερο επικίνδυνος για: <input type="checkbox"/> Τον εαυτό του <input type="checkbox"/> Για τους άλλους <input type="checkbox"/> Και τα δύο
17.	Έχει κινδυνέψει ποτέ η σωματική σας ακεραιότητα; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
18.	Πιστεύετε ότι η παρουσία σας δύναται να εξαγριώσει έναν ψυχικά ασθενή; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Αναλόγως το περιστατικό
19.	Αισθάνεστε ότι διαθέτετε την ικανότητα να διαχειριστείτε έναν ψυχικά ασθενή; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Αναλόγως το περιστατικό
20.	Εάν ναι, αυτή η ικανότητα είναι αποτέλεσμα: <input type="checkbox"/> Παρεχόμενης εκπαίδευσης <input type="checkbox"/> Εμπειρίας
21.	Νιώσατε ποτέ νευρικοί ή αγχωμένοι κατά την επαφή σας με ψυχικά ασθενή; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
22.	Έχετε αισθανθεί συμπόνοια για έναν ψυχικά ασθενή; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Αναλόγως το περιστατικό
23.	Θεωρείτε ότι το επάγγελμα που ασκείτε σας έχει κάνει λιγότερο ευαίσθητους απέναντι στον πόνο του αλλού; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
24.	Συμπεριφέρεστε στους ψυχικά ασθενείς σαν να είναι απρόσωπα αντικείμενα; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Αναλόγως το περιστατικό
25.	Πιστεύετε ότι η εμπλοκή σας στη διαδικασία ενός ακουσίου εγκλεισμού σας επιβαρύνει ψυχολογικά; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Αναλόγως το περιστατικό

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Παρακάτω παρατίθενται κάποιες προτάσεις βελτίωσης της όλης διαδικασίας . Σημειώστε κατά πόσο αυτές πιστεύετε ότι συμβάλλουν προς αυτή την κατεύθυνση:

26.

- Μεταφορά του ψυχικά ασθενή με ασθενοφόρο:
 Πολύ λίγο Λίγο Πολύ Πάρα πολύ
- Μεταφορά με συμβατικό όχημα:
 Πολύ λίγο Λίγο Πολύ Πάρα πολύ
- Τοποθέτηση στα αστυνομικά τμήματα ειδικών ψυχικής υγείας :
 Πολύ λίγο Λίγο Πολύ Πάρα πολύ
- Διαμόρφωση στα αστυνομικά τμήματα ειδικού χώρου προστατευτικής φύλαξης :
 Πολύ λίγο Λίγο Πολύ Πάρα πολύ
- Καμία εμπλοκή της ΕΛ.ΑΣ στην όλη διαδικασία:
 Πολύ λίγο Λίγο Πολύ Πάρα πολύ
- Σύσταση ειδικών μονάδων στην ΕΛ.ΑΣ με την στελέχωση κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού, με αποκλειστική αρμοδιότητα τη διαδικασία του ακουσίου εγκλεισμού:
 Πολύ λίγο Λίγο Πολύ Πάρα πολύ
- Ενημέρωση-ευαισθητοποίηση του προσωπικού της ΕΛ.ΑΣ σε θέματα ψυχικής υγείας:
 Πολύ λίγο Λίγο Πολύ Πάρα πολύ
- Εκπαίδευση του προσωπικού της ΕΛ.ΑΣ στην αντιμετώπιση ψυχικά ασθενών:
 Πολύ λίγο Λίγο Πολύ Πάρα πολύ
- Συμπληρώστε στο παρακάτω πεδίο, κάποιες δικές σας προτάσεις για την βελτίωση της διαδικασίας, εάν υπάρχουν:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Κλίμακα Κοινωνικής Απόστασης

ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΕΙΣ	
1.	<p>Θα έμενα σε γειτονιά που υπάρχει ίδρυμα για άτομα με σχιζοφρένεια.</p> <p><input type="checkbox"/> Σίγουρα Όχι</p> <p><input type="checkbox"/> Όχι</p> <p><input type="checkbox"/> Ούτε Όχι / Ούτε Ναι</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι</p> <p><input type="checkbox"/> Σίγουρα Ναι</p>
2.	<p>Θα έμενα σε πολυκατοικία που μένει άτομο με σχιζοφρένεια.</p> <p><input type="checkbox"/> Σίγουρα Όχι</p> <p><input type="checkbox"/> Όχι</p> <p><input type="checkbox"/> Ούτε Όχι / Ούτε Ναι</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι</p> <p><input type="checkbox"/> Σίγουρα Ναι</p>
3.	<p>Θα διατηρούσα φιλία με κάποιον που εμφάνισε σχιζοφρένεια</p> <p><input type="checkbox"/> Σίγουρα Όχι</p> <p><input type="checkbox"/> Όχι</p> <p><input type="checkbox"/> Ούτε Όχι / Ούτε Ναι</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι</p> <p><input type="checkbox"/> Σίγουρα Ναι</p>
4.	<p>Θα δάνειζα κάτι δικό μου σε άτομο που έχει σχιζοφρένεια</p> <p><input type="checkbox"/> Σίγουρα Όχι</p> <p><input type="checkbox"/> Όχι</p> <p><input type="checkbox"/> Ούτε Όχι / Ούτε Ναι</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι</p> <p><input type="checkbox"/> Σίγουρα Ναι</p>
5.	<p>Θα ξεκινούσα φιλία με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια.</p> <p><input type="checkbox"/> Σίγουρα Όχι</p> <p><input type="checkbox"/> Όχι</p> <p><input type="checkbox"/> Ούτε Όχι / Ούτε Ναι</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι</p> <p><input type="checkbox"/> Σίγουρα Ναι</p>
6.	<p>Θα καθόμουν να μου κόψει τα μαλλιά κάποιος με σχιζοφρένεια.</p> <p><input type="checkbox"/> Σίγουρα Όχι</p> <p><input type="checkbox"/> Όχι</p> <p><input type="checkbox"/> Ούτε Όχι / Ούτε Ναι</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι</p> <p><input type="checkbox"/> Σίγουρα Ναι</p>
7.	<p>Θα νοίκιαζα το σπίτι μου σε κάποιον με σχιζοφρένεια.</p> <p><input type="checkbox"/> Σίγουρα Όχι</p> <p><input type="checkbox"/> Όχι</p> <p><input type="checkbox"/> Ούτε Όχι / Ούτε Ναι</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι</p> <p><input type="checkbox"/> Σίγουρα Ναι</p>

8.	<p>Θα παντρευόμουν κάποιον με σχιζοφρένεια.</p> <p><input type="checkbox"/> Σίγουρα Όχι</p> <p><input type="checkbox"/> Όχι</p> <p><input type="checkbox"/> Ούτε Όχι / Ούτε Ναι</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι</p> <p><input type="checkbox"/> Σίγουρα Ναι</p>
9.	<p>Θα έδινα δουλειά σε κάποιον με σχιζοφρένεια.</p> <p><input type="checkbox"/> Σίγουρα Όχι</p> <p><input type="checkbox"/> Όχι</p> <p><input type="checkbox"/> Ούτε Όχι / Ούτε Ναι</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι</p> <p><input type="checkbox"/> Σίγουρα Ναι</p>
10.	<p>Θα με αναστάτωνα / ενοχλούσε να έμενα μαζί με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια.</p> <p><input type="checkbox"/> Σίγουρα Όχι</p> <p><input type="checkbox"/> Όχι</p> <p><input type="checkbox"/> Ούτε Όχι / Ούτε Ναι</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι</p> <p><input type="checkbox"/> Σίγουρα Ναι</p>
11.	<p>Θα με αναστάτωνα / ενοχλούσε να ήμουν στην ίδια δουλειά με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια.</p> <p><input type="checkbox"/> Σίγουρα Όχι</p> <p><input type="checkbox"/> Όχι</p> <p><input type="checkbox"/> Ούτε Όχι / Ούτε Ναι</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι</p> <p><input type="checkbox"/> Σίγουρα Ναι</p>
12.	<p>Θα φοβόμουν να πιάσω κουβέντα με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια.</p> <p><input type="checkbox"/> Σίγουρα Όχι</p> <p><input type="checkbox"/> Όχι</p> <p><input type="checkbox"/> Ούτε Όχι / Ούτε Ναι</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι</p> <p><input type="checkbox"/> Σίγουρα Ναι</p>
13.	<p>Θα με ενοχλούσε αν καθόμουν στο λεωφορείο δίπλα σε ένα άτομο με σχιζοφρένεια.</p> <p><input type="checkbox"/> Σίγουρα Όχι</p> <p><input type="checkbox"/> Όχι</p> <p><input type="checkbox"/> Ούτε Όχι / Ούτε Ναι</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι</p> <p><input type="checkbox"/> Σίγουρα Ναι</p>
14.	<p>Θα ένιωθα ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος στην οικογένειά μου είχε διαγνωσθεί με σχιζοφρένεια.</p> <p><input type="checkbox"/> Σίγουρα Όχι</p> <p><input type="checkbox"/> Όχι</p> <p><input type="checkbox"/> Ούτε Όχι / Ούτε Ναι</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι</p> <p><input type="checkbox"/> Σίγουρα Ναι</p>

Σας ευχαριστούμε για το χρόνο σας