



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ»
*Διευθυντής Σπουδών: Καθηγητής Αθανάσιος Δουζένης***

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**Μελέτη Εφαρμογής Καινοτόμων Διατάξεων του Ν. 4509/2017 στην
Πράξη και Επιδράσεις στη Ζωή των Ασθενών του Άρθρου 69 Ποινικού
Κώδικα**

ΙΩΑΝΝΗΣ ΜΠΑΚΑΣ

Επιβλέπων Αθανάσιος Δουζένης, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρικής
Σχολής Αθηνών, ΕΚΠΑ

ΑΘΗΝΑ

ΙΟΥΛΙΟΣ 2024

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Μελέτη Εφαρμογής Καινοτόμων Διατάξεων του Ν. 4509/2017 στην Πράξη και
Επιδράσεις στη Ζωή των Ασθενών του Άρθρου 69 Ποινικού Κώδικα**

ΙΩΑΝΝΗΣ ΜΠΑΚΑΣ

A.M.: 20200317

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ

Αθανάσιος Δουζένης, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής Αθηνών,
ΕΚΠΑ

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Αθανάσιος Δουζένης, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής Αθηνών,
ΕΚΠΑ

Ιωάννης Μιχόπουλος, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής Αθηνών,
ΕΚΠΑ

Γεωργία Καλέμη, Κλινική ψυχολόγος –Διδάκτωρ ΕΚΠΑ

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΙΟΥΛΙΟΣ 2024**

*Ούτε ουράνιο, ούτε γήινο, ούτε θνητό, ούτε
αθάνατο σε δημιουργήσαμε, έτσι ώστε να μπορείς
Να είσαι ελεύθερος σύμφωνα προς την ίδια
σου την βούληση και την τιμή, να είσαι εσύ ο
δημιουργός κι ο χτίστης του ίδιου σου του εαυτού. Σ'
εσένα μόνο δώσαμε ανάπτυξη και εξέλιξη ανάλογη
προς την δική σου ελεύθερη βούληση.*

*Πίνο ντελα Μιράντολα
Λόγος περί ανθρώπινης αξιοπρέπειας*

Περιεχόμενα

Μελέτη Εφαρμογής Καινοτόμων Διατάξεων του Ν. 4509/2017 στην Πράξη και Επιδράσεις στη Ζωή των Ασθενών του Άρθρου 69 Ποινικού Κώδικα . 1	
Μελέτη Εφαρμογής Καινοτόμων Διατάξεων του Ν. 4509/2017 στην Πράξη και Επιδράσεις στη Ζωή των Ασθενών του Άρθρου 69 Ποινικού Κώδικα . 2	
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ	9
Το Έγκλημα ως Καταλογιστή Πράξη	9
Θεμελίωση του καταλογισμού – τυπικές και ουσιαστικές πτυχές.....	10
Η Ενοχή για τη Συγκεκριμένη Πράξη - Φρόνημα και Καταλογισμός	11
Η Ενοχή - Κρίση περί Ενοχής	11
Άλλως Δύνασθαι Πράττειν/Ανθρωπίνως Φευκτό Υπαιτιότητας	12
Το Ζήτημα της Ελευθερης Βούλησης	12
Η Ψυχική ή Διανοητική Διαταραχή (παλιά: Νοσηρή Διατάραξη Πνευματικών Λειτουργιών) στο άρθρο 34 Ποινικού Κώδικα	16
Ορολογία και Ταξινόμηση των Ψυχικών Διαταραχών	18
Αναλυτική Μελέτη της Ορολογίας	18
ICD-10 και DSM-5	19
Αναφορές σε Παραδείγματα από νομολογία	20
Διατάραξη της Συνείδησης	22
Μέθη	23
ΔΙΚΑΙΟΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ	25
Το Προϊσχύσαν Δίκαιο (Άρθρα 69, 70 και 38-41 ΠΚ)	30
Οι Αλλαγές που Επέφερε ο Ν. 4509/2017 στο Νομοθετικό Πλαίσιο για τα Μέτρα Θεραπείας	35
Έννοιες και Ορισμοί	37
Η απόφαση για την επιβολή του μέτρου θεραπείας από το δικαστήριο ..	39

Ένδικα μέσα	40
Πραγματογνωμοσύνη	41
Η ιατρική – ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη στην ποινική διαδικασία	41
Η διάρκεια και η επανεξέταση του μέτρου θεραπείας	44
Κατάλληλο μέτρο θεραπείας	45
Μέτρα θεραπείας σε δράστες μειωμένου καταλογισμού	46
Συμπεράσματα και προβληματισμοί	48
Προς μία «ποινική» ακούσια νοσηλεία;	49
Στέρηση της ελευθερίας και ιατρικές πράξεις χωρίς συναίνεση	51
Ακούσια νοσηλεία και ιατρικές πράξεις χωρίς συναίνεση	52
Η έννοια της επικινδυνότητας	53
Η επικινδυνότητα και ο κίνδυνος ως διαθετικές έννοιες	55
Σκέψεις και Συμπεράσματα	56
Ποιες είναι οι Επιδράσεις στη Ζωή των Ασθενών του Άρθρου 69 μετά την Εφαρμογή των Καινοτόμων Διατάξεων του Ν. 4509/2017	59
Πρώτη Έρευνα	60
Δεύτερη Έρευνα	62
Συμπεράσματα της έρευνας	64
Τρίτη Έρευνα	65
Συνοψίζοντας	68
Συγκριτική Ανάλυση των Ερευνών	69
Συγκριτική Ανάλυση των Ερευνών	70
Γιατί Υπήρξαν Θετικές Επιδράσεις μετά την Αλλαγή του Νόμου	71
Δυνατά Σημεία της Εργασίας	72
Αδυναμίες της Εργασίας	72
Προτάσεις για Περαιτέρω Έρευνα	73
Συμπεράσματα και Προοπτικές	73

Βιβλιογραφία.....	72
--------------------------	-----------

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα διπλωματική εργασία εστιάζει στη μελέτη της εφαρμογής και των επιδράσεων των καινοτόμων διατάξεων του Ν. 4509/2017 στην πράξη, ειδικά σε σχέση με τη ζωή των ασθενών που εμπίπτουν στο άρθρο 69 του Ποινικού Κώδικα (ΠΚ). Η εργασία εξετάζει τις έννοιες του καταλογισμού και της ενοχής, καθώς και τη δικαιολογητική βάση του καταλογισμού ως μορφής. Στο πρώτο μέρος, αναλύονται οι βασικές αρχές του ποινικού δικαίου, όπως η έννοια του εγκλήματος, η ενοχή και ο καταλογισμός, καθώς και η σχέση τους με την ψυχική ή διανοητική διαταραχή. Γίνεται λεπτομερής αναφορά στην ορολογία και την ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών, με έμφαση στα συστήματα ICD-10 και DSM-5, και εξετάζονται παραδείγματα από τη νομολογία.

Στο δεύτερο μέρος, αναλύεται το προϊσχύσαν δίκαιο και οι αλλαγές που επέφερε ο Ν. 4509/2017, με έμφαση στα δικονομικά ζητήματα και τα μέτρα θεραπείας. Η εργασία εξετάζει την απόφαση για την επιβολή μέτρων θεραπείας από το δικαστήριο, τη διάρκεια και την επανεξέταση αυτών των μέτρων, καθώς και τη σημασία της πραγματογνωμοσύνης στην ποινική διαδικασία.

Η εργασία καταλήγει σε συμπεράσματα και προοπτικές, υπογραμμίζοντας τις θετικές επιδράσεις του Ν. 4509/2017 στη ζωή των ασθενών του άρθρου 69 ΠΚ. Η επιτυχής εφαρμογή του νόμου απαιτεί συνεχείς προσπάθειες για την εκπαίδευση των επαγγελματιών, την ανάπτυξη υποδομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και τη βελτίωση της συνεργασίας μεταξύ ιατρών και δικαστών. Οι θετικές επιδράσεις του νόμου στη ζωή των ασθενών επιβεβαιώνουν την ανάγκη για τέτοιες μεταρρυθμίσεις και υπογραμμίζουν τη σημασία της ψυχικής υγείας και της κοινωνικής δικαιοσύνης.

ABSTRACT

This thesis focuses on the study of the application and effects of the innovative provisions of Law 4509/2017 in practice, particularly concerning the lives of patients falling under Article 69 of the Penal Code (PC). The work examines the concepts of accountability and guilt, as well as the justificatory basis of accountability as a reproach.

In the first part, the fundamental principles of criminal law are analyzed, including the concept of crime, guilt, and accountability, and their relationship with mental or intellectual disorder. A detailed reference is made to the terminology and classification of mental disorders, with emphasis on the ICD-10 and DSM-5 systems, and examples from case law are examined.

In the second part, the previous law and the changes brought by Law 4509/2017 are analyzed, with emphasis on procedural issues and therapeutic measures. The thesis examines the decision-making process for imposing therapeutic measures by the court, the duration and review of these measures, as well as the importance of expert testimony in criminal proceedings.

The thesis concludes with findings and perspectives, highlighting the positive effects of Law 4509/2017 on the lives of patients under Article 69 PC. The successful implementation of the law requires continuous efforts in the education of professionals, the development of psychosocial rehabilitation infrastructure, and the improvement of cooperation between doctors and judges. The positive effects of the law on the lives of patients confirm the need for such reforms and underscore the importance of mental health and social justice.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Το Έγκλημα ως Καταλογιστή Πράξη

Για να κατανοήσουμε πλήρως την έννοια του εγκλήματος, είναι απαραίτητο να εξετάσουμε την πράξη που το συνιστά. Αλλά τι ακριβώς σημαίνει ο όρος "έγκλημα" στη νομική ορολογία πώς σχετίζεται με την έννοια της ενοχής και τι σημαίνει καταλογισμός;

Η κατηγοριοποίηση μιας ανθρώπινης συμπεριφοράς ως έγκλημα προϋποθέτει μια αξιολόγηση της πράξης αυτής. Όταν η κοινωνία αποφασίζει να τιμωρήσει μια συγκεκριμένη συμπεριφορά, απορρίπτει την αποδοχή της και επιμένει στη διατήρηση του καθιερωμένου κοινωνικού καθεστώτος. Αυτό δημιουργεί μια ποινική ταυτότητα που αντικατοπτρίζει την ηθική και κοινωνική αποδοκιμασία της εν λόγω συμπεριφοράς. Η επιβολή ποινής αφορά συμπεριφορές που θεωρούνται ιδιαίτερα απαράδεκτες και αντικοινωνικές, παρέχοντας την ηθική νομιμοποίηση που αποτελεί το θεμέλιο της σύγχρονης αντεγκληματικής πολιτικής και διασφαλίζει την εμπιστοσύνη της κοινωνίας στη δικαιοσύνη.

Τα άρθρα 1 και 14 του Ποινικού Κώδικα, οριοθετούν με σαφήνεια το πλαίσιο για την ύπαρξη ενός εγκλήματος, προστατεύοντας τους πολίτες από αυθαίρετες παρεμβάσεις της κρατικής εξουσίας. Ένα έγκλημα πλήττει έννομα αγαθά αν και δεν αναφέρεται ρητά στον νόμο. Η εκάστοτε κοινωνία επιλέγει κάθε φορά να αναδείξει συγκεκριμένα κοινωνικά αγαθά ως έννομα, καθιστώντας την προσβολή τους ποινικά κολάσιμη.

Ο όρος «έγκλημα» δεν χρησιμοποιείται άμεσα στον νόμο, που προτιμά τον όρο «πράξη». Η πράξη, περιλαμβάνει την ενέργεια και την παράλειψη. Η ενέργεια είναι μια μυϊκή κίνηση που αλλάζει τον εξωτερικό κόσμο και προσβάλλει έννομο αγαθό, ενώ η παράλειψη είναι η αποφυγή μιας ενέργειας που ήταν αντικειμενικά εφικτή και κοινωνικά αναμενόμενη.

Η πράξη πρέπει να είναι τελειωτικά άδικη και πλήρως καταλογιστή. Το αποτέλεσμα των πράξεων είναι η αφετηρία του ποινικού ενδιαφέροντος σε ένα αντικειμενικό σύστημα ποινικού δικαίου,. Ωστόσο, το έγκλημα δεν μπορεί να βασίζεται μόνο στο αποτέλεσμα, καθώς αυτό θα οδηγούσε στην καθιέρωση αντικειμενικής ευθύνης, κάτι που το νομικό μας σύστημα, στο ποινικό δίκαιο απορρίπτει. Το έγκλημα πρέπει να είναι μια υπεύθυνη πράξη του ανθρώπου, συνδεδεμένη υποκειμενικά με αυτόν που την προκάλεσε. Η μομφή κατά του δράστη θεμελιώνεται στα στοιχεία της ενοχής που περιλαμβάνουν την ικανότητα για καταλογισμό, τη συνείδηση του αδίκου και τη δυνατότητα του δράστη να πράξει διαφορετικά.

Μόνο με την επιβεβαίωση αυτών των στοιχείων μπορούμε να αξιολογήσουμε την εσωτερική σχέση του δράστη με το άδικο αποτέλεσμα, εξετάζοντας όχι μόνο τη φύση της σύνδεσης αλλά και τους λόγους που αυτή η σύνδεση υπήρχε.

Θεμελίωση του καταλογισμού – τυπικές και ουσιαστικές πτυχές

Το Ποινικό Δίκαιο έχει ως αποστολή την προστασία των εννόμων αγαθών. Όταν μια πράξη κρίνεται άδικη επειδή προσβάλλει κάποιο έννομο αγαθό, η βούληση του δράστη πρέπει να αποδοκιμάζεται στον βαθμό που αυτή σχηματίστηκε ελεύθερα και συνειδητά. Αλλά γιατί η έννομη τάξη μέμφεται τον δράστη;

Η ουσία του καταλογισμού βρίσκεται στην αποδοκιμασία της προσωπικής επιλογής του δράστη. Το τυπικό περιεχόμενο του καταλογισμού αφορά την εκδηλούμενη ανυπακοή στις προσταγές των πρωτευόντων κανόνων δικαίου. Ο δράστης, παραβιάζοντας τους κανόνες, θέτει τον εαυτό του εκτός της νομικής κοινότητας και δείχνει αδιαφορία για την ειρηνική συμβίωση των κοινωνιών.

Υπάρχουν, ωστόσο, διαφορετικές προσεγγίσεις σχετικά με τη θεμελίωση της ενοχής. Ο Jakobs βλέπει την ενοχή ως εργαλείο γενικής πρόληψης (Hirsch,

1995), ενώ ο Roxin τη συνδέει με την ποινική ευθύνη και την ανάγκη τιμώρησης για σκοπούς πρόληψης (Μυλωνόπουλος, 2007). Παρόλα αυτά, δεδομένου ότι η ενοχή είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ποινή, πρέπει να εξετάζεται αυτόνομα, χωρίς αναφορά στους σκοπούς της ποινής.

Η Ενοχή για τη Συγκεκριμένη Πράξη - Φρόνημα και Καταλογισμός

Ορισμένοι επιστήμονες διευρύνουν την έννοια του καταλογισμού, περιλαμβάνοντας εκτός της αποδοκίμασias του δράστη για τις επιλογές του και την επικίνδυνη προσωπικότητά του. Για παράδειγμα, ο Χωραφάς υποστηρίζει ότι ο δράστης πρέπει να αποδοκιμάζεται για την προσωπικότητά του (Χωραφάς, 1978). Ωστόσο, αυτή η άποψη συγκρούεται με τις αρχές μιας φιλελεύθερης δημοκρατίας και την αποστολή του ποινικού δικαίου. Η ενοχή, ως νομική έννοια, βασίζεται στις προϋποθέσεις του νόμου, και οι ηθικές αντιλήψεις δεν πρέπει να επηρεάζουν την κρίση. Ο χαρακτήρας, το φρόνημα, οι πεποιθήσεις ή ο τρόπος ζωής του δράστη ουδόλως πρέπει να επηρεάζουν την ενοχή του, εκτός από την περίπτωση της επιμέτρησης της ποινής, όπου αυτό προβλέπεται ρητά. Το ποινικό δίκαιο επικεντρώνεται στην πράξη και όχι στον εγκληματία, τιμωρώντας τον για τις ενέργειές του και όχι για τον χαρακτήρα του (Ανδρουλάκης, 2006).

Η Ενοχή - Κρίση περί Ενοχής

Είναι σημαντικό να διαχωρίζουμε την έννοια της ενοχής από την κρίση περί ενοχής. Συχνά η ενοχή ορίζεται ως επίψογο, αλλά αυτό είναι λανθασμένο, καθώς το επίψογο είναι συνέπεια της ενοχής και όχι η ίδια η ενοχή (Δέδες, 1975). Η ενοχή αναφέρεται στον εσωτερικό σύνδεσμο του δράστη με την πράξη που διέπραξε και μπορούσε να μην πράξει. Πρόκειται για τον ελλειμματικό τρόπο διαμόρφωσης βούλησης που οδήγησε σε προσβολή εννόμων αγαθών, ενώ ο δράστης γνώριζε ή μπορούσε και όφειλε να γνωρίζει το άδικο της πράξης του και είχε τη δυνατότητα του ελέγχου της συμπεριφοράς του (Κοτσαλής, 2013).

Η κρίση περί ενοχής είναι ακριβώς η αξιολόγηση αυτής της σχέσης από τον δικαστή, οι οποίοι με τη σειρά του υποχρεούται να εξετάσει αν ο δράστης-

κατηγορούμενος, βάσει των προσωπικών του συνθηκών και ικανοτήτων, μπορούσε και όφειλε να συμμορφωθεί με τις επιταγές του νόμου (Κοτσαλής, 2013).

Άλλως Δύνασθαι Πράττειν/Ανθρωπίνως Φευκτό Υπαιτιότητας

Η έννοια του "άλλως δύνασθαι πράττειν" ή του "ανθρωπίνως φευκτού της υπαιτιότητας" αναφέρεται στην απουσία εξαιρετικών περιστατικών που καθιστούν αδύνατη τη διάκριση του αδίκου ή τη συμμόρφωση με το δίκαιο για τον δράστη, που τέλεσε την συγκεκριμένη πράξη. Η ένοχη συμπεριφορά προϋποθέτει αυτονόητα, την υποκειμενική δυνατότητα αποφυγής της παραβατικής συμπεριφοράς, η οποία εξετάζεται πάντα κατά περίπτωση (Παρασκευόπουλος, 1987).

Το Ζήτημα της Ελευθερης Βούλησης

Το θέμα της ελευθερίας της βούλησης αποτελεί ένα αρχαίο και φιλοσοφικό ερώτημα που συνδέεται άμεσα με το αν ο άνθρωπος μπορεί να κατανοήσει τους κανόνες, κατά πόσο τους ενστερνίζεται, -τους κάνει δικούς του- και κατόπιν προσαρμόζει τη συμπεριφορά του σε αυτούς. Αν και πολλές επιστήμες έχουν εξετάσει αυτό το πρόβλημα, παραμένει άλυτο. Υπάρχουν δύο κύριες φιλοσοφικές προσεγγίσεις: ο ντετερμινισμός, που υποστηρίζει ότι κάθε γεγονός έχει μια αιτία, και ο ιντετερμινισμός, που απορρίπτει την αιτιοκρατία και προτείνει ότι το παρελθόν δεν καθορίζει απόλυτα το μέλλον.

Η συζήτηση αυτή είναι σημαντική και για το ποινικό δίκαιο, το οποίο βασίζεται στην παραδοχή ότι οι άνθρωποι μπορούν να επιλέγουν ελεύθερα τη συμπεριφορά τους. Αυτή η υπόθεση δημιουργεί μια ισορροπία στο ποινικό δόγμα, όπως επισημαίνουν πολλοί νομικοί θεωρητικοί (Κοτσαλής, 2003; Μαργαρίτης, 2005).

Ο Χωραφάς και ο Μαγκάκης υποστηρίζουν ότι ένας λογικός και ώριμος πνευματικά άνθρωπος είναι σε θέση να κατανοήσει και να συμμορφωθεί με τους κανόνες, και επομένως, όλοι πρέπει να μπορούν να το κάνουν (Μαγκάκης, 1962). Αντίθετα, ο Ανδρουλάκης θεωρεί ότι η αναγωγή στο επίπεδο του μέσου κοινωνικού ανθρώπου δεν είναι επαρκής, ειδικά σε έκτακτες περιστάσεις, και υποστηρίζει ότι το ποινικό δίκαιο πρέπει να λαμβάνει υπόψη την ατομική ικανότητα του δράστη (Ανδρουλάκης, 2006).

Η σύγχρονη ποινική θεωρία προσπαθεί να ξεπεράσει αυτό το αδιέξοδο, αποφεύγοντας ψυχολογικές ή μεταφυσικές αναζητήσεις και υιοθετώντας μια νομική προσέγγιση που δέχεται αργiori μια σχετική ελευθερία της βούλησης (Χαραλαμπάκης, 2010).

Προσωπικά, πιστεύουμε ότι ο άνθρωπος διαθέτει ένα δυναμικό περιθώριο ελεύθερης βούλησης, το οποίο επηρεάζεται και αλληλεπιδρά σε εξωτερικούς παράγοντες και οριοθετείται από τον εσωτερικό του κόσμο (βιώματα) και τον αριθμό των διαθέσιμων εναλλακτικών δράσεων. Σε μια φιλελεύθερη κοινωνία, ο άνθρωπος έχει το δικαίωμα να διαμορφώνει το δικό του σύστημα αξιών και επομένως δεν μπορεί να αποποιηθεί την ευθύνη για τις πράξεις του, καθώς αυτές επηρεάζονται από τις αξίες που έχει αποδεχθεί (Κοτσαλής, 2005).

Το ποινικό δίκαιο πρέπει να αντιμετωπίζει τους ανθρώπους σύμφωνα με την αντίληψή τους για την ελευθερία. Παρά τις πιέσεις και τις επιρροές που δέχονται, οι άνθρωποι αισθάνονται ότι έχουν ελεύθερη βούληση και ζουν σύμφωνα με αυτήν την αντίληψη. Οι ποινικοί κανόνες δεν πρέπει να αντιτίθενται σε αυτήν την αντίληψη, αλλιώς χάνουν την πρακτική τους σημασία (Χαραλαμπάκης, 2009).

Το ερώτημα αν ο άνθρωπος είναι σε θέση να αντιληφτεί, να κατανοήσει και να ενστερνιστεί τους κανόνες και να υπακούσει σε αυτούς με την προσαρμογή της συμπεριφοράς του δεν μπορεί να απαντηθεί με βεβαιότητα. Το σημαντικό που εξετάζει η νομική επιστήμη είναι η εντύπωση που επικρατεί στην κοινωνία, άλλως η κυρίαρχη αντίληψη σχετικά με την ελευθερία της βούλησης. Η κοινωνία πρέπει να αντιμετωπίζει τους ανθρώπους ως ελεύθερα και

υπεύθυνα όντα, σύμφωνα με την αντίληψή τους για την ελευθερία (Καϊάφα-Γκμπάντι, 2005).

Ικανότητα για Καταλογισμό/Ενοχή

Άρθρο 14

Έννοια της αξιόποινης πράξης

1. Έγκλημα είναι πράξη άδικη και καταλογιστή σε εκείνον που την τέλεσε, η οποία τιμωρείται από τον νόμο.

2. Στις διατάξεις των ποινικών νόμων ο όρος «πράξη» περιλαμβάνει και τις παραλείψεις.

Άρθρο 34

Ανικανότητα προς καταλογισμό

Η πράξη δεν καταλογίζεται στον δράστη αν λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής ή διατάραξης της συνείδησης κατά τον χρόνο τέλεσής της, δεν είχε την ικανότητα να αντιληφθεί το άδικο της πράξης του ή να ενεργήσει σύμφωνα με την αντίληψή του για το άδικο αυτό.

Από την διατύπωση των παραπάνω άρθρων συνάγεται ότι ο Π.Κ. με δεδομένη ότι η ικανότητα για καταλογισμό συνιστά την κανονικότητα, προβαίνει στην ρύθμιση του ακαταλόγιστου -της ανικανότητας δηλαδή για καταλογισμό - με αρνητική μορφή καθορίζοντας τις περιπτώσεις στις οποίες διαπιστώνεται η δυνατότητα αποκλεισμού του καταλογισμού.

Η ικανότητα για καταλογισμό ορίζεται, γενικά θα λέγαμε ως η ψυχική κατάσταση του πνευματικά υγιή και ώριμου ανθρώπου που έχει αδιατάρακτη τη συνείδηση.

Η κοινωνική ζωή βασίζεται στην παραδοχή ότι οι άνθρωποι είναι υπεύθυνοι για την συμπεριφορά και για τις πράξεις τους. Αυτό προϋποθέτει μια βιολογική και πνευματική ανάπτυξη, καθώς και ψυχοπνευματική υγεία. Σε όλα τα νομικά συστήματα, παιδιά, άτομα με νοητική αναπηρία και ασθενείς συχνά εξαιρούνται από την ποινική ευθύνη. Στον ποινικό μας κώδικα έχουν προβλεφθεί διατάξεις που αποκλείουν ή μειώνουν την ποινή, όταν ο τρόπος διαμόρφωσης και λήψης αποφάσεων είναι προσωρινά ή μόνιμα ελαττωματικός, όπως στα άρθρα 34, 35 και 36 ΠΚ.

Η δικαστική ψυχιατρική ασχολείται με την αξιολόγηση-κρισιολόγηση της υπευθυνότητας, που στο ποινικό δίκαιο συνδέεται με την ικανότητα για καταλογισμό και στο αστικό δίκαιο με τη δικαιοπρακτική ικανότητα. Οι ψυχικά πάσχοντες παραβάτες έχουν ένα ιδιαίτερο νομικό καθεστώς. Συχνά δεν εκτίουν ποινή ή εκτίουν μέρος αυτής, και συχνά διατάσσεται ο εγκλεισμός τους σε ψυχιατρικό ίδρυμα ως μέτρο ασφαλείας σύμφωνα με τα άρθρα 69-75 ΠΚ.

Προβολή Ισχυρισμού και Πραγματογνωμοσύνη

Η ικανότητα για καταλογισμό θεωρείται η κανονική κατάσταση. Συνεπώς δεν απαιτεί ειδική εξέταση και αιτιολόγηση εκτός αν υπάρχουν αμφιβολίες. Εάν προκύψουν αμφιβολίες σχετικά με την ικανότητα καταλογισμού, το δικαστήριο πρέπει να τις εξετάσει. Αυτή η διαδικασία μπορεί να κινηθεί είτε αυτεπάγγελα είτε με προβολή σχετικού ισχυρισμού από τον κατηγορούμενο.

Ο ισχυρισμός για ανικανότητα καταλογισμού αποτελεί αυτοτελή νομικό ισχυρισμό –άρσης του καταλογισμού- που πρέπει να προβληθεί στην αρχή της διαδικασίας, σαφώς ορισμένος και εμπειριστατωμένος. Τα δικαστήρια επιμένουν ότι δεν αρκεί απλώς η επίκληση των σχετικών διατάξεων του

νόμου, αλλά πρέπει να παρατίθενται συγκεκριμένα στοιχεία και πραγματικά περιστατικά που να καταδεικνύουν την ανικανότητα καταλογισμού κατά τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος.

Η εξέταση της ικανότητας για καταλογισμό μπορεί να βασίζεται στο υλικό της δικογραφίας ή να απαιτεί τη διενέργεια πραγματογνωμοσύνης από ειδικούς. Η αποδοχή ή απόρριψη του αιτήματος από την υπεράσπιση για πραγματογνωμοσύνη ανήκει στην διακριτική ευχέρεια του δικαστηρίου, εφόσον κρίνει ότι δεν υπάρχει λόγος για κάτι τέτοιο. Στην προδικασία όσον αφορά κυρίως στα κακουργήματα, το αίτημα για διενέργεια πραγματογνωμοσύνης είναι υποχρεωτικό.

Η πραγματογνωμοσύνη πρέπει να είναι τεκμηριωμένη και να πληροί επιστημονικά κριτήρια, αλλιώς δεν θεωρείται αποδεικτικό μέσο. Σύμφωνα με το άρθρο 177 ΚΠΔ, η πραγματογνωμοσύνη υπόκειται στην αρχή της ελεύθερης εκτίμησης των αποδείξεων και υπάγεται στην απροσωπώληπτη κρίση του δικαστή. Το δικαστήριο πρέπει να αιτιολογεί την απόρριψη ή την αποδοχή της πραγματογνωμοσύνης, ειδικά αν υπάρχουν αντικρουόμενες εκθέσεις.

Είναι απαραίτητος ο ευθύς διάλογος μεταξύ ψυχιάτρων πραγματογνωμόνων και δικαστών για την αμοιβαία κατανόηση και αξιολόγηση της ικανότητας καταλογισμού. Αυτή η συνεργασία εξασφαλίζει ότι λαμβάνονται υπόψη τόσο τα νομικά όσο και τα ψυχιατρικά κριτήρια για τη διαμόρφωση μιας δίκαιης απόφασης.

Η Ψυχική ή Διανοητική Διαταραχή (παλιά: Νοσηρή Διατάραξη Πνευματικών Λειτουργιών) στο άρθρο 34 Ποινικού Κώδικα

Δεν υπάρχει συγκεκριμένη θετική πρόβλεψη στον Ποινικό Κώδικα που να καθορίζει πότε κάποιος έχει ικανότητα για καταλογισμό, καθώς αυτή θεωρείται η κανονικότητα όπως ήδη έχουμε αναφέρει. Η ανικανότητα για καταλογισμό, ρυθμίζεται δικαίικα στο άρθρο 34. Το άρθρο αυτό κατά την διάρκεια των

χρόνων, επαναδιατυπώθηκε και άλλαξε με την ανανέωση των κωδίκων, τόσο ως προς τον τίτλο όσο και ως προς την ουσία. Οι τροποποιήσεις κρίθηκαν αναγκαίες προκειμένου να συμβαδίζει τόσο με τη νομολογία όσο και με τα ευρήματα των επιστημών υγείας σχετικά με τις διαταραχές. Στο νέο 34 διατηρήθηκε δομικά η μικτή μέθοδος, καθώς δεν είναι αρκετή η διατάραξη -βιολογικός όρος- κατά την τέλεση της πράξης, αλλά πρέπει και να έχει οδηγήσει σε κατάσταση σύγχυσης που επηρέασε την αντίληψή του δράστη περί το άδικο ή τη συμπεριφορά -ψυχολογικός όρος-. Εκτός της λειτουργικότητας και πρακτικότητας αυτής της μεθόδου αποτελεί και την πλέον ισορροπημένη προσέγγιση. Η αποδοχή μόνο του βιολογικού όρου θα σήμαινε ισχυροποίηση του ψυχιάτρου-πραγματογνώμονα. Για τις γνήσιες ψυχικές νόσους, η διαπίστωση για ανικανότητα καταλογισμού είναι πιο εύκολη γιατί η ύπαρξή τους σημαίνει αποδιοργάνωση της συνείδησης. Αντίθετα, η αποδοχή του ψυχολογικού όρου μόνο θα σήμαινε κίνδυνο ανασφάλειας στην εφαρμογή κρίσιμων ποινικών διατάξεων και αναποτελεσματικότητα της ποινικής καταστολής.

Όπως δέχονται και τα δικαστήρια, «η μικτή αυτή μέθοδος ξεκινά από την αξιολογική ανικανότητα της συνείδησης (ανικανότητα αντίληψης του αδικού της πράξης ή ενέργειας σύμφωνα με την αντίληψη για το άδικο αυτό), που τη συνδέει όμως με μια βιολογική ανικανότητα (νοσηρή διατάραξη των πνευματικών λειτουργιών ή διατάραξη της συνείδησης, σύμφωνα με την παλιά διατύπωση του 34). Μόνη η βιολογική ανικανότητα δεν οδηγεί χωρίς άλλο στην άρση του καταλογισμού, αλλά ούτε και μόνη η αξιολογική ανικανότητα, αν δεν προέρχεται από την βιολογική» (Πενταμελές Στρατοδικείο Λάρισας 18/2002; Πλημμελειοδικείο Ρόδου 36/2011).

Είναι σαφές τόσο από τη διατύπωση του άρθρου, αλλά όσο και από την θέση της νομολογίας ότι η αδυναμία διάκρισης ή συμμόρφωσης πρέπει να οφείλεται αιτιωδώς στη διατάραξη, διαφορετικά η ικανότητα για καταλογισμό δεν αποκλείεται.

Από τη νέα διάταξη, απαλείφθηκε ο όρος «νοσηρή» και οι «πνευματικές» λειτουργίες αντικαταστάθηκαν με «ψυχικές ή διανοητικές διαταραχές». Οι καίριες αυτές αλλαγές επιβεβαιώνουν με αυθεντικό τρόπο αυτό που θεωρία

και νομολογία στην πλειοψηφία τους είχαν ήδη δεχτεί, ότι δηλαδή στην ευρεία έννοια της νοσηρής διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών δύναται να υπάρχουν και ψυχικές/διανοητικές διαταραχές χωρίς απαραίτητα να έχει νοσήσει το σώμα. Το ίδιο ακριβώς ισχύει και με τις πνευματικές λειτουργίες, όπου δεν γίνονταν δεκτές μόνο οι νοητικές διεργασίες με την στενή έννοια αλλά όλες οι μη σωματικές. Η έννοια της «διαταραχής» που διατηρήθηκε στο νέο άρθρο, μπορεί να είναι παραπλανητική ως προς το ότι η ψυχική/νοητική ζωή του ατόμου που πάσχει θα πρέπει στο παρελθόν να υπήρξε κανονική, αφήνοντας εκτός τις έμφυτες ασθένειες. Ωστόσο, ερμηνευτικά στο δίκαιο, τονίζεται η γενικότερη απόκλιση του ατόμου από τον κανόνα προς την κανονική ψυχική/διανοητική λειτουργία (Κοτσαλής, 2013).

Σύμφωνα με την ψυχιατρική οι ψυχικές διαταραχές συνιστούν ένα πολυσχιδές φάσμα ψυχοπαθολογικών καταστάσεων που επηρεάζουν όλες τις ψυχονοητικές λειτουργίες του ατόμου. Αυτές οι διαταραχές οδηγούν σε σημαντική μείωση της λειτουργικής ικανότητας, καθιστώντας προβληματική την κοινωνική και διαπροσωπική αλληλεπίδραση. Σύμφωνα με τον εννοιολογικό προσδιορισμό, μια ψυχική διαταραχή είναι μια κατάσταση που επηρεάζει τη διαδικασία σκέψης, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του ατόμου, προκαλώντας δυσλειτουργίες στην καθημερινότητά του και στις σχέσεις με τον εαυτό και τους άλλους.

Ορολογία και Ταξινόμηση των Ψυχικών Διαταραχών

Υπάρχει σημαντική ασυμφωνία στη χρήση σταθερής και αποδεκτής ορολογίας για τις ψυχικές διαταραχές, καθώς και στην ταξινόμησή τους. Ο Ν. 2071/1992 δεν προσδιορίζει σαφώς ποιες ψυχικές διαταραχές εμπίπτουν στην προϋπόθεση του άρθρου 95 παρ. 2, γεγονός που μας αναγκάζει να ανατρέξουμε στα ιατρικά εγχειρίδια όπως το ICD-11 και το DSM-5 για να ορίσουμε τις ψυχικές διαταραχές. Είναι αξιοσημείωτο ότι ούτε η Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΣΔΑ) παρέχει έναν εννοιολογικό προσδιορισμό αυτής της έννοιας.

Αναλυτική Μελέτη της Ορολογίας

Για να κατανοήσουμε καλύτερα τους σχετικούς όρους, είναι χρήσιμη η μελέτη του συγκριτικού πίνακα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), ο οποίος αναλύει και συγκρίνει τους όρους «ψυχική νόσος», «ψυχική διαταραχή», «νοητική αναπηρία», «πνευματική ανικανότητα» και «φρενοβλάβεια». Από αυτούς τους όρους, η «ψυχική διαταραχή» είναι η πλέον προτιμητέα στην εθνική νομοθεσία.

ICD-10 και DSM-5

Η 10η αναθεώρηση του ICD-10 περιλαμβάνει την έννοια των ψυχικών διαταραχών και διαταραχών συμπεριφοράς, που καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα επιμέρους διαταραχών ταξινομημένων σε δέκα υποκεφάλαια. Αυτά τα υποκεφάλαια περιλαμβάνουν διαταραχές όπως οι ψυχώσεις, οι συναισθηματικές διαταραχές, οι αγχώδεις διαταραχές και οι διαταραχές προσωπικότητας.

Όσον αφορά το DSM, οι προγενέστερες εκδόσεις, μέχρι και την τέταρτη, διέκριναν τις ψυχικές διαταραχές σε πέντε άξονες, καθένας από τους οποίους προσδιόριζε την ψυχική διαταραχή βάσει διαφορετικών παραγόντων. Ο πρώτος άξονας περιελάμβανε τις κλινικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη και η σχιζοφρένεια, ενώ ο δεύτερος αφορούσε τις διαταραχές προσωπικότητας και τη νοητική καθυστέρηση. Ο τρίτος άξονας αφορούσε τις γενικές ιατρικές παθήσεις που επηρεάζουν την ψυχική κατάσταση, ο τέταρτος αφορούσε ψυχοκοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που συμβάλλουν στη διαταραχή, και ο πέμπτος εκτιμούσε τη συνολική λειτουργικότητα του ατόμου.

Η τελευταία έκδοση, το DSM-5, είναι μη-άξονική, αντικατοπτρίζοντας το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο υγείας και ασθένειας. Αυτή η προσέγγιση ενσωματώνει βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες στην κατανόηση και τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών.

Η πολυπλοκότητα της έννοιας της «ψυχικής διαταραχής» καταδεικνύεται επιπλέον από τη χρήση του ακρωνυμίου «ΜΑΚ» (Μη Άλλως Καθοριζόμενος). Το ακρωνύμιο αυτό χρησιμοποιείται όταν χωρίς να είναι δυνατός ο προσδιορισμός του ειδικού τύπου της διαταραχής, πληρούνται τα γενικά

κριτήρια για την ύπαρξη ψυχικής διαταραχής. Αυτή η προσέγγιση αναγνωρίζει την ποικιλία και την πολυπλοκότητα των ψυχικών διαταραχών, ενώ επιτρέπει στους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας να καταγράψουν περιπτώσεις που δεν ταιριάζουν απόλυτα σε υπάρχουσες κατηγορίες.

Η πολυμορφία και η πολυπλοκότητα των ψυχικών διαταραχών απαιτούν μια διεπιστημονική προσέγγιση για την κατανόηση και τη διαχείρισή τους. Η νομοθεσία πρέπει να συνεργάζεται στενά με την ιατρική κοινότητα για την παροχή ακριβούς και σαφούς εννοιολογικού προσδιορισμού των ψυχικών διαταραχών. Η χρήση διεθνών ταξινομήσεων όπως το ICD και το DSM είναι απαραίτητη για τη διαμόρφωση μιας κοινής γλώσσας και προσέγγισης στην αντιμετώπιση αυτών των διαταραχών.

Η συνεχιζόμενη έρευνα και η διαρκής αναθεώρηση των κριτηρίων και των κατηγοριών είναι κρίσιμες για την επίτευξη καλύτερης κατανόησης και θεραπείας των ψυχικών διαταραχών. Η ενσωμάτωση των τελευταίων επιστημονικών ευρημάτων και η προσαρμογή των θεραπευτικών προσεγγίσεων στις νέες γνώσεις είναι απαραίτητες για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων που πάσχουν από αυτές.

Αναφορές σε Παραδείγματα από νομολογία

1. Διπολική Διαταραχή και Καταλογισμός

Σε μια υπόθεση που αφορούσε κατηγορίες εμπορίας ναρκωτικών και όπλων, ο κατηγορούμενος ισχυρίστηκε ότι έπασχε από διπολική διαταραχή και προσκόμισε ιατρικά αποδεικτικά. Το δικαστήριο δεν δέχτηκε την ύπαρξη της διαταραχής, και έκρινε ότι δεν συνδέεται αιτιωδώς με τον καταλογισμό. Η απόφαση αυτή ανετράπη από τον Άρειο Πάγο, ο οποίος θεώρησε την αιτιολογία ανεπαρκή και επέστρεψε την υπόθεση για νέα εκδίκαση (ΑΠ 1650/2008, ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ).

2. Κρανιοεγκεφαλικές Κακώσεις

Σε μια περίπτωση καταδίκης για βιασμό και αποπλάνηση ανηλίκου, ο κατηγορούμενος ισχυρίστηκε ότι υπέστη βαρύτατη κρανιοεγκεφαλική κάκωση σε νεαρή ηλικία, προκαλώντας μόνιμες εγκεφαλικές βλάβες. Παρά την αποδοχή των ισχυρισμών του από το δικαστήριο, δεν κρίθηκε ότι υπήρχε ανικανότητα καταλογισμού, διότι ο κατηγορούμενος είχε χρησιμοποιήσει τέχνασμα για να παρασύρει το θύμα του (ΑΠ 2120/2009, ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ).

3. Σχιζοφρένεια και Αποποίηση Καταλογισμού

Σε μια υπόθεση απόπειρας ανθρωποκτονίας, διαπιστώθηκε ότι ο κατηγορούμενος έπασχε από παρανοειδή σχιζοφρένεια. Οι εκθέσεις δικαστικής ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης συμφώνησαν ότι κατά τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος, ο κατηγορούμενος δεν λάμβανε την φαρμακευτική αγωγή του και συνεπώς δεν ήταν σε θέση να αντιληφθεί το άδικο της πράξης του. Το δικαστικό συμβούλιο αποφάσισε να μην γίνει κατηγορία για την παραπάνω πράξη (Συμβούλιο Πλημμελειοδικών Αθηνών 664/2010, Ποινική Χρονική 2011).

4. Επιλόχεια Ψύχωση και Μειωμένος Καταλογισμός

Σε υπόθεση απόπειρας ανθρωποκτονίας σε βάρος ανήλικου τέκνου, η κατηγορούμενη παρουσίαζε επιλόχεια ψύχωση. Ο ψυχίατρος διαπίστωσε τη ψύχωση, καθώς και ότι η κατηγορούμενη ήταν επικίνδυνη για τον εαυτό της ή το παιδί της. Το δικαστήριο έκρινε ότι η ψυχική διαταραχή της είχε μειώσει σημαντικά την ικανότητά της να αντιληφθεί το άδικο της πράξης της (Μικτό Ορκωτό Δικαστήριο Ιωαννίνων 12/2018, Ποινική Δικαιοσύνη 2018).

5. Αποκλεισμός Καταλογισμού λόγω Ψυχωσικής Συνδρομής

Σε υπόθεση απόπειρας ανθρωποκτονίας και ενδοοικογενειακής βίας, το δικαστήριο έκρινε ότι ο κατηγορούμενος πάσχει από ψυχωσική συνδρομή. Το γεγονός αυτό, τον καθιστά ανίκανο να αντιληφθεί το άδικο της πράξης του. Αποφασίστηκε η φύλαξή του σε δημόσιο

θεραπευτικό κατάστημα (Συμβούλιο Πλημμελειοδικών Πάτρας 213/2014, Ποινική Δικαιοσύνη 2015).

Διατάραξη της Συνείδησης

Το άρθρο 34 ΠΚ αναγνωρίζει ότι και οι διαταράξεις της συνείδησης μπορούν να οδηγήσουν σε ανικανότητα για καταλογισμό. Ως διατάραξη της συνείδησης ορίζεται η έλλειψη της ικανότητας του ατόμου να έχει καθαρή αντίληψη των νοητικών και συναισθηματικών του βιωμάτων. Συχνά εμφανίζεται ως θόλωση ή μερική απόσπαση της αυτοσυνειδησίας ή της συνείδησης από τον έξω κόσμο (Ανδρουλάκης, 2013; Καϊάφα-Γκμπάντι, 2017).

Αυτές οι διαταράξεις είναι συνήθως παροδικές και πρέπει να εμφανίζονται σε καθοριστικό βαθμό ώστε να αποκλείουν τον καταλογισμό, χωρίς όμως να είναι τόσο ολοκληρωτικές ώστε να αποκλείεται η ύπαρξη πράξης. Ένα άτομο που βιώνει διατάραξη της συνείδησης δεν έχει την δυνατότητα, τη δεδομένη χρονική στιγμή, να ποδηγητήσει τη συμπεριφορά του σύμφωνα με τη βούλησή του και τις αντιλήψεις του περί διάκρισης του αδίκου. Καταστάσεις σύμφωνα με τη θεωρία όπως ο ύπνος (ύπνωση, μέθη του ύπνου, υπνοβασία), η υπερκόπωση, η αιφνίδια και έντονη συναισθηματική αναστάτωση, η οξεία μέθη και η κατάχρηση ναρκωτικών μπορούν να θεωρηθούν διαταράξεις της συνείδησης (Χαραλαμπίδης, 2016; Μυλωνόπουλος, 2018).

Για παράδειγμα, σε μια υπόθεση όπου ο κατηγορούμενος καταδικάστηκε για ηθική αυτουργία σε ανθρωποκτονία, προβλήθηκε ο ισχυρισμός ότι βίωνε έντονο ψυχικό κλονισμό λόγω του θανάτου του γιου του. Το εφετείο απέρριψε τον ισχυρισμό, επισημαίνοντας με βάση τα πραγματικά περιστατικά ότι ο κατηγορούμενος ενήργησε ψύχραιμα και πήρε όλες τις αναγκαίες προφυλάξεις, γεγονός που δεν συνάδει με διαταραχή των πνευματικών του λειτουργιών (ΑΠ 842/2010).

Ναρκωτικά

Συχνά προβλήματα παρουσιάζονται σε υποθέσεις όπου οι κατηγορούμενοι ισχυρίζονται ανικανότητα για καταλογισμό λόγω χρήσης ναρκωτικών ουσιών ή του στερητικού συνδρόμου. Σε πολλές περιπτώσεις, οι ισχυρισμοί αυτοί εξετάζονται στο πλαίσιο ειδικών ποινικών νόμων για τα ναρκωτικά (Συμβ.Εφ.Αθήνας 306/2010).

Για παράδειγμα, σε μια υπόθεση ληστείας, ο κατηγορούμενος ήταν εξαρτημένος τοξικαμανής και κατά την τέλεση του εγκλήματος βίωνε στερητικό σύνδρομο. Το εφετείο δέχθηκε ότι, αν και δεν στερήθηκε εντελώς την ικανότητα να αντιληφθεί το άδικο της πράξης, η ικανότητά του είχε μειωθεί σημαντικά (Τρ.Εφ.Κακ.Αθήνας 4101/2010).

Σε μια άλλη υπόθεση κλοπής, ο κατηγορούμενος, εξαρτημένος τοξικομανής και υπό την επήρεια ναρκωτικών ουσιών, το δικαστήριο δεν έκανε δεκτό τον ισχυρισμό περί διατάραξης της συνείδησης σε βαθμό που να αποκλείει τον καταλογισμό, αλλά μόνο σε μειωμένο βαθμό (ΑΠ 530/2018).

Μία ενδιαφέρουσα περίπτωση είναι εκείνη όπου, μετά από αναίρεση, το δικαστήριο επανεξέτασε την ψυχική κατάσταση του κατηγορουμένου και έκρινε ότι, κατά τον χρόνο τέλεσης των εγκλημάτων του, βρισκόταν σε διαταραχή της συνείδησής του λόγω χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Ο κατηγορούμενος κρίθηκε ένοχος με το ελαφρυντικό της μειωμένης ικανότητας προς καταλογισμό (ΜΟΕ.Θεσσαλονίκης 55-56/2010).

Μέθη

Οι ισχυρισμοί για ανικανότητα καταλογισμού λόγω μέθης είναι περίπλοκοι, δεδομένου του άρθρου 35 του Ποινικού Κώδικα, το οποίο δεν θα αναλυθεί εδώ καθώς αφορά την αρχή της «ελεύθερης στην αιτία» πράξης (*actio libera in causa*), ένα εκτενές νομικό θέμα. Είναι σημαντικό να κατανοηθεί ότι η επίδραση του αλκοόλ τις περισσότερες φορές είναι νομικά αδιάφορη όσον αφορά στην ικανότητα καταλογισμού. Εάν όμως η μέθη είναι πλήρης αλλά και ανυπαίτια, και προκαλεί ολοκληρωτική ανικανότητα, τότε ο καταλογισμός αίρεται σύμφωνα με το άρθρο 34 του Ποινικού Κώδικα. Σύμφωνα με τη

νομολογία, ένδειξη πλήρους μέθης υπάρχει όταν η περιεκτικότητα αλκοόλ στο αίμα υπερβαίνει το 3%.

Σε περιπτώσεις ανυπαίτιας μέθης που δεν είναι πλήρης, αλλά επηρεάζει σε κάποιο βαθμό την συνείδηση, η ποινική ευθύνη του δράστη μειώνεται σύμφωνα με το άρθρο 36 παρ. 1 του Ποινικού Κώδικα. Σε μια υπόθεση όπου ο κατηγορούμενος ισχυρίστηκε ανικανότητα καταλογισμού λόγω πλήρους μέθης, το δικαστήριο απέρριψε τον ισχυρισμό, καθώς οι εξετάσεις έδειξαν ότι η περιεκτικότητα αλκοόλ στο αίμα του κυμαινόταν από 1,62% έως 2% κατά τη διάπραξη της ανθρωποκτονίας.

Σε άλλη υπόθεση που κρίθηκε μετά από αναίρεση, ο κατηγορούμενος συζυγοκτόνος, κρίθηκε ότι βρισκόταν σε κατάσταση ελαττωμένης ικανότητας για καταλογισμό λόγω ανυπαίτιας μέθης. Ο κατηγορούμενος ήταν χρόνιος αλκοολικός και κατά την τέλεση της πράξης ήταν υπό την επήρεια μέθης που τον είχε οδηγήσει σε μερική διατάραξη της συνείδησης και των πνευματικών του λειτουργιών. Αν και ανιχνεύτηκε περιεκτικότητα αλκοόλ στο αίμα του 4,46%, πολύ περισσότερο δηλαδή από το 3%, το δικαστήριο δέχτηκε ότι αυτό οφειλόταν στην κατανάλωση αλκοόλ μετά την τέλεση της πράξης και πριν τη σύλληψή του. Ο Άρειος Πάγος θεώρησε ότι η μέθη του λόγω χρόνιου αλκοολισμού οφειλόταν σε ανωτέρα βία, και συνεπώς ήταν ανυπαίτια.

Ωστόσο, το ίδιο έτος, ο Άρειος Πάγος έκρινε διαφορετικά σε άλλη περίπτωση χρόνιου αλκοολισμού. Ο κατηγορούμενος ισχυρίστηκε ότι πάσχει από χρόνια αλκοολισμό και κατά την τέλεση της πράξης βρισκόταν υπό την επήρεια πλήρους μέθης. Επιπλέον επικαλέστηκε δυσπροσαρμοστικότητα που οφείλεται σε ανώριμη ψυχοπαθητική προσωπικότητα. Οι πραγματογνωμοσύνες επιβεβαίωσαν με επιφύλαξη τη μειωμένη ικανότητα καταλογισμού. Το δικαστήριο απέρριψε τον ισχυρισμό και έκρινε πλήρως καταλογιστό τον κατηγορούμενο, βασιζόμενο στα πραγματικά περιστατικά και ιδίως στο γεγονός ότι ήταν σε θέση να στοχεύσει και να πετύχει το θύμα καθώς επίσης και στο ότι αντιστάθηκε σθεναρά κατά την προσπάθεια αφοπλισμού του. Παρά τον χαρακτηρισμό του ως χρόνιου αλκοολικού και την ανεύρεση μεγάλης ποσότητας αλκοόλ στο αίμα του, το γεγονός ότι οδήγησε χωρίς να προκαλέσει τροχαίο ατύχημα υποδείκνυε πλήρη καταλογισμό.

Σε άλλη υπόθεση, ο Άρειος Πάγος εξέτασε τον ισχυρισμό κατηγορουμένου που καταδικάστηκε για επικίνδυνη σωματική βλάβη και φθορά ξένης ιδιοκτησίας. Παρά την απόδειξη πλήρους μέθης δεν αποδείχθηκε ο ισχυρισμός του περί κατανάλωσης νοθευμένων ποτών και ο κατηγορούμενος κρίθηκε υπαίτιος.

Αυτές οι περιπτώσεις καταδεικνύουν την πολυπλοκότητα των υποθέσεων μέθης και την ποικιλομορφία των δικαστικών αποφάσεων, που συχνά εξετάζουν λεπτομερώς τις συγκεκριμένες περιστάσεις κάθε υπόθεσης.

ΔΙΚΑΙΟΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ

Η αρχή της ενοχής αποτελεί έναν από τους ακρογωνιαίους λίθους της ποινικής δικαιοσύνης, συνδεδεμένη στενά τόσο με την ποινική δογματική όσο και το κράτος δικαίου. Αυτή η θεμελιώδης αρχή η οποία έχει συνταγματική περιωπή και υπερεθνική ισχύ προστατεύεται τόσο από διατάξεις του Συντάγματος και του ποινικού κώδικα, όσο και από διεθνείς συμβάσεις. Στο επίκεντρο της ποινικής καταστολής βρίσκεται η ενοχή του δράστη, η οποία, αν και μη ορατή και μετρήσιμη, μπορεί να διερευνηθεί με κατάλληλα «εργαλεία». Ο στόχος είναι ο σωφρονισμός των ποινικά υπεύθυνων ανθρώπων που επέλεξαν να αντιταχθούν στο νομικό καθεστώς, διαφορετικά, ο σωφρονισμός θα μπορούσε να θεωρηθεί άδικος.

Παρά την θεωρητική ομορφιά αυτών των αρχών, η εφαρμογή τους στη δικαστηριακή πρακτική συχνά περιπλέκεται και παρερμηνεύεται. Η ενοχή είναι μια δύσκολα αποδεικτική έννοια, και έχουν αναπτυχθεί ορισμένα κριτήρια για τη διάγνωση της ικανότητας καταλογισμού και της δυνατότητας δράσης σε περιπτώσεις σύγκρουσης καθηκόντων. Η ψυχική ή διανοητική κατάσταση ενός ατόμου δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται επιδερμικά, δεδομένων των ποινικών επιπτώσεων. Αν και η διάγνωση μπορεί να είναι δύσκολη, δεν μπορούμε να αγνοήσουμε την ύπαρξη ψυχικών ασθενειών και την επιρροή τους.

Είναι σημαντικό να μην λησμονείται η αρχή «in dubio pro reo», όπως θεμελιώνεται στο άρθρο 178 παρ. 3 ΚΠΔ, ιδίως όταν οι πραγματογνώμονες

αμφιταλαντεύονται. Αυτό ισχύει και για τις περιπτώσεις σύγκρουσης καθηκόντων, όπου η απόδειξη είναι ακόμα πιο δύσκολη λόγω της έλλειψης διαταραχής. Η υποτίμηση αποδεικτικών μέσων στο βωμό της ηθικής απόδειξης πρέπει να αποφεύγεται.

Η νομολογία αποκαλύπτει τα εξής:

1. **Προβολή Ισχυρισμών:** Υπάρχει συμφωνία ότι οι ισχυρισμοί πρέπει να είναι σαφείς και ορισμένοι, με παράθεση πραγματικών περιστατικών. Η ειδική και εμπειριστατωμένη αιτιολογία είναι απαραίτητη για την απόρριψη ισχυρισμών, διαφορετικά μπορεί να υπάρξει αναίρεση.
2. **Χρόνος Προβολής Ισχυρισμών:** Οι ισχυρισμοί μπορούν να προβάλλονται μέχρι την αμετάκλητη καταδίκη. Δεν μπορούν να στηρίξουν την επανάληψη διαδικασίας. Υπάρχει επιφυλακτικότητα όταν ο ισχυρισμός δεν προβληθεί στο ανακριτικό στάδιο, αλλά αυτό μπορεί να οφείλεται σε αποδεικτικές δυσκολίες ή ανεπαρκή ενημέρωση των κατηγορουμένων.
3. **Ψυχιατρική Πραγματογνωμοσύνη:** Η αξιολόγηση της ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης ποικίλλει, με στερεότυπα και έλλειψη γνώσης να επηρεάζουν συχνά την κρίση. Ο δικαστής δύναται να αποφασίσει κατά την απροσωπώληπτη κρίση του διαφορετικά από το συμπέρασμα της πραγματογνωμοσύνης, αλλά με εμπειριστατωμένη αιτιολογία.
4. **Ικανότητα Καταλογισμού:** Η νομολογία συχνά ταυτίζει την ικανότητα καταλογισμού με τον δόλο ή τον προσχεδιασμό της πράξης, κάτι που δεν είναι πάντα σωστό. Η ψυχική διαταραχή μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα καταλογισμού, ανεξαρτήτως του σχεδιασμού του εγκλήματος.
5. **Ψυχικές/Διανοητικές Διαταραχές:** Η νομολογία δέχεται κυρίως τις βαριές μορφές ψυχώσεων, όπως η σχιζοφρένεια παρανοειδούς τύπου, για την απαλλαγή από κατηγορίες. Άλλες διαταραχές, όπως η διπολική διαταραχή, συνήθως οδηγούν σε μείωση της ποινής.
6. **Σύγκρουση Καθηκόντων:** Η νομολογία και η θεωρία αναγνωρίζουν ότι ο ποινικός νομοθέτης δεν τυποποίησε ούτε προέβλεψε όλες τις οριακές καταστάσεις που αίρουν τον καταλογισμό. Ωστόσο, οι

περιπτώσεις σύγκρουσης καθηκόντων πρέπει να εξετάζονται προσεκτικά για να διαπιστωθεί αν συνιστούν ανυπέρβλητα ηθικά διλήμματα.

Με την εισαγωγή του άρθρου 33 ΠΚ, η σύγκρουση καθηκόντων ως λόγος άρσης του καταλογισμού θεσμοθετείται, παρέχοντας μια σαφή βάση για την αντιμετώπιση τέτοιων περιπτώσεων. Η νέα διάταξη αναμένεται να προσφέρει μια πιο σταθερή κατεύθυνση στη νομολογία, μειώνοντας την αβεβαιότητα και την ερμηνευτική ευχέρεια των δικαστών.

Συνολικά, η θεωρία έχει καταφέρει να καλύψει επαρκώς το πεδίο της ενοχής που συνδέεται με την ποινική καταστολή, αλλά παραμένει πάντα επίκαιρο και πολυεπίπεδο θέμα. Η νομολογία, αν και εμφανίζει βελτιώσεις με την πάροδο του χρόνου, εξακολουθεί να αντιμετωπίζει προκλήσεις στην εφαρμογή των κανόνων. Η συνεχής πρόοδος της νευροβιολογίας, της ψυχιατρικής, των επιστημών υγείας, η συνεχής παρακολούθηση των εξελίξεων αυτών από το νομικό κόσμο και η θεσμοθέτηση νέων διατάξεων ως προϊόν διαλόγου των παραπάνω, αναμένεται να συμβάλουν στη βελτίωση της κατανόησης και της εφαρμογής του καταλογισμού στην ενοχή.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Τα μέτρα ασφαλείας

Η ανάγκη για μέτρα ασφαλείας προέκυψε από το κενό στην ποινική αντιμετώπιση δραστών που τέλεσαν άδικες πράξεις, αλλά δεν μπορούσαν να θεωρηθούν υπαίτιοι λόγω ψυχικής ή διανοητικής κατάστασης. Η ποινή επιτελεί τους στόχους της μόνο όταν επιβάλλεται σε άτομα που μπορούν να κατανοήσουν το άδικο της πράξης και την τιμωρία ως δίκαιη ανταπόδοση.

Το Ελληνικό Ποινικό Δίκαιο των αρχών του 20ού αιώνα, επηρεασμένο από την ιταλική Θετική Σχολή, εισήγαγε μέτρα κοινωνικής άμυνας για την εξουδετέρωση της επικινδυνότητας των παραφρόνων και των καθ' έξη εγκληματιών. Η προσέγγιση αυτή ενσωματώθηκε στους περισσότερους Ποινικούς Κώδικες, αντιμετωπίζοντας τους ακαταλόγιστους εγκληματίες μέσω αόριστης διάρκειας κράτησης σε κατάλληλα ιδρύματα.

Η Καθιέρωση των Μέτρων Ασφαλείας στον ΠΚ

Το ελληνικό Ποινικό Δίκαιο υιοθέτησε το δυαδικό σύστημα, συνδυάζοντας ποινές και μέτρα ασφαλείας. Τα μέτρα ασφαλείας περιλαμβάνουν: α) Θεραπευτικά μέτρα για ψυχικά ή διανοητικά ασθενείς (άρθρο 69 ΠΚ), β) Εισαγωγή αλκοολικών και τοξικομανών σε θεραπευτικό κατάστημα (άρθρο 71 ΠΚ), γ) Παραπομπή σε κατάστημα εργασίας (άρθρο 72 ΠΚ), δ) Απαγόρευση διαμονής (άρθρο 73 ΠΚ), ε) Απέλαση αλλοδαπών (άρθρο 74 ΠΚ), στ) Δήμευση (άρθρο 76 ΠΚ), ζ) Αναμορφωτικά μέτρα για ανήλικους (άρθρο 122 ΠΚ), η) Θεραπευτικά μέτρα για ανήλικους (άρθρο 123 ΠΚ).

Τα μέτρα ασφαλείας επιβάλλονται είτε ως αναπλήρωση όταν η αξιόποινη πράξη δεν μπορεί να καταλογιστεί σε ενοχή του δράστη, είτε ως συμπληρωματικό μέτρο για την αντιμετώπιση της επικινδυνότητας του δράστη, σε ένα τύπου δυαδικό σύστημα

Η εξέλιξη της Κοινωνικής Άμυνας επικεντρώθηκε στην καθιέρωση μέτρων ασφαλείας, ενώ το κίνημα της «Νέας Κοινωνικής Άμυνας» προώθησε την ιδέα της προστασίας του εγκληματία από κοινωνικούς κινδύνους μέσω επιστημονικής μεταχείρισης αντί για την παραδοσιακή τιμωρία. Η προσέγγιση αυτή δεν είχε τιμωρητικό χαρακτήρα, αλλά στόχευε στο σωφρονισμό και την επανένταξη του ατόμου στην κοινωνία.

Παρά το γεγονός ότι οι ιδέες της «Νέας Κοινωνικής Άμυνας» δεν επικράτησαν πλήρως, άφησαν σημαντικό αποτύπωμα, εισάγοντας έναν θεραπευτικό προσανατολισμό στα μέτρα ασφαλείας. Στον ελληνικό Ποινικό Κώδικα, ο θεραπευτικός χαρακτήρας αναφέρεται συνοπτικά, αλλά η θεωρία ανέπτυξε περαιτέρω την έννοια της επανακοινωνικοποίησης των εγκληματιών.

Η νομοθετική αλλαγή με τον ν. 4509/2017 εξέφρασε με σαφήνεια αυτήν τη λογική, ενισχύοντας τον θεραπευτικό χαρακτήρα των μέτρων ασφαλείας, προωθώντας την επιστημονική μεταχείριση και την επανένταξη των εγκληματιών στην κοινωνία, αντί της απλής τιμωρίας.

Εννοιολογική Σύγχυση Ποινών και Μέτρων Ασφαλείας και Νέες Προοπτικές

Υπάρχει σαφής διάκριση των μέτρων ασφαλείας από την ποινή. Τα όρια όμως δεν είναι τόσο ξεκάθαρα όταν εξυπηρετούν αποκλειστικά τον σκοπό προφύλαξης της κοινωνίας, αλλά η διάκριση αυτή είναι ασαφής. Οι ποινές έχουν εξασφαλιστική λειτουργία, και τα μέτρα ασφαλείας αποτελούν συχνά ένα «εναλλακτικό δεινό ισοδύναμο» της ποινής, περιλαμβάνοντας πολλές φορές μακροχρόνια στέρηση της ελευθερίας.

Αυτή η εννοιολογική και πρακτική όσμωση ποινών και μέτρων ασφαλείας οδήγησε στην ανάγκη μιας σαφούς λειτουργικής οριοθέτησης των δύο αυτών κυρώσεων. Η νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (ΕΔΔΑ) απαιτεί για κάθε μέτρο περιοριστικό των ατομικών και προσωπικών ελευθεριών να προβλέπεται ρητά και να συνοδεύεται από αυξημένες δικαστικές εγγυήσεις.

Η διατήρηση του δυαδικού συστήματος προϋποθέτει αυξημένες εγγυήσεις για τα δικαιώματα των ατόμων ενώ δίνει προτεραιότητα στο θεραπευτικό χαρακτήρα των μέτρων ασφαλείας. Η ενίσχυση του θεραπευτικού χαρακτήρα των μέτρων ασφαλείας, όπως προβλέπεται από τον ν. 4509/2017, αποτελεί

σημαντικό βήμα προς την κατεύθυνση αυτή, διασφαλίζοντας ότι τα μέτρα επιβάλλονται με αυξημένες εγγυήσεις και προτεραιότητα στη θεραπεία και την επανένταξη των δραστών στην κοινωνία.

Το Προϊσχύσαν Δίκαιο (Άρθρα 69, 70 και 38-41 ΠΚ)

Προκειμένου να αξιολογηθούν οι αλλαγές που έφερε ο Ν. 4509/2017, είναι σημαντικό να εξεταστεί το νομικό πλαίσιο που ίσχυε πριν, καθώς και η κριτική που είχε διατυπωθεί στη θεωρία σχετικά με την ανάγκη αλλαγών. Η μεταχείριση των ακαταλόγιστων δραστών μέσω του εγκλεισμού σε θεραπευτικά καταστήματα νομοθετήθηκε για πρώτη φορά με την κύρωση του Ποινικού Κώδικα του 1950. Πριν από αυτή τη νομοθετική παρέμβαση, δεν υπήρχαν μέτρα που να προβλέπουν τη θεραπεία των ακαταλόγιστων εγκληματιών.

Σύμφωνα με τον καθ. Γαρδίκια το 1951, πριν το 1950, ο παράφρων ακαταλόγιστος εγκληματίας απαλλασσόταν από κάθε ποινή και, ως κοινώς επικίνδυνος, απελευθερωνόταν χωρίς να λαμβάνονται προληπτικά μέτρα. Αυτό ανέθετε την πρόληψη των εγκλημάτων στην αστυνομία αντί στη δικαιοσύνη. Η νέα νομοθεσία έδωσε στο δικαστή την ευχέρεια να επιβάλλει μέτρα ασφαλείας για την πρόληψη μελλοντικών εγκλημάτων και την προφύλαξη της κοινωνίας.

Η αντιμετώπιση των ακαταλόγιστων δραστών εντάχθηκε στο σύστημα των περιοριστικών της ελευθερίας μέτρων ασφαλείας, όπως αυτά προβλέπονταν στα άρθρα 69-70 του Ποινικού Κώδικα. Η αποστέρηση της ελευθερίας για τους ακαταλόγιστους δράστες συνιστά στην πραγματικότητα προληπτικό – προβλεπτικό μέτρο που επιβάλλεται αντί της ποινής. Δεν αποτελεί ποινή με την κυριολεκτική έννοια δηλαδή δεν είναι κατασταλτικό μέτρο, αφού δεν ανήκει στο σύστημα των ποινών.

Η αρχική προσέγγιση ήταν ότι ο εγκλεισμός των ακαταλόγιστων αποσκοπεί στην προστασία της κοινωνίας από επικίνδυνους δράστες. Σήμερα, επικρατεί

η άποψη ότι ο κύριος σκοπός του μέτρου είναι θεραπευτικός. Η αποδοχή του άρθρου 69 ΠΚ σε ένα σύγχρονο δικαιοκρατικό σύστημα ποινικού δικαίου είναι αποδεκτή μόνο υπό την προϋπόθεση ότι προτεραιότητα έχει ο θεραπευτικός σκοπός, αλλιώς το μέτρο προσκρούει στη συνταγματική επιταγή περί σεβασμού και προστασίας της αξίας του ανθρώπου (άρθρο 2 παρ. 1 Σ). Στο προϊσχύσαν δίκαιο, η διάταξη του άρθρου 70 παρ. 2 ΠΚ συνέδεε τη διάρκεια της φύλαξης του ακαταλόγιστου με την επικινδυνότητα του και τη δημόσια ασφάλεια.

Ορισμένοι θεωρητικοί υποστηρίζουν ότι ο εγκλεισμός του ψυχασθενούς αποσκοπεί πρωτίστως στην προστασία του κοινωνικού συνόλου από τον επικίνδυνο δράστη μελλοντικών εγκλημάτων, ενώ άλλοι προτάσσουν τον θεραπευτικό σκοπό του μέτρου. Η νομολογία προσπαθεί να συγκεράσει τις δύο απόψεις, αν και δίνει έμφαση στην ενδεχόμενη επικινδυνότητα του ψυχασθενούς. Ωστόσο, η επικρατούσα άποψη είναι ότι με την υποχώρηση του θεραπευτικού σκοπού, ο ακαταλόγιστος δράστης γίνεται αντικείμενο καταστολής, κάτι που έρχεται σε αντίθεση με τις αρχές του σεβασμού και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου (άρθρο 2 Σ). Εξ' αυτού του λόγου, η αναγκαστική θεραπεία μπορεί να δικαιολογηθεί μόνο όταν κρίνεται απαραίτητη σύμφωνα με τους κανόνες της ψυχιατρικής επιστήμης.

Τα Στοιχεία του Παλιού Άρθρου 69 ΠΚ

Σύμφωνα με το προϊσχύσαν άρθρο 69 ΠΚ, "αν κάποιος, λόγω νοσηρής διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών του (άρθρο 34) ή κωφαλαλίας (άρθρο 33 παρ. 1), απαλλάχθηκε από την ποινή ή τη δίωξη για κακούργημα ή πλημμέλημα, για το οποίο ο νόμος απειλεί ποινή ανώτερη από έξι μήνες, το δικαστήριο διατάσσει τη φύλαξή του σε δημόσιο θεραπευτικό κατάστημα εφόσον κρίνει ότι είναι επικίνδυνος για τη δημόσια ασφάλεια".

Για να επιβληθεί το μέτρο της φύλαξης του ακαταλόγιστου εγκληματία, το άρθρο 69 ΠΚ προέβλεπε δύο βασικές προϋποθέσεις. Πρώτον την τέλεση αξιόποινης πράξης συγκεκριμένης βαρύτητας από ακαταλόγιστο δράστη και δεύτερο την επικινδυνότητα του δράστη για τη δημόσια ασφάλεια.

Όσον αφορά στην πρώτη προϋπόθεση, η επιβολή του μέτρου προϋποθέτει την τέλεση αξιόποινης πράξης από δράστη που όμως κατά την τέλεση αυτής, βρισκόταν σε κατάσταση νοσηρής διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών του, όπως προβλέπεται στο άρθρο 34 ΠΚ, ή κωφαλαλίας, όπως προβλέπεται στο άρθρο 33 παρ. 1 ΠΚ. Φυσικά μόνο η ύπαρξη νοσηρής ψυχικής διαταραχής χωρίς τέλεση αξιόποινης πράξης δεν αρκεί για την επιβολή του μέτρου.

Σύμφωνα με την κριτική της θεωρίας, το άρθρο 69 ΠΚ δεν καθορίζει τη βαρύτητα της πράξης που μπορεί να οδηγήσει στην επιβολή του μέτρου ασφαλείας, σε αντίθεση με την γερμανική νομοθεσία, η οποία απαιτεί την πρόβλεψη σοβαρών εγκλημάτων. Η ασάφεια του νόμου δεν σημαίνει ότι οποιαδήποτε αξιόποινη πράξη μπορεί να οδηγήσει σε εγκλεισμό, αλλά ότι πρέπει να υπάρχουν πράξεις ανάλογης βαρύτητας ώστε να δικαιολογούν τον εγκλεισμό.

Για την επιβολή του μέτρου, απαιτείται η τέλεση μιας πλήρους άδικης πράξης. Η ύπαρξη πεπλανημένων παραστάσεων λόγω ψυχικής διαταραχής δεν μπορεί να αποκλείσει την εφαρμογή του μέτρου ασφαλείας, καθώς σκοπός αυτού είναι η προστασία της δημόσιας ασφάλειας.

Η διάταξη του άρθρου 69 ΠΚ δεν εφαρμόζεται όταν απουσιάζουν διαδικαστικές προϋποθέσεις, όπως η μη υποβολή έγκλησης σε κατ' έγκληση διωκόμενο αδίκημα. Η έννοια της επικινδυνότητας του ακαταλόγιστου δράστη καλύπτει το ενδεχόμενο τέλεσης νέων αδικημάτων λόγω των ψυχοδυναμικών όρων της προσωπικότητάς του. Η επικινδυνότητα πρέπει να θεμελιώνεται σε πραγματικά γεγονότα και όχι μόνο σε ιδιότητες της ψυχικής ασθένειας.

Η κρίση για την επικινδυνότητα πρέπει να βασίζεται σε εμπειρικά στοιχεία και η επιβολή του μέτρου είναι δυνατό να κριθεί και από το δικαστικό συμβούλιο, πριν την οριστική καταδίκη του δράστη. Η έννοια της επικινδυνότητας έχει αμφισβητηθεί τόσο από τη θεωρία όσο και από τη νομολογία, καθώς θεωρείται ότι δεν μπορεί να προβλεφθεί με βεβαιότητα η μελλοντική συμπεριφορά του δράστη.

Η επικινδυνότητα του ακαταλόγιστου πρέπει να σχετίζεται με τη δημόσια ασφάλεια και να βασίζεται σε σοβαρά εγκλήματα που μπορεί να διαταράξουν τη ειρηνική έννομη τάξη. Η κρίση για την επικινδυνότητα πρέπει να βασίζεται στην ψυχική και πνευματική κατάσταση του δράστη κατά τον χρόνο έκδοσης της απόφασης.

Η ψυχική κατάσταση του δράστη πρέπει να υφίσταται τόσο κατά τον χρόνο τέλεσης της πράξης όσο και κατά τον χρόνο έκδοσης της απόφασης. Αν η επικινδυνότητα είναι απύσαστα κατά τη στιγμή της δικαστικής κρίσης, δεν υπάρχει περιθώριο επιβολής του μέτρου ασφαλείας. Η ψυχική ασθένεια δεν θεμελιώνει από μόνη της την επικινδυνότητα του ψυχασθενούς, καθώς δεν είναι πάντα προβλέψιμο ότι θα διαπράξει νέα εγκλήματα. Η επικινδυνότητα πρέπει να σχετίζεται με σοβαρή και βάσιμη απειλή για τη δημόσια ασφάλεια και όχι αποκλειστικά για τον ίδιο τον δράστη.

Όταν συντρέχουν οι προϋποθέσεις του άρθρου 69 ΠΚ, η επιβολή του μέτρου της φύλαξης είναι υποχρεωτική εκτός αν υπάρχουν λιγότερο επαχθή μέτρα για την επίτευξη του σκοπού. Η σωρευτική επιβολή του μέτρου για νεότερες πράξεις δεν είναι θεμιτή, καθώς δεν εξυπηρετεί τον θεραπευτικό σκοπό του μέτρου.

Τα Στοιχεία του Άρθρου 70 ΠΚ

Σύμφωνα με το προϊσχύσαν άρθρο 70 ΠΚ, "για να εκτελεσθεί η διάταξη της απόφασης που αφορά τη φύλαξη, φροντίζει η εισαγγελική αρχή. Η φύλαξη συνεχίζεται όσο χρόνο το επιβάλλει η δημόσια ασφάλεια. Κάθε τρία έτη το δικαστήριο των πλημμελειοδικών αποφασίζει αν αυτή πρέπει να εξακολουθήσει και μπορεί οποτεδήποτε, με αίτηση του εισαγγελέα ή της διεύθυνσης του καταστήματος, να διατάξει την απόλυση του φυλακισμένου".

Η εκτέλεση της απόφασης για εγκλεισμό γίνεται υπό την επιμέλεια της εισαγγελικής αρχής. Η παράγραφος 2 του άρθρου 70 ΠΚ προβλέπει ότι η φύλαξη εξακολουθεί όσο χρόνο επιβάλλει η απειλή της δημόσιας ασφαλείας, γεγονός που αποσυνδέει τον εγκλεισμό από τον θεραπευτικό σκοπό του μέτρου και μπορεί να οδηγήσει στη συνέχιση του εγκλεισμού πλήρως

ιαθέντων ατόμων, κάτι που αντιβαίνει στην προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Η ορθή ερμηνεία της διάταξης επιβάλλει την εφαρμογή της με τον συνδυασμό των προϋποθέσεων του άρθρου 69 ΠΚ, δηλαδή και την ύπαρξη νοσηρής διαταράξεως των πνευματικών λειτουργιών του εγκλείστου.

Η παράγραφος 3 του άρθρου 70 ΠΚ καθιερώνει περιοδικό έλεγχο ανά τριετία με σκοπό τον έλεγχο για την εξακολούθηση ή τη λήξη του εγκλεισμού. Ο περιοδικός έλεγχος ανά τριετία θεωρείται αναχρονιστικός και δύσκολα εναρμονίζεται με τις επιταγές που απαιτεί η νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων περί ευλόγου χρόνου. Ωστόσο, το δικαστήριο μπορεί οποτεδήποτε να διατάξει την απόλυση του εγκλείστου ατόμου, κατόπιν σχετικής αιτήσεως του εισαγγελέα ή του θεραπευτικού καταστήματος, αλλά όχι του ίδιου του εγκλείστου.

Η απόφαση για τη εξακολούθηση ή λήξη του μέτρου ασφαλείας δεν υπόκειται σε ένδικο μέσο.

Δικονομικά Ζητήματα

Η άρνηση του κυρωτικού χαρακτήρα του μέτρου, το γεγονός δηλαδή ότι δεν θεωρείται ποινή έχει σημαντικές δικονομικές συνέπειες. Οι εγκλεισμένοι σε θεραπευτικά καταστήματα ακαταλόγιστοι δράστες δεν υπόκεινται στις διατάξεις που αφορούν στην υπ' όρον απόλυση ή χάρη, και ο χρόνος εγκλεισμού τους δεν προσμετράται στον χρόνο προσωρινής κράτησης. Η εισαγωγή σε δημόσιο θεραπευτικό κατάστημα διατάσσεται από το δικαστήριο είτε ο δράστης απαλλαγεί από την κατηγορία με απαλλακτικό βούλευμα είτε απαλλαγεί από την ποινή κατά την κύρια διαδικασία λόγω ακαταλόγιστου, εάν κριθεί ότι είναι επικίνδυνος για τη δημόσια ασφάλεια.

Η διάταξη του άρθρου 69 ΠΚ υποδηλώνει ότι μόνο το καθ' ύλην αρμόδιο δικαστήριο μπορεί να αποφασίσει για τον εγκλεισμό σε θεραπευτικό κατάστημα. Η γραμματική ερμηνεία διαχωρίζει σαφώς τον όρο "δικαστήριο" από τον όρο "δικαστικό συμβούλιο", ενισχύοντας το επιχείρημα ότι η διαδικασία πρέπει να περιλαμβάνει τις εγγυήσεις της ποινικής δίκης (δημοσιότητας, προφορικότητας και αμεσότητας). Τόσο η θεωρία όσο και η

νομολογία υιοθετούν παρά ταύτα, την ευρύτερη έννοια του "δικαστηρίου" που περιλαμβάνει και το δικαστικό συμβούλιο. Αυτή η ερμηνεία θεωρείται ορθή, καθώς επιτρέπει την εφαρμογή του μέτρου ασφαλείας ακόμα και όταν η διαδικασία σταματά λόγω ακαταλόγιστου του κατηγορουμένου.

Κατά την επικρατούσα άποψη, η απόφαση που επιβάλλει το μέτρο ασφαλείας του άρθρου 69 ΠΚ είναι απαλλακτική, καθώς η καταδικαστική απόφαση προϋποθέτει την κατάγνωση της ενοχής και την επιβολή ποινής. Συνεπώς, ο ακαταλόγιστος στερείται του βασικού δικαιώματος άσκησης ένδικου μέσου κατά της απόφασης, στερείται δηλαδή τον δεύτερο βαθμό δικαιοδοσίας. Ακόμη και αν θεωρήσουμε τη απόφαση καταδικαστική, δεν θεμελιώνεται δικαίωμα άσκησης έφεσης, καθώς ο εγκλεισμός σε θεραπευτικό κατάστημα δεν περιλαμβάνεται στις κυρώσεις που αναφέρονται στο άρθρο 489 ΚΠΔ. Αν και αυτή η άποψη με την ισχύουσα νομοθεσία είναι ορθή, δεν συμβαδίζει με τις σύγχρονες θεωρητικές αντιλήψεις, οι οποίες τονίζουν τη δυνατότητα επανελέγχου μιας απόφασης που επιβάλλει περιορισμό της ελευθερίας, προκειμένου να προστατευθεί η ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

Οι Αλλαγές που Επέφερε ο Ν. 4509/2017 στο Νομοθετικό Πλαίσιο για τα Μέτρα Θεραπείας

Ο Ν. 4509/2017 έφερε σημαντικές τροποποιήσεις στο νομικό πλαίσιο που αφορά στα μέτρα θεραπείας για άτομα που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής. Οι αλλαγές αυτές σχεδιάστηκαν για να ανταποκρίνονται στις σύγχρονες επιστημονικές και νομικές απαιτήσεις.

Μέτρα Θεραπείας

Εισαγωγικά

Πριν από την πλήρη αναθεώρηση του Ποινικού Κώδικα το 2019, με τον Ν. 4619/2019, ο Ποινικός Κώδικας του 1950 υπέστη σημαντικές αλλαγές μέσω του Ν. 4509/2017. Οι αλλαγές αυτές αφορούσαν τα μέτρα ασφαλείας για τους δράστες που κρίνονται ακαταλόγιστοι ή με μειωμένη ικανότητα καταλογισμού

λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής. Οι τροποποιήσεις ήταν αναγκαίες λόγω των διαφωνιών σχετικά με τον κύριο σκοπό των μέτρων ασφαλείας, καθώς και τη φύση και τα χαρακτηριστικά τους, τα οποία συχνά συγκρίνονται με τις ποινές, χωρίς να παρέχουν τις ίδιες εγγυήσεις, παραβιάζοντας έτσι την αρχή της ενοχής.

Η επιβολή μέτρων θεραπείας πρέπει να βασίζεται σε σαφώς καθορισμένο θεραπευτικό πλαίσιο, διαφορετικά η στέρηση της ελευθερίας για προληπτικούς λόγους προστασίας της κοινωνίας θα ήταν αντισυνταγματική. Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου έχει επανειλημμένα προσδιορίσει τους βασικούς όρους και τις απαραίτητες προϋποθέσεις για την επιβολή της αναγκαστικής ψυχιατρικής θεραπείας από το δικαστήριο:

1. **Ψυχική ασθένεια:** Η ύπαρξη ψυχικής ασθένειας, τεκμηριωμένη μέσω ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης, πρέπει να δικαιολογεί την επέμβαση στην προσωπική ελευθερία.
2. **Αδυναμία κρίσης:** Βεβαιότητα ότι ο ασθενής δεν μπορεί να αποφασίσει λογικά για το συμφέρον της υγείας του και ότι η έλλειψη θεραπείας θα προκαλέσει ανεπανόρθωτη βλάβη στην υγεία του.
3. **Θεραπευτικό αποτέλεσμα:** Επιστημονική κρίση ότι από τη λήψη του μέτρου αναμένεται βάσιμα θεραπευτικό αποτέλεσμα, με καθορισμένο τρόπο και τόπο θεραπείας.
4. **Θεραπευτικός προσανατολισμός:** Οι συνθήκες νοσηλείας πρέπει να συνάδουν με τον θεραπευτικό προσανατολισμό.
5. **Ανώτατο όριο νοσηλείας:** Ανώτατο όριο νοσηλείας και ταυτόχρονα έλεγχο της νομιμότητάς του με συνεχή επανεξέταση του εγκλεισμού και της πορείας της υγείας του ασθενή.
6. **Ένδικο μέσο:** Δυνατότητα του ασθενή να ασκήσει ένδικο μέσο κατά της απόφασης και να ζητήσει τον έλεγχο της δικαστικής κρίσης και της νομιμότητας της κράτησής του.

Ο Ν. 4509/2017 έθεσε έμφαση στη θεραπευτική προσέγγιση για άτομα με ψυχική ασθένεια που έχουν διαπράξει έγκλημα, ακολουθώντας τα διεθνή πρότυπα και τις αρχές της αποασυλοποίησης υπέρ της κοινοτικής φροντίδας ψυχικής υγείας. Ο εγκλεισμός σε θεραπευτική μονάδα δεν πρέπει να έχει τον

χαρακτήρα της τιμωρίας, ούτε το νοσοκομείο μπορεί να θεωρηθεί ως φυλακή. Είναι απαραίτητο τα άτομα που κρίθηκαν αθώα λόγω ψυχικής διαταραχής να λαμβάνουν τις αναγκαίες θεραπευτικές μεθόδους και πρακτικές, και όχι να κρατούνται μόνο για προληπτικούς λόγους.

Ο εγκλεισμός για θεραπευτικούς λόγους είναι ένα εξαιρετικό μέτρο και θα πρέπει να εφαρμόζεται με αυστηρές προϋποθέσεις. Αυτές αφορούν πρωτίστως την ύπαρξη της ασθένειας και την αναμενόμενη θεραπευτική αποτελεσματικότητα. Η αναγκαστική νοσηλεία μόνο λόγω "επικίνδυνης συμπεριφοράς" δεν μπορεί να είναι αποδεκτή σε ένα σύγχρονο κράτος δικαίου, όπως προκύπτει από το άρθρο 69 παρ. 2 ΠΚ ("Τα μέτρα ασφαλείας δεν μπορούν να επιβληθούν όταν η επιβολή τους παραβιάζει την αρχή της αναλογικότητας ενόψει της βαρύτητας της πράξης που έχει τελεστεί, της πράξης που υπάρχει κίνδυνος να τελεστεί, καθώς και της έντασης αυτού του κινδύνου").

Ο νέος Ποινικός Κώδικας (Ν. 4619/2019) διατήρησε τις διατάξεις που εισήγαγε ο Ν. 4509/2017 στα άρθρα 69, και 70, σχετικά με τα μέτρα θεραπείας ατόμων που απαλλάσσονται από την ποινή.

Έννοιες και Ορισμοί

Αρχικά, είναι σημαντικό να σημειωθούν οι αλλαγές στις έννοιες που αφορούν τη φύλαξη ατόμων που κρίνονται ακαταλόγιστα λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής. Μέχρι σήμερα, οι έννοιες αυτές είχαν θεμελιωθεί στο γενικό μέρος του Ποινικού Κώδικα, έχοντας έντονα φυλακτικά και όχι θεραπευτικά χαρακτηριστικά, ενισχύοντας το στερεότυπο του "επικίνδυνου ψυχασθενή" και φυσικά ένα στιγματιστικό χαρακτήρα.

Οι νέες ρυθμίσεις αναφέρονται σε "άτομα που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής". Επιπλέον, η έννοια της επικινδυνότητας αντικαθίσταται από την κρίση ότι "εξαιτίας της κατάστασης του υπαιτίου, υπάρχει κίνδυνος κατά την έκδοση της απόφασης να τελέσει άλλα εγκλήματα ανάλογης βαρύτητας αν αφεθεί ελεύθερος". Ο τίτλος του

άρθρου 70 από "διάρκεια της φύλαξης" επαναδιατυπώνεται σε "διάρκεια του θεραπευτικού μέτρου".

Η χρήση του όρου "ακαταλόγιστος εγκληματίας" είναι αδόκιμη, καθώς στην προκειμένη περίπτωση δεν έχουμε έγκλημα, δεδομένου ότι απουσιάζει η κατάφαση του καταλογισμού. Η επιλογή του νομοθέτη να αναφέρεται σε έγκλημα διευκρινίζεται στην Αιτιολογική Έκθεση του Ν. 4509/2017, όπου καθίσταται σαφές ότι για την επιβολή του μέτρου δεν αρκεί η διαπίστωση της τέλεσης μιας άδικης πράξης, αλλά πρέπει να βεβαιώνεται και κατά την υποκειμενική της υπόσταση. Διαφορετικά, το μέτρο θα επιβαλλόταν σε ένα άτομο που αν δεν ήταν ακαταλόγιστο δεν θα μπορούσε να τιμωρηθεί.

Προϋποθέσεις Επιβολής

Οι προϋποθέσεις για την επιβολή του θεραπευτικού μέτρου είναι οι ακόλουθες:

1. **Αδίκημα με Ποινή Φυλάκισης:** Για να επιβληθεί το θεραπευτικό μέτρο, το αδίκημα πρέπει να απειλείται με ποινή φυλάκισης τουλάχιστον ενός έτους. Επιπλέον, δεν πρέπει να πρόκειται για έγκλημα κατά της περιουσίας και της ιδιοκτησίας ιδίως αν δεν εμπεριέχει στοιχεία βίας (άρθρο 69Α ΠΚ). Ο νομοθέτης αποδέχεται την παρέμβαση στην προσωπική ελευθερία όταν η πράξη στρέφεται κατά εννόμων αγαθών αυξημένης απαξίας, και εμπεριέχει στοιχεία βίας. Ωστόσο, ο κανόνας αυτός κάμπτεται για όλα συλλήβδην τα εγκλήματα κατά της ζωής ή της σωματικής ακεραιότητας που απειλούνται με ποινή φυλάκισης τουλάχιστον τριών μηνών. Αυτή η πρόβλεψη, είναι σαφώς αυστηρότερη του Ποινικού Κώδικα του 1950. Δικαιολογείται για να μπορεί να επιβληθεί και στην περίπτωση της επικίνδυνης σωματικής βλάβης, κάτι που προηγουμένως δεν ήταν εφικτό. Παρόλα αυτά, η μείωση του ελάχιστου ορίου ποινής στους τρεις μήνες θέτει

ερωτήματα αναλογικότητας, δεδομένου ότι μπορεί να οδηγήσει ενδεχομένως στην επιβολή του μέτρου ακόμα και σε περιπτώσεις ανθρωποκτονίας από αμέλεια.

2. **Ψυχική ή Διανοητική Διαταραχή:** Η επιβολή θεραπευτικών μέτρων απαιτεί να υπάρχει ψυχική ή διανοητική διαταραχή τόσο κατά το χρόνο τέλεσης της πράξης όσο και κατά το χρόνο επιβολής του μέτρου, σύμφωνα με τις βασικές αρχές που έχει θέσει το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου. Η ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη είναι απαραίτητο εργαλείο για τη δικαστική κρίση και την επιλογή του κατάλληλου θεραπευτικού μέτρου. Η νέα διάταξη του άρθρου 69Α ΠΚ απαιτεί η ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη να διενεργείται δύο φορές. Η πρώτη διενεργείται κατά τη σύλληψη και στη συνέχεια η δεύτερη κοντά στην εκδίκαση της υπόθεσης, ώστε να υπάρχει πλήρης εικόνα της κατάστασης του κατηγορουμένου.
3. **Κρίση Επικινδυνότητας:** Το δικαστήριο επιβάλλει το θεραπευτικό μέτρο αν κρίνει ότι εξαιτίας της κατάστασής του, υπάρχει κίνδυνος τελέσεως άλλης ανάλογης βαρύτητας αδικημάτων. Αυτή η διατύπωση αντικαθιστά την αόριστη έννοια της «επικινδυνότητας» και απαιτεί η κρίση για τη συνδρομή της πρόβλεψης να ανάγεται στο χρόνο εκδίκασης της πράξης, αξιολογώντας την παρούσα κατάσταση του δράστη.
4. **Ενδονοσοκομειακή και Εξωνοσοκομειακή Θεραπεία:** Το δικαστήριο μπορεί να επιβάλει θεραπευτικό μέτρο σε διάφορες δομές, όπως νοσηλεία σε δημόσιο ψυχιατρικό ή γενικό νοσοκομείο, υποχρεωτική θεραπεία και ψυχιατρική παρακολούθηση σε εξωνοσοκομειακή μονάδα ψυχικής υγείας ή εξωτερικά ιατρεία. Με αυτόν τον τρόπο αποφεύγεται η ασυλική προσέγγιση της ψυχικής ασθένειας και προωθείται η κοινωνική επανένταξη.

Οι κανόνες εκτέλεσης των θεραπευτικών μέτρων περιλαμβάνονται στα άρθρα 9-20 του Ν 4509/2017, τα οποία παραμένουν σε ισχύ και εφαρμόζονται πλήρως.

Η απόφαση για την επιβολή του μέτρου θεραπείας από το δικαστήριο

Η μεταρρύθμιση στον τομέα των μέτρων θεραπείας, όπως προβλέπεται στο άρθρο 69Α του Ποινικού Κώδικα (ΠΚ), αποτελεί ένα σημαντικό βήμα προς την κατεύθυνση της διασφάλισης των δικαιωμάτων των ατόμων που κρίνονται ακαταλόγιστα λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής. Ένα από τα βασικά στοιχεία αυτής της μεταρρύθμισης είναι η πρόβλεψη ότι η απόφαση για την επιβολή του μέτρου θεραπείας λαμβάνεται αποκλειστικά από το δικαστήριο. Έτσι αφαιρείται ρητά η δυνατότητα αυτή από το δικαστικό συμβούλιο, όπως συνέβαινε κατά το προηγούμενο καθεστώς πριν την εφαρμογή του Νόμου 4509/2017. Αυτή η αλλαγή είναι εξαιρετικά σημαντική, καθώς πρόκειται για ένα μέτρο που έχει επιπτώσεις στην ελευθερία του ατόμου, ακόμα και αν αυτό γίνεται για θεραπευτικούς λόγους. Ως εκ τούτου, απαιτείται το λειτουργικό και εγγυητικό πλαίσιο του χαρακτήρα της ποινικής δίκης, με την παρουσία και την υπεράσπιση του κατηγορουμένου.

Σύμφωνα με το άρθρο 313 του νέου Κώδικα Ποινικής Δικονομίας το δικαστικό συμβούλιο έχει πλέον την αρμοδιότητα να διατάσσει την εισαγωγή της υπόθεσης στο ακροατήριο του αρμόδιου δικαστηρίου. Σε περιπτώσεις όπου κρίνεται απαραίτητη η απαλλαγή από την ποινή λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής και η επιβολή θεραπευτικού μέτρου σύμφωνα με το άρθρο 69Α του νέου Ποινικού Κώδικα, το δικαστήριο εξετάζει πρώτα τις προϋποθέσεις για τη συνδρομή των όρων του άρθρου 34 ΠΚ και κατόπιν στη συνέχεια αποφασίζει για το κατάλληλο θεραπευτικό μέτρο.

Αυτή η διαδικασία παρέχει στον κατηγορούμενο τη δυνατότητα να αναπτύξει τις θέσεις του για την κατηγορία, αλλά και να εκθέσει τον ισχυρισμό του περί ανικανότητας καταλογισμού. Το δικαστήριο της παραπομπής οφείλει να ερευνήσει την ουσία της υπόθεσης στο σύνολό της. Αν κρίνει ότι συντρέχουν τα αντικειμενικά στοιχεία του εγκλήματος αλλά δεν μπορεί να καταλογίσει την πράξη στον δράστη, τότε παραπέμπει στο αρμόδιο δικαστήριο και παράλληλα επιβάλλει το κατάλληλο θεραπευτικό μέτρο, εφόσον συντρέχουν οι νόμιμες προϋποθέσεις.

Ένδικα μέσα

Παρότι η απόφαση που επιβάλλει το νέο θεραπευτικό μέτρο του άρθρου 69 ΠΚ δεν μπορεί παρά να είναι απαλλακτική, το άρθρο 7 του Ν. 4509/2017 ρητά προβλέπει ότι αυτή είναι εκκλητή. Με την προσθήκη του άρθρου 486Α στον Κώδικα Ποινικής Δικονομίας, ο κατηγορούμενος έχει το δικαίωμα να ασκήσει έφεση κατά της απόφασης που τον απαλλάσει αθώο λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής και επιβάλλει σε αυτόν θεραπευτικό μέτρο. Αυτή η ρύθμιση αντιλαμβάνεται ορθά τη στέρηση της ελευθερίας για θεραπευτικούς λόγους ως ένα δεινό για αυτόν που το υφίσταται, δεδομένου ότι η απόφαση αφορά στον πυρήνα των δικαιωμάτων του ανθρώπου και του παρέχει το δικαίωμα να εφεσιβάλλει την πρωτόδικη απόφαση και να επανακριθεί η υπόθεσή του από δευτεροβάθμιο δικαστήριο.

Πραγματογνωμοσύνη

Η ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη αποτελεί ένα αναγκαίο εργαλείο για τη δικαστική κρίση σχετικά με την επιλογή του κατάλληλου θεραπευτικού μέτρου. Σύμφωνα με το άρθρο 69 παρ. 4 ΠΚ, η πραγματογνωμοσύνη πρέπει να βεβαιώνει ότι συντρέχουν οι προϋποθέσεις επιβολής του μέτρου ασφάλειας και να προτείνει παράλληλα το κατάλληλο θεραπευτικό μέτρο. Η διάταξη του νέου άρθρου 70 παρ. 4 ΠΚ προβλέπει ότι η πραγματογνωμοσύνη απαιτείται να διενεργείται δύο φορές: αρχικά κατά τη σύλληψη και στη συνέχεια κοντά στην εκδίκαση της υπόθεσης. Αυτό επιτρέπει τον έλεγχο και την αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας του κατηγορουμένου κατά τη διάρκεια του μεσολαβούντος χρόνου και έχει σημασία για την εφαρμογή του μέτρου θεραπείας κατά την εκδίκαση της υπόθεσης και την έκδοση της απόφασης.

Η ιατρική – ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη στην ποινική διαδικασία

Ο συγκερασμός των αρμοδιοτήτων μεταξύ δικαστή και πραγματογνώμονα, στον απαραίτητο διάλογο μεταξύ τους, είναι ένα από τα πιο αμφιλεγόμενα θέματα στη δικαστική διαδικασία, δεδομένου ότι οι δύο πλευρές χρησιμοποιούν διαφορετικές «γλώσσες» για να εκφράσουν τα συμπεράσματά τους.

Ο πραγματογνώμονας εκφράζεται με όρους βιολογικούς και ψυχιατρικούς, ενώ ο δικαστής χρησιμοποιεί νομικούς και αξιολογικούς όρους. Υπάρχουν απόψεις που υποστηρίζουν ότι ο πραγματογνώμονας πρέπει να περιορίζεται στη διατύπωση των επιστημονικών ευρημάτων, αφήνοντας στον δικαστή την αξιολόγησή τους. Άλλοι, όμως, θεωρούν ότι ο ρόλος του πραγματογνώμονα είναι πιο ουσιαστικός, καθώς πρέπει να αποφανθεί κατά πόσο ο δράστης ήταν σε θέση να κατανοήσει και να συμμορφωθεί με τους κανόνες δικαίου.

Η μεθοδολογία της ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης στηρίζεται στη χρήση διαφόρων ενδεικτών, οι οποίοι βοηθούν στη διαπίστωση της ψυχικής κατάστασης του δράστη. Όσο περισσότεροι ενδείκτες υπάρχουν, τόσο πιο υποστηρίξιμη είναι η εκδοχή της ανικανότητας για καταλογοισμό. Εάν η εκδοχή αυτή είναι περισσότερο πιθανή λόγω των ευρημάτων, το δικαστήριο πρέπει να την αποδεχτεί σύμφωνα με την αρχή *in dubio pro reo*, ακόμη και αν δεν είναι απόλυτα πεπεισμένο για την ανικανότητα καταλογοισμού.

Η γνώμη του ψυχιάτρου-πραγματογνώμονα είναι σημαντική και πολλές φορές απαραίτητη, καθώς εκτιμάται στα πλαίσια της ηθικής απόδειξης (άρθρο 177 ΚΠΔ), με βάση την οποία αποφασίζει το δικαστήριο. Το δικαστήριο είναι υποχρεωμένο να αιτιολογήσει μια απόφαση που αντιτίθεται στη γνώμη του πραγματογνώμονα.

Ωστόσο, η συνεργασία μεταξύ του δικαστή και του ψυχιάτρου-πραγματογνώμονα μπορεί να παρουσιάζει προβλήματα. Η απόφαση για την ικανότητα καταλογοισμού ανήκει κυριαρχικά στον δικαστή, αλλά αυτός πρέπει να κατανοήσει και να ενστερνιστεί τις θέσεις του πραγματογνώμονα για να διαμορφώσει πειστική δικανική πεποίθηση. Η ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη, ενώ δεν δεσμεύει τον δικαστή, η απόφαση που αποκλίνει από τα πορίσματά της απαιτείται να έχει ειδική και εμπειριστατωμένη αιτιολογία.

Η πραγματογνωμοσύνη μπορεί να διακριθεί σε τρεις μορφές:

1. **Αφηρημένα πορίσματα:** Παρέχουν γενικές επιστημονικές γνώσεις.

2. **Υπαγωγή περιστατικών:** Συσχετίζουν τα περιστατικά με τους αφηρημένους κανόνες της επιστήμης.
3. **Προσωπική αντίληψη:** Βασίζεται σε συγκεκριμένα γεγονότα και παρατηρήσεις.

Η δικαστική αντιμετώπιση των ψυχοπαθών εγκληματιών αναδεικνύει τη σημαντικότητα της ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης, παρότι τα δικαστήρια αρκετά συχνά αντιμετωπίζουν με δυσπιστία, ή καχυποψία τα πορίσματα των ψυχιάτρων, γεγονός που μπορεί να οφείλεται στην διαφορετική γλώσσα όπως αναφέραμε παραπάνω. Η διενέργεια πραγματογνωμοσύνης πρέπει να διατάσσεται υποχρεωτικά όταν υπάρχουν υπόνοιες για ανικανότητα καταλογισμού, ιδίως όταν το σχετικό αίτημα προέρχεται από την υπεράσπιση.

Στη δικαστηριακή πρακτική, η απόρριψη αιτημάτων για ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη είναι συνηθισμένη, αναγκάζοντας συχνά την υπεράσπιση να προσκαλεί ψυχιάτρους ως μάρτυρες. Ο ψυχίατρος-πραγματογνώμονας εξετάζει την ψυχική κατάσταση του κατηγορουμένου κατά τον χρόνο τέλεσης του εγκλήματος και συνδυάζει τα ευρήματα του με τρέχοντα κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα. Η διάγνωση της ψυχικής κατάστασης σε παρελθόντα χρόνο και η πρόγνωση για μελλοντικές συμπεριφορές αποτελούν κρίσιμα και δισεπίλυτα ζητήματα.

Η συμβολή του ψυχίατρο-πραγματογνώμονα στην αναζήτηση της αλήθειας είναι καθοριστική, ενώ η διάγνωση της ανικανότητας ή της ελαττωμένης ικανότητας καταλογισμού προϋποθέτει αφενός τη συνεργασία με τον δικαστή, αφετέρου την κατανόηση απ' αυτόν. Σε αυτό το πλαίσιο και ο πραγματογνώμονας θα πρέπει να είναι επιστημονικά άρτια καταρτισμένος και σε θέση να αντιλαμβάνεται την γλώσσα του δικαστή και να δίνει σαφείς απαντήσεις σε σαφείς ερωτήσεις. Παρά την ελεύθερη εκτίμηση της ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης από το δικαστήριο, η τεκμηριωμένη και αιτιολογημένη απόρριψη των πορισμάτων της είναι απαραίτητη.

Η επιμόρφωση των δικαστών σε θέματα ψυχιατρικής και ψυχολογίας κρίνεται απαραίτητη για την αποτελεσματική αξιοποίηση της ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης. Η ιατροδικαστική μεθοδολογία και ο ρόλος του

πραγματογνώμονα είναι καθοριστικοί στη δικαστική διαδικασία, προσφέροντας επιστημονικά τεκμηριωμένες απόψεις που υποστηρίζουν τις δικαστικές αποφάσεις.

Η σύνδεση της ιατρικής με τη δικαιοσύνη είναι αναγκαία για την προστασία των δικαιωμάτων των πολιτών και την ορθή απονομή δικαιοσύνης. Χωρίς τη συνεργασία μεταξύ αυτών των δύο πεδίων, η διασφάλιση της σωματικής και ψυχικής υγείας και των θεμελιωδών δικαιωμάτων καθίσταται αδύνατη. Δεν πρέπει να λησμονούμε ότι λυδία λίθος της δικαστικής κρίσεως και συνειδήσεως είναι η ορθή εκτίμηση των αποδείξεων και η πραγματογνωμοσύνη είναι ένα από τα αποδεικτικά μέσα, που τίθενται στην κρίση του δικαστή στον τραχύ, ανηφορικό και δύσκολο δρόμο αναζήτησης της αλήθειας.

Η διάρκεια και η επανεξέταση του μέτρου θεραπείας

Η διάρκεια του θεραπευτικού μέτρου καθορίζεται στο άρθρο 70 του Ποινικού Κώδικα. Το άρθρο 70 παρ. 1 προβλέπει ότι στην απόφαση που διατάσσει το θεραπευτικό μέτρο πρέπει να καθορίζεται ο μέγιστος χρόνος διάρκειάς του. Αυτός δεν μπορεί να υπερβαίνει τα δύο έτη για πλημμελήματα και τα πέντε έτη για κακουργήματα. Η παράταση του μέτρου μπορεί να γίνει για τον ίδιο ανώτατο χρόνο, μόνο όταν επιβάλλεται για τις ανάγκες της θεραπείας και εξακολουθούν να υπάρχουν οι προϋποθέσεις επιβολής του. Κάθε έτος, το Τριμελές Πλημμελειοδικείο επανεξετάζει αν το θεραπευτικό μέτρο πρέπει να συνεχιστεί. Η επανεξέταση μπορεί να προκληθεί οποιοδήποτε και οποτεδήποτε δηλαδή με αίτηση του εισαγγελέα, του θεραπευομένου ή της θεραπευτικής μονάδας όπου εκτελείται το μέτρο.

Η αυτεπάγγελτη επανεξέταση και η δυνατότητα αίτησης για άρση ή αντικατάσταση του μέτρου αποτελούν σημαντικές τομές για την προστασία

των δικαιωμάτων του υφιστάμενου το μέτρο. Σε περίπτωση απόρριψης της αίτησης, νέα αίτηση μπορεί να υποβληθεί μετά την πάροδο τεσσάρων μηνών.

Τέλος, με τη διάταξη του άρθρου 70 παρ. 3 ΠΚ, προβλέπεται ο αυτεπάγγελτος διορισμός συνηγόρου, ενώπιον του Τριμελούς Πλημμελειοδικείου, στη διαδικασία της επανεξέτασης του μέτρου.

Κατάλληλο μέτρο θεραπείας

Οι νέες ρυθμίσεις περαιτέρω που εισάγονται με τον νόμο 4509/2017 διευρύνουν τη δυνατότητα επιβολής του μέτρου του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα (ΠΚ) σε περισσότερες θεραπευτικές δομές. Έτσι, αντί για την απλή "φύλαξη σε δημόσιο θεραπευτικό κατάστημα" που προβλέπονταν από τις προηγούμενες διατάξεις, οι νέες ρυθμίσεις επιτρέπουν μια πιο ευέλικτη και θεραπευτική προσέγγιση. Ειδικότερα, το άρθρο 69 παρ. 3 ΠΚ του νέου νόμου προβλέπει τις εξής επιλογές:

1. **Νοσηλεία σε ειδικό τμήμα δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου:** Αυτό το μέτρο επιτρέπει την εξειδικευμένη θεραπευτική φροντίδα των ασθενών σε ειδικά διαμορφωμένα τμήματα, προσφέροντας μια στοχευμένη προσέγγιση που ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες ανάγκες τους.
2. **Νοσηλεία σε ψυχιατρικό τμήμα δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου:** Ενδυναμώνει την θεραπευτική προσέγγιση εντός των νοσοκομείων, διασφαλίζοντας ότι οι ασθενείς λαμβάνουν την αναγκαία ψυχιατρική φροντίδα.
3. **Υποχρεωτική θεραπεία και ψυχιατρική παρακολούθηση σε κατάλληλες εξωνοσοκομειακές δομές:** Αυτό το μέτρο επιτρέπει την παροχή θεραπείας και παρακολούθησης εκτός νοσοκομειακού περιβάλλοντος, διευκολύνοντας την επανένταξη των ασθενών στην κοινότητα και μειώνοντας τον κοινωνικό αποκλεισμό.

Η αναλυτική αναφορά στους κανόνες εκτέλεσης των θεραπευτικών μέτρων γίνεται στο άρθρο 11 του Ν. 4509/2017, το οποίο διασφαλίζει την εφαρμογή των κατάλληλων θεραπευτικών μέτρων ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε

ασθενούς. Η επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής δομής για κάθε κατηγορούμενο αποφεύγει την παραδοσιακή ασυλική προσέγγιση της ψυχικής ασθένειας, που συχνά λειτουργεί ως χώρος απομόνωσης και στιγματισμού.

Η θεραπεία αποτελεί πλέον το ουσιαστικό κριτήριο για την επιβολή του μέτρου, και η επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής δομής βασίζεται στις ανάγκες του συγκεκριμένου κατηγορουμένου, ενισχύοντας τη θεραπευτική διαδικασία και προωθώντας την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.

Μέτρα θεραπείας σε δράστες μειωμένου καταλογισμού

Οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της μεταχείρισης ατόμων που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής έχουν επιδράσει και στις διατάξεις για τους δράστες μειωμένου καταλογισμού. Σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 71 ΠΚ, επιβάλλονται μέτρα συμπληρωματικά της ποινής, με κατεξοχήν θεραπευτικό χαρακτήρα, σε αναλογία με τις διατάξεις των άρθρων 69Α και 70 ΠΚ.

Συγκεκριμένα, για τους δράστες που κρίθηκε ότι τέλεσαν αξιόποινη πράξη λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής που μειώνει σημαντικά τον καταλογισμό τους, και η πράξη τους απειλείται με ποινή στερητική της ελευθερίας τουλάχιστον ενός έτους, επιβάλλεται μειωμένη ποινή. Παράλληλα διατάσσεται η εισαγωγή τους σε ψυχιατρικό παράρτημα καταστήματος κράτησης. Αυτό γίνεται όταν κριθεί ότι, λόγω της κατάστασής τους, υπάρχει κίνδυνος να τελέσουν και άλλα εγκλήματα ανάλογης βαρύτητας.

Ειδική ρύθμιση προβλέπεται για τις περιπτώσεις όπου το δικαστήριο έχει χορηγήσει αναστολή εκτέλεσης της ποινής. Σε αυτές τις περιπτώσεις, επιβάλλονται τα θεραπευτικά μέτρα του άρθρου 69Α παρ. 3 ΠΚ, εφόσον κριθεί ότι συντρέχουν οι προϋποθέσεις του άρθρου 69Α παρ. 1 ΠΚ. Αυτή η ρύθμιση προτάσσει την εξασφαλιστική λογική μέσω της άμεσης θεραπευτικής μεταχείρισης του ατόμου που κρίνεται μειωμένου καταλογισμού, καθώς θεωρείται ότι αν αφεθεί ελεύθερος, υπάρχει κίνδυνος να τελέσει και άλλα εγκλήματα ανάλογης βαρύτητας.

Μετά την ολοκλήρωση του θεραπευτικού μέτρου, ο καταδικασθείς εκτίει την ποινή του, αφαιρουμένου του χρόνου νοσηλείας στο ψυχιατρικό παράρτημα καταστήματος κράτησης ή στις μονάδες ψυχικής υγείας, ενώ το Τριμελές Πλημμελειοδικείο του τόπου εκτέλεσης του μέτρου μπορεί να διατάξει τη μη έκτιση της ποινής, αν το έγκλημα για το οποίο επιβλήθηκε είναι πλημμέλημα.

Αναλυτικές σημειολογικές μεταρρυθμίσεις του Ν. 4509/2017:

- **Αντικατάσταση Όρων:** Ο όρος «νοσηρή διατάραξη των πνευματικών λειτουργιών» αντικαταστάθηκε με τον όρο «ψυχική ή διανοητική διαταραχή», αποδίδοντας με σύγχρονους όρους το περιεχόμενο της έννοιας του Ποινικού Κώδικα και διασφαλίζοντας τη δικαιοκή ενότητα με τον Αστικό Κώδικα και τις διατάξεις του ν. 2071/1992 για την ακούσια νοσηλεία.
- **Βαρύτητα Εγκλήματος:** Η αξιόποινη πράξη πρέπει να τιμωρείται με ποινή τουλάχιστον ενός έτους. Αποκλείονται ορισμένα είδη εγκλημάτων, όπως αυτά κατά της περιουσίας και της ιδιοκτησίας που δεν εμπεριέχουν στοιχεία βίας ή απειλή βίας. Αν η πράξη στρέφεται κατά της ζωής και της σωματικής ακεραιότητας, η επιβολή του μέτρου επιτρέπεται ακόμα και για ποινές τουλάχιστον τριών μηνών.
- **Ενεργός Διαταραχή:** Η ψυχική ή διανοητική διαταραχή πρέπει να είναι ενεργός κατά τη δίκη και να επιβεβαιώνεται από δεύτερη ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη, πραγματοποιηθείσα κοντά στο χρόνο της εκδίκασης της υπόθεσης.
- **Επιλογή Θεραπευτικής Μονάδας:** Το δικαστήριο επιλέγει την κατάλληλη θεραπευτική μονάδα βάσει της ψυχιατρικής γνωμάτευσης. Η θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει ψυχοθεραπεία, φαρμακευτική αγωγή, ψυχολογική υποστήριξη, ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, ανάπτυξη δεξιοτήτων για αυτόνομη διαβίωση, κοινωνική επανένταξη, κ.α.
- **Διάρκεια Μέτρου:** Το μέτρο δεν είναι πλέον αόριστης διάρκειας, αλλά περιορίζεται σε τρία έτη για τα πλημμελήματα και πέντε έτη για τα κακουργήματα, με δυνατότητα παράτασης αν αυτό επιβάλλεται από τις

ανάγκες της θεραπείας και την ύπαρξη κινδύνου τέλεσης νέων αδικημάτων. Η ανώτατη διάρκεια μπορεί να επεκτείνεται, αλλά η παράταση πρέπει να αποφασίζεται τουλάχιστον ένα μήνα πριν τη λήξη της αρχικής διάρκειας και μόνο αν εξακολουθούν να υπάρχουν οι λόγοι που την επιβάλλουν.

- **Αναστολή και Έφεση:** Προβλέπεται ρητά η δυνατότητα άσκησης ένδικων μέσων κατά της απόφασης που παρατείνει το μέτρο. Άσκηση ένδικων μέσων και κατά της απόφασης που απορρίπτει αίτηση για άρση ή αντικατάστασή του μέτρου. Προβλέπεται επίσης η αυτεπάγγελτη επανεξέταση των προϋποθέσεων επιβολής του μέτρου ανά έτος από το αρμόδιο δικαστήριο.
- **Διασφάλιση Θεραπευτικού Σκοπού:** Στο νέο καθεστώς, το μέτρο συνεχίζεται όσο το άτομο χρειάζεται θεραπεία και όχι όσο επιβάλλεται από λόγους δημόσιας ασφάλειας.

Συμπεράσματα και προβληματισμοί

Οι μεταρρυθμίσεις του ν. 4509/2017 μετασχηματίζουν το μέτρο της φύλαξης σε πραγματικά θεραπευτικό μέτρο, ενσωματώνοντας σύγχρονες επιστημονικές και νομικές αντιλήψεις για την ψυχική υγεία και την εγκληματολογία. Η νέα ρύθμιση προωθεί την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων που υποβάλλονται στο μέτρο, δίνοντας έμφαση στη θεραπεία και την κοινωνική επανένταξη, ενώ παράλληλα ενισχύει τις διαδικαστικές εγγυήσεις για την προστασία της ελευθερίας και της αξιοπρέπειάς τους.

Οι νέες ρυθμίσεις που εισάγονται με τον Ν. 4509/2017 παρέχουν μεγαλύτερη ευελιξία στην επιλογή των θεραπευτικών μέτρων για τους δράστες που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής, ενισχύοντας τον θεραπευτικό χαρακτήρα της προσέγγισης και αποφεύγοντας την ασυλική αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας. Επιπλέον, οι ρυθμίσεις αυτές επηρεάζουν θετικά και τη μεταχείριση των δραστών μειωμένου καταλογισμού, παρέχοντας μια πιο ανθρώπινη και θεραπευτικά προσανατολισμένη προσέγγιση, που στοχεύει στην αποκατάσταση και την επανένταξη των ατόμων στην κοινωνία. Ο στόχος ήταν η αναγνώριση των

δικαιωμάτων του υποβαλλόμενου στο μέτρο ως ασθενή που χρειάζεται θεραπεία, και όχι απλά φύλαξη.

Προς μία «ποινική» ακούσια νοσηλεία;

Μετά την εισαγωγή του ν. 4509/2017, παρατηρούμε ότι το νέο νομοθετικό καθεστώς των θεραπευτικών μέτρων του άρθρου 69 ΠΚ παρουσιάζει πολλές ομοιότητες με το καθεστώς της ακούσιας νοσηλείας όπως αυτό ορίζεται στο ν. 2071/1992. Οι προϋποθέσεις εφαρμογής και η διαδικασία εκτέλεσης των δύο μέτρων έχουν πλέον πολλά κοινά σημεία. Στο άρθρο 69 ΠΚ διασαφηνίζεται ότι ο σκοπός του μέτρου και οι συνθήκες εκτέλεσής του επικεντρώνονται κυρίως στη θεραπεία, ενώ διέπονται από τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, απομακρύνοντας το μέτρο από τον αυστηρά φυλακτικό χαρακτήρα του παρελθόντος και δίνοντας σαφή θεραπευτικό προσανατολισμό. Έτσι προκύπτουν τα εξής

- **Ασφαλής Διαφοροποίηση από την Ποινή:** Τα «θεραπευτικά μέτρα» του άρθρου 69 ΠΚ δεν θεωρούνται πλέον «καλυμμένη ποινή», όπως είχε υποστηριχθεί για την παλαιότερη μορφή της διάταξης. Αντίθετα, μέσω της θεραπευτικής τους λειτουργίας επιτυγχάνεται μια σαφής διαφοροποίηση από την ποινή. Βέβαια, αυτό δεν αναιρεί το γεγονός ότι έχουν σαν συνέπεια ένα σημαντικό περιορισμό για τον υποβαλλόμενο, καθώς συνεπάγονται τη στέρηση της ελευθερίας του και την υποβολή του σε ιατρικές πράξεις χωρίς τη συναίνεσή του. Ωστόσο, αυτό αντισταθμίζεται από τις εγγυήσεις ατομικής ελευθερίας και τα δικονομικά δικαιώματα που τα συνοδεύουν, όπως και την εφαρμογή της αρχής της αναλογικότητας. Οι αλλαγές αυτές ευθυγραμμίζονται περισσότερο με τις ιδέες της «Νέας Κοινωνικής Άμυνας», που προτείνει τη θεραπευτική προσέγγιση και την επανακοινωνικοποίηση του δράστη, παρά με την κλασική ιταλική Θετική Σχολή, η οποία υποστήριζε τη διά βίου φύλαξη του επικίνδυνου εγκληματία.
- **Ποινική Ακούσια Ψυχιατρική Νοσηλεία:** Τα νέα θεραπευτικά μέτρα του άρθρου 69 ΠΚ μπορούν να χαρακτηριστούν ως ποινική ακούσια ψυχιατρική νοσηλεία. Η μόνη ουσιαστική διαφοροποίησή τους σε σχέση με την ακούσια νοσηλεία του ν. 2071/1992 έγκειται στον ποινικό

τους χαρακτήρα, δηλαδή επιβάλλονται λόγω τέλεσης αξιόποινης πράξης από ποινικό δικαστήριο και προβλέπονται από τον Ποινικό Κώδικα. Η επιλογή τους συνδέεται με τη βαρύτητα της διαπραχθείσας αξιόποινης πράξης. Κοινό χαρακτηριστικό των δύο μέτρων είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση της επικινδυνότητας του ψυχικά ασθενούς, είτε αυτή είναι προεγκληματική (*ante delictum*) στην περίπτωση της ακούσιας νοσηλείας είτε μετεγκληματική (*post delictum*) στην περίπτωση των θεραπευτικών μέτρων του άρθρου 69 ΠΚ.

- **Σύμπλεξη Θεραπευτικού και Φυλακτικού Χαρακτήρα:** Οι μεταρρυθμίσεις δεν αφαιρούν πλήρως τον φυλακτικό χαρακτήρα των μέτρων, αν και μειώνουν την έντασή του. Οι αναφορές του νομοθέτη άλλοτε σε «μέτρο θεραπείας» και άλλοτε σε «μέτρο ασφάλειας» καταδεικνύουν τη μικτή φύση αυτών των μέτρων. Η δογματικά ορθότερη προσέγγιση θα ήταν να χαρακτηρίζονται όλα τα μέτρα ασφάλειας του ΠΚ ως «μέτρα θεραπείας και ασφάλειας», όπως στο γερμανικό μοντέλο, ώστε να αποδίδεται γλωσσικά ο μικτός χαρακτήρας τους με έμφαση στη θεραπεία.

Από τα παραπάνω είναι σαφές ότι η αναμόρφωση του Ποινικού Κώδικα με την προσθήκη του άρθρου 69Α και τις σχετικές διατάξεις του άρθρου 70 αποτελεί ένα σημαντικό βήμα προς την κατεύθυνση της προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής. Η διαδικασία επιβολής των θεραπευτικών μέτρων από το δικαστήριο, η δυνατότητα έφεσης κατά της απόφασης, η ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη και η τακτική επανεξέταση των μέτρων διασφαλίζουν ότι η στέρηση της ελευθερίας γίνεται με τον αναγκαίο σεβασμό στα δικαιώματα των ατόμων και μόνο για όσο διάστημα είναι απαραίτητο για θεραπευτικούς λόγους.

Η πορεία προς την εναρμόνιση των θεραπευτικών μέτρων του άρθρου 69 ΠΚ με τις αρχές της σύγχρονης ψυχιατρικής και της προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων υποδεικνύει μια σημαντική πρόοδο στον τρόπο αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών παραβατών. Ωστόσο, η πλήρης εφαρμογή αυτών των αρχών στην πράξη απαιτεί συνεχή παρακολούθηση και περαιτέρω βελτιώσεις στο νομοθετικό πλαίσιο και την εφαρμογή του.

Στέρηση της ελευθερίας και ιατρικές πράξεις χωρίς συναίνεση

Τα «θεραπευτικά μέτρα» του άρθρου 69 ΠΚ και η ακούσια νοσηλεία του ν. 2071/1992 περιλαμβάνουν αναγκαστική θεραπεία, που συνήθως συνοδεύεται από τη στέρηση της ελευθερίας και τον εγκλεισμό του ασθενούς σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.). Αυτή η πρακτική, αν και ιστορικά μακρόβια, αμφισβητείται από την Κοινωνική Ψυχιατρική ως αυταρχική και μη αποδοτική, εγείροντας επίσης νομικά ερωτήματα.

Ο στερητικός χαρακτήρας της ελευθερίας αυτών των μέτρων έχει χαρακτηριστεί ως τρίτη μορφή κράτησης, παράλληλα με την ποινική και διοικητική κράτηση. Συνταγματικά, η στέρηση της ελευθερίας για λόγους ψυχικής υγείας αποτελεί εξαίρεση από το δικαίωμα προσωπικής ελευθερίας, όπως προβλέπεται στο άρθρο 5 παράγραφος 4 του Συντάγματος και στο άρθρο 5 παράγραφος 1 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΣΔΑ).

Έχει υποστηριχθεί ότι τέτοια παρέμβαση της κρατικής εξουσίας, βασισμένη στην προστασία της κοινωνίας από την υποτιθέμενη «επικινδυνότητα» του ψυχασθενούς, νομιμοποιείται και δικαιολογείται μόνο μέσω της αρχής της ανθρωπίνης αξιοπρέπειας και με σκοπό την επίτευξη πραγματικής θεραπείας του ασθενούς, και όχι για προστατευτικούς-φυλακτικούς λόγους. Είναι προφανές ότι η μέγιστη προστασία των δικαιωμάτων του ασθενούς απαιτεί αυτοτελείς και αποκεντρωμένες μονάδες ιατρικής και κοινωνικής περίθαλψης.

Η δυνατότητα αυτοκαθορισμού και η παραμονή του ασθενούς στο ελεύθερο περιβάλλον της κοινότητας είναι απαραίτητες για τη θεραπεία του. Κατά συνέπεια, η στέρηση της ελευθερίας σε ένα ασυλικό ψυχιατρικό περιβάλλον παραβιάζει την αρχή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

Ακούσια νοσηλεία και ιατρικές πράξεις χωρίς συναίνεση

Για να θεωρηθεί μία ιατρική μεταχείριση ως θεραπεία, απαιτείται η συναίνεση του ασθενούς. Η ανάγκη εμπιστοσύνης και σεβασμού στη σχέση θεραπευτή και θεραπευόμενου, ήδη από την εποχή της ηθικής θεραπείας του Pinel, επιβεβαιώνει αυτή τη θέση. Σύμφωνα με την Κοινοτική Ψυχιατρική, η οποία έχει λάβει και νομοθετική ισχύ (ν. 2716/1999), η θεραπεία του ψυχικά ασθενούς απαιτεί την ενεργοποίησή του ως υποκειμένου και τη συμμετοχή του στη θεραπεία.

Η αναγκαστική θεραπεία χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς θεωρείται αναποτελεσματική και μπορεί να έχει δυσμενείς συνέπειες. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας τονίζει τη σημασία της συναίνεσης του ασθενούς, η οποία πρέπει να αποτελεί τη βάση της ψυχιατρικής φροντίδας. Η ακούσια νοσηλεία θα πρέπει να εφαρμόζεται μόνο όταν είναι απολύτως απαραίτητη, και οι ασθενείς πρέπει να λαμβάνουν την κατάλληλη θεραπεία, όχι να βρίσκονται σε απομόνωση.

Η Σύσταση 10 της Επιτροπής Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης (2004) επισημαίνει τη σημασία της γνώμης του ατόμου για την ακούσια εισαγωγή του σε ψυχιατρική κλινική και της αποδοχής της θεραπείας από αυτόν.

Το άρθρο 47 του ν. 2071/1992 και το άρθρο 5 της Σύμβασης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοηθική (Σύμβαση του Οβιέδο) αναγνωρίζουν το δικαίωμα του ασθενούς για συγκατάθεση στη θεραπεία του. Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (ν. 3418/2005) απαιτεί τη συναίνεση του ασθενούς πριν από οποιαδήποτε ιατρική πράξη.

Η υποβολή κάποιου σε ιατρικές πράξεις χωρίς τη συναίνεσή του μπορεί να θεμελιώσει ποινική ευθύνη του ιατρού, η οποία μπορεί να αρθεί μόνο με τη συναίνεση του ασθενούς. Η ικανότητα για συναίνεση του ασθενούς είναι καθοριστική και κρίνεται κατά περίπτωση.

Συνοψίζοντας, η ακούσια νοσηλεία και τα θεραπευτικά μέτρα του άρθρου 69 ΠΚ πρέπει να εφαρμόζονται με σεβασμό στα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια των ασθενών, περιοριζόμενα στο απολύτως απαραίτητο επίπεδο και συνοδευόμενα από τις κατάλληλες εγγυήσεις.

Η έννοια της επικινδυνότητας

i) Η γενεαλογική αφετηρία της επικινδυνότητας

Η έννοια της επικινδυνότητας του ψυχικά ασθενούς, είτε με τη μορφή της "επικινδυνότητας" είτε του "κινδύνου," αποτελεί διαχρονικά κεντρικό στοιχείο για την επιβολή του μέτρου ασφαλείας του άρθρου 69 ΠΚ. Αυτό το γεγονός μας αναγκάζει να εξετάσουμε αναλυτικά την έννοια της επικινδυνότητας, ώστε να καθορίσουμε τα κατάλληλα δικαιοκρατικά όρια για την επαλήθευσή της.

Η έννοια της επικινδυνότητας εμφανίστηκε αρχικά στην ιταλική Θετική Σχολή της εγκληματολογίας ως ένα οντολογικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του φυσικού εγκληματία. Ο Garofalo χαρακτήρισε την επικινδυνότητα ως "temibilita," δηλαδή το φόβο για την πιθανότητα μελλοντικής επανάληψης του εγκλήματος λόγω της διαστροφής της προσωπικότητας του εγκληματία. Ο Ferrì ενίσχυσε την έννοια, καθιστώντας την θεμελιώδη για την επιβολή και επιμέτρηση των ποινών, και την καθιέρωσε ως "pericolosità," εμπλουτίζοντάς την με διακρίσεις και κριτήρια όπως η βαρύτητα της πράξης, το κίνητρο, τα αίτια και η προσωπικότητα του δράστη.

ii) Σύγχρονες προσεγγίσεις

Στη σύγχρονη ποινική θεωρία, η επικινδυνότητα δεν θεωρείται πλέον οντολογικό χαρακτηριστικό. Αντίθετα, ορίζεται ως η πιθανότητα τέλεσης νέων εγκλημάτων στο μέλλον, και οποιοσδήποτε άνθρωπος μπορεί να θεωρηθεί επικίνδυνος αν παρουσιάζει αυξημένη πιθανότητα τέλεσης νέων εγκλημάτων.

Αυτή η πιθανολογική θεώρηση βασίζεται σε λογικούς συλλογισμούς και αξιολογήσεις ψυχιατρικών, κοινωνικών και άλλων ενδείξεων.

Ο Ποινικός Κώδικας το 1997 εισήγαγε έναν αυθεντικό ορισμό για τον "ιδιαίτερα επικίνδυνο δράστη," προσδιορίζοντας την επικινδυνότητα ως "σταθερή ροπή σε διάπραξη νέων εγκλημάτων στο μέλλον." Η ροπή αυτή μαρτυρείται από την αντικοινωνική συμπεριφορά του δράστη και τη βαρύτητα της πράξης, μεταξύ άλλων.

Η επικινδυνότητα στη σύγχρονη ποινική θεωρία προσεγγίζεται ως διαθετική έννοια. Με αυτή τη θεώρηση, η επικινδυνότητα ορίζεται μέσω ενδείξεων (όπως η πρότερη εγκληματική συμπεριφορά) και καταλογίζεται ως διάθεση ή τάση. Η διαθετική ανάλυση, λαμβάνοντας υπόψη και τους "αντενδείκτες" της επικινδυνότητας, προσφέρει μια πιο ασφαλή και δικαιοκρατικά αποδεκτή προσέγγιση.

iii) Μία κριτική προσέγγιση

Η έννοια της επικινδυνότητας έχει υποστεί έντονη κριτική από την εγκληματολογική θεωρία. Ο Αλεξιάδης την έχει χαρακτηρίσει ως "στοιχείο πλαστό," υποστηρίζοντας ότι αποτελεί κατασκευή της ποινικής επιστήμης με εργαλειακό χαρακτήρα. Κριτικά επισημαίνεται ότι:

- Η επικινδυνότητα είναι μια αβέβαιη και ανασφαλής πρόγνωση της συμπεριφοράς ενός ατόμου στο μέλλον.
- Η χρήση ενδείξεων επικινδυνότητας οδηγεί σε διάγνωση της ψυχοβιολογικής κατάστασης του ατόμου, επαναφέροντας απόψεις της ιταλικής θετικής σχολής.
- Είναι μια αόριστη νομική έννοια, ανεπίδεκτη ακριβούς καθορισμού, ενώ έχει αναχθεί σε κύρια προϋπόθεση για την επιβολή βαρύτερων περιοριστικών μέτρων.
- Η επιστημονική επιβεβαίωση της έννοιας παραμένει ανεπιτυχής.
- Οι ενδείξεις επικινδυνότητας είναι αναπόφευκτα σχετικές και εξαρτώνται από τον φακό της εκάστοτε θεωρίας που επιχειρεί να εξηγήσει το έγκλημα.

Η ακαθόριστη φύση της επικινδυνότητας την καθιστά ευάλωτη σε αυθαίρετες ερμηνείες, και θα πρέπει το ποινικό μας σύστημα να βρει τρόπο να απαλλαγεί από τέτοιες έννοιες.

Η επικινδυνότητα και ο κίνδυνος ως διαθετικές έννοιες

Η αδυναμία καθορισμού ενός κοινώς αποδεκτού επιστημονικού ορισμού για την έννοια της επικινδυνότητας, σε με το αβέβαιο της πρόβλεψης, δημιουργούν σοβαρές δικαιοκρατικές ανησυχίες. Η έννοια αυτή, λόγω των επαχθών μέτρων που μπορεί να επιβληθούν με βάση τη διαπίστωσή της, αναδεικνύεται ως μια επικίνδυνη έννοια που δεν ευθυγραμμίζεται εύκολα με το Ποινικό Δίκαιο της πράξης. Η επικινδυνότητα, όπως σωστά επισημάνθηκε, δημιουργεί μια διχοτόμηση μεταξύ των "κακών-επικίνδυνων" και των "καλών-μη επικίνδυνων" δραστών. Δεδομένου ότι η αξιολόγηση της επικινδυνότητας βασίζεται σε εκτίμηση πιθανοτήτων διάπραξης μελλοντικών αδικημάτων, υπάρχει κίνδυνος οι δικαστές να ενεργούν σαν "μέντιουμ", ενώ τα κριτήριά τους μπορεί να επηρεαστούν από στερεότυπα. Επιπλέον, η ευμετάβλητη φύση της έννοιας την καθιστά ιδιαίτερα ρευστή και επικίνδυνα χρήσιμη σε περιόδους ηθικών πανικών, όπου μπορεί να διευρυνθεί υπερβολικά.

Η έννοια της επικινδυνότητας είναι κατά βάση υποκειμενική και στραμμένη προς το πρόσωπο του δράστη. Αυτό το γεγονός δυσκολεύει τη συμβατότητά της με το Ποινικό Δίκαιο της πράξης. Παρά τον προγνωστικό της χαρακτήρα, που βοήθησε στην απομάκρυνσή της από ψευδοεπιστημονικές οντολογικές υποστάσεις, παραμένει ευάλωτη σε λάθη και έλλειψη αντικειμενικότητας και επιστημονικής βάσης.

Παρότι η έννοια του κινδύνου είναι αναπόσπαστο στοιχείο του Ποινικού Δικαίου (Κεφ 13 Κοινώς επικίνδυνα εγκλήματα), η πλήρης απόρριψή της επικινδυνότητας είναι μάλλον αδύνατη. Το έργο του λειτουργού του Δικαίου είναι να βρει τις ασφαλέστερες δικλείδες που θα θέτουν αντικειμενικά όρια, περιορίζοντας την κατάχρηση της έννοιας. Η τάση για αντικατάσταση της ρευστής έννοιας της επικινδυνότητας με αυτή του "κινδύνου" συνεισφέρει στην κατεύθυνση αυτή, καθώς μετατοπίζει την προσοχή στους εξωγενείς

παράγοντες και αποθαρρύνει τις προσπάθειες ανακάλυψης επιλήψιμων ιδιοτήτων στην προσωπικότητα του δράστη.

Η διαθετική ανάλυση της επικινδυνότητας και του κινδύνου προσφέρει μια πιο δικαιοκρατική βάση, καθώς δεν βασίζεται σε θεωρητικές αμφίβολες κατασκευές, αναζητώντας κάποιο ψυχοβιολογικό υπόβαθρο. Αντίθετα, αποδέχεται την αδυναμία πλήρους ορισμού της έννοιας. Η επικινδυνότητα δεν θα πρέπει να καταλογίζεται σε κάποιον αν δεν έχει εκδηλωθεί στο παρελθόν, καθώς αυτό θα σήμαινε έλλειψη προηγούμενης εκδήλωσης συμπεριφοράς.

Η αντικειμενική βαρύτητα της πράξης που τελέστηκε πρέπει να χρησιμεύει ως κύριος δείκτης επικινδυνότητας, ενώ η τελική κρίση πρέπει να λαμβάνει υπόψη και τα προστατευτικά αντενδείκτες από την ατομική και κοινωνική ζωή. Η εκτίμηση του κινδύνου τέλεσης νέων εγκλημάτων αναλύεται ως η πιθανότητα τέλεσης νέων εγκλημάτων και η βαρύτητα των πιθανολογούμενων εγκλημάτων.

Σκέψεις και Συμπεράσματα

Η αντίληψη της "τρέλας" έχει γνωρίσει πολλές μεταμορφώσεις και ονομασίες μέσα στην ιστορία (φρενοπάθεια, φρενοβλάβεια, παράνοια, ψυχική ασθένεια, ψυχική ή διανοητική διαταραχή). Έχουμε χρησιμοποιήσει διάφορους όρους για να αναφερθούμε σε αυτήν, ανάλογα με το πλαίσιο της συζήτησης. Η ποικιλία αυτών των όρων αντικατοπτρίζει την αντίστοιχη ποικιλία στις κοινωνικές αντιλήψεις και τη νομική διαχείριση της ψυχικής ασθένειας. Σήμερα, η διαχείριση της "ψυχικής διαταραχής", όπως αποκαλείται πλέον στο άρθρο 69 του Ποινικού Κώδικα, καθορίζεται κυρίως από την ψυχιατρική επιστήμη και το Δίκαιο. Αυτή η ευθύνη των επαγγελματιών και των θεσμών και από τους δύο κλάδους είναι τεράστια, απαιτώντας τόσο ακεραιότητα θεωρητικών εργαλείων όσο και ειλικρινή ενσυναίσθηση. Το Ποινικό Δίκαιο, ως μέτρο της ανθρώπινης ελευθερίας, καλείται να διαχειριστεί με αξιοπρέπεια την ψυχική ασθένεια.

Έχοντας εξετάσει ποικίλα και σύνθετα ζητήματα, αρκετά εκ των οποίων δεν ανήκουν αποκλειστικά στην ποινική ύλη, αλλά σχετίζονται με την ευρύτερη έννοια της ακούσιας ψυχιατρικής νοσηλείας, καταλήγουμε σε ορισμένες βασικές σκέψεις και προτάσεις:

- Η σύγχρονη κοινοτική προσέγγιση στην ψυχιατρική, μετά την εποχή της αποσυλοποίησης, έχει ανοίξει νέους δρόμους στη διαχείριση της ψυχικής ασθένειας. Αυτή η προσέγγιση έχει πλέον θεσμοθετηθεί (άρθρο 1 παρ. 2 ν. 2716/1999) και πρέπει να αποτελεί επιστημονικό οδηγό και για τους νομικούς.
- Πολλές διεθνείς συμβάσεις που έχουν γίνει νόμος του κράτους και έχουν υπερεθνική ισχύ έχουν κατοχυρώσει δικαιώματα για τους ψυχικά ασθενείς, η τήρηση των οποίων παραμένει προβληματική στην πρακτική εφαρμογή του ελληνικού νόμου σε περιστατικά διαχείρισης ασθενών.
- Στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΣΔΑ) παραμένουν αναχρονιστικές αντιλήψεις, σύμφωνα με την ψυχιατρική επιστήμη, σχετικά με τη διαχείριση της ψυχικής ασθένειας, κάτι που αντικατοπτρίζεται και στη νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΔΔΑ). Το ΕΔΔΑ αντιμετωπίζει την ακούσια ψυχιατρική νοσηλεία ως στέρηση της ελευθερίας. Συνεπώς έχει θέσει ορισμένα βασικά κριτήρια για τη νομιμοποίησή της, τα οποία έχουν υιοθετηθεί νομοθετικά σε μεγάλο βαθμό στην Ελλάδα και άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Ωστόσο, το κριτήριο της τήρησης της νομιμότητας συχνά παραβλέπεται στην πράξη.
- Οι διατάξεις του ν. 2071/1992 για την ακούσια νοσηλεία και οι πρόσφατες τροποποιήσεις των άρθρων 69, 70 και 70Α του Ποινικού Κώδικα θέτουν επιτέλους τον θεραπευτικό σκοπό στο επίκεντρο, αναγνωρίζοντας τον ψυχικά ασθενή ως άτομο υποκείμενο δικαιωμάτων. Αυτές οι διατάξεις έχουν πολλά κοινά στοιχεία και συνθέτουν μία ευρεία έννοια ακούσιας ψυχιατρικής νοσηλείας.
- Τα θεραπευτικά μέτρα του άρθρου 69 ΠΚ αποτελούν μέτρα ασφαλείας, τα οποία, βάσει του θεραπευτικού τους προσανατολισμού, διαφοροποιούνται από την ποινή. Θα ήταν δόκιμο και δικαιοκρατικά

σωστό η αλλαγή τίτλου των μέτρων ασφαλείας σε "μέτρα θεραπείας και ασφάλειας" κατά το γερμανικό πρότυπο, ώστε να δοθεί έμφαση στον θεραπευτικό τους χαρακτήρα.

- Παρά τη θεραπευτική τους φύση, τα μέτρα αυτά παρακάμπτουν τη βασική αρχή της ενοχής στο Ποινικό Δίκαιο, συνιστώντας μια εκπλαγίου μορφή ποινικής κύρωσης που βασίζεται σε μια αόριστη νομική κατασκευή, την επικινδυνότητα. Σίγουρα η ενίσχυση της αρχής της αναλογικότητας ως μέτρο περιορισμού της εφαρμογής αυτών των μέτρων και η συσταλτική ερμηνεία της έννοιας της επικινδυνότητας, ώστε να περιορίζεται σε αντικειμενικά όρια, θα ήταν ένα ισχυρό, απαραίτητο και χρήσιμο αντίβαρο.
- Η αναγκαστική θεραπεία και η στέρηση της ελευθερίας του ασθενούς, ακόμη και αν δεν επιδιώκει να γίνει αισθητή ως τέτοια, λειτουργεί ως "εναλλακτικό δεινό ισοδύναμο" της ποινής. Η νομική φύση της ακούσιας νοσηλείας παραμένει ασαφής, καθώς βρίσκεται στις άκρες του Ποινικού Δικαίου και αλληλεπιδρά με την έννοια της επικινδυνότητας και την εμπλοκή των εισαγγελικών λειτουργιών, δίνοντάς της έναν λανθάνοντα ποινικό χαρακτήρα. Η πλήρης εφαρμογή των δικαιοκρατικών εγγυήσεων που ισχύουν για τον ποινικό κατηγορούμενο και σε αυτή την περίπτωση, θεωρείται επιβεβλημένη.
- Ακόμη και αν η ακούσια νοσηλεία αποκτήσει καθαρά θεραπευτικό περιεχόμενο, παραμένει ο κίνδυνος του πατερναλισμού, ο οποίος θα ήταν αδιανόητος και ενίοτε αξιόποινος στην κοινή ιατρική περίθαλψη. Η παροχή συναίνεσης είναι απαραίτητη για τη διενέργεια ιατρικών πράξεων και ουσιώδες στοιχείο της ψυχιατρικής θεραπείας κοινοτικού χαρακτήρα. Συνεπώς η χρήση του μέτρου έχει νόημα μόνο σε περιπτώσεις όπου ο ασθενής αδυνατεί να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του και επίκειται σοβαρή βλάβη αν δεν νοσηλευθεί, άλλως να περιορίζεται σε αυτό το πλαίσιο.
- Θα πρέπει ίσως να εξεταστεί η κατάργηση της έννοιας της επικινδυνότητας ως όρου για την επιβολή του μέτρου και η υιοθέτηση του ιταλικού μοντέλου, που προβλέπει ότι η υποχρεωτική θεραπεία λαμβάνεται μόνο όταν υπάρχει κατάσταση ανάγκης, με τις προϋποθέσεις αυτής.

- Τέλος η εναρμόνισή του με τις αρχές της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, ο συνεχής διάλογος μεταξύ των επιστημών και η αποσύνδεσή του από τη στέρηση της ελευθερίας και τον ιδρυματικό εγκλεισμό.

Σε τελική ανάλυση, όπως έχει γραφτεί: "Οι ψυχίατροι ενδιαφέρονται για τη μείωση των συμπτωμάτων και οι νομικοί για την εξάλειψη της επικινδυνότητας. Οι ασθενείς, όμως, ασχολούνται με τη δυνατότητα επιλογής θεραπείας ή ελέγχου του εαυτού τους και επιθυμούν μια αξιοπρεπή ζωή".

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

Ποιες είναι οι Επιδράσεις στη Ζωή των Ασθενών του Άρθρου 69 μετά την Εφαρμογή των Καινοτόμων Διατάξεων του Ν. 4509/2017

Η εισαγωγή των καινοτόμων διατάξεων του Ν. 4509/2017 σηματοδότησε μια σημαντική μεταστροφή στη μεταχείριση των ατόμων που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής. Η νομοθετική αυτή αλλαγή στόχευε να προσαρμόσει την ελληνική νομοθεσία στις σύγχρονες επιστημονικές και δικαιοκρατικές απαιτήσεις, επιδιώκοντας μια πιο ανθρώπινη και θεραπευτική προσέγγιση. Ωστόσο, η αξιολόγηση των επιδράσεων αυτών των διατάξεων στη ζωή των ασθενών παρουσιάζει προκλήσεις, κυρίως λόγω των περιορισμένων νομολογιακών δεδομένων. Τα νομολογιακά δεδομένα είναι πενιχρά δεδομένης της φειδούς των δικαστηρίων να αποδέχονται τους αυτοτελείς ισχυρισμούς των κατηγορουμένων και ιδιαίτερα την ανικανότητα για καταλογισμό του άρθρου 34 Π.Κ. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι από το 2017 μέχρι σήμερα, στο Πρωτοδικείο Χαλκίδας και στο Εφετείο Ευβοίας δεν υπάρχει καμία απόφαση που να επιβάλλει τα θεραπευτικά μέτρα του 69 Π.Κ.

Για να διερευνήσουμε λοιπόν τις επιδράσεις του Ν. 4509/2017, και να βρούμε αξιόπιστα δείγματα καταφύγαμε στις διαθέσιμες δημοσιευμένες έρευνες που αφορούν στους ασθενείς του άρθρου 69. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήσαμε τις εξής πηγές:

1. **Έρευνα στο Mednet (5-10-2027):** Δημοσιεύθηκε από τους Σ. Μαρτινάκη, Χ. Ασημόπουλο, Α. Παπαϊωάννου, Π. Αντωνακάκη, και Ε. Μαγειροπούλου, με τίτλο "Αποτύπωση της σύγχρονης ελληνικής πραγματικότητας ακαταλόγιστων ψυχικά ασθενών, άρθρο 69 του Ποινικού Κώδικα, πριν την αλλαγή του νόμου". Η περίοδος της μελέτης ήταν από τον Μάιο 2016 έως τον Φεβρουάριο 2017.
2. **Διπλωματική Εργασία της Αθανασίας Λύτρα (2019):** Τίτλος της διπλωματικής εργασίας ήταν "Ασθενείς με το άρθρο 69 του Π.Κ., ποιότητα ζωής, λειτουργικότητα, συσχέτιση νοσηλευομένων σε χρόνια, οξεία τμήματα και δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης".
3. **Δημοσιευμένη Έρευνα (Ψυχιατρική 2020) των Μ. Μαρκοπούλου, Κ. Ηλιού, Β. Καρακάση και Αθ. Δουζένη:** Αυτή η έρευνα εξέτασε την εφαρμογή του Ν. 4509/2017 στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

Η συγκριτική ανάλυση αυτών των ερευνών μας επέτρεψε να κατανοήσουμε καλύτερα κάποιες από τις επιδράσεις των νέων διατάξεων στη ζωή των ασθενών, επιδιώκοντας να προσφέρουμε μια πληρέστερη εικόνα για τον τρόπο με τον οποίο αυτές επηρεάζουν την καθημερινότητα και την ποιότητα ζωής των ατόμων που βρίσκονται υπό θεραπευτική μεταχείριση. Θα παρατεθούν στατιστικά δεδομένα για κάθε έρευνα, συγκριτική ανάλυση και συμπεράσματα.

Πρώτη Έρευνα

Η πρώτη έρευνα που εξετάζουμε δημοσιεύτηκε με τον τίτλο "Αποτύπωση της σύγχρονης ελληνικής πραγματικότητας ακαταλόγιστων ψυχικά ασθενών, άρθρο 69 του Ποινικού Κώδικα, πριν την αλλαγή του νόμου" και η περίοδος της μελέτης ήταν πριν την αλλαγή του νόμου με τον 4509/2017.

Στατιστικά Δεδομένα και Συμπεράσματα

Α. Πληθυσμός Ασθενών: Η έρευνα διεξήχθη από τον Μάιο του 2016 έως τον Φεβρουάριο του 2017 στα τρία κύρια ψυχιατρικά νοσοκομεία της Ελλάδας (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών, Δρομοκαΐτειο και Ψυχιατρικό Νοσοκομείο

Θεσσαλονίκης) κατέγραψε 155 ασθενείς που εισήχθησαν με διάγνωση ψυχικής ασθένειας και ακαταλόγιστου. Από αυτούς, 134 ήταν άνδρες και 21 γυναίκες.

Β. Ηλικία και Διάρκεια Νοσηλείας: Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών κατά την εισαγωγή τους ήταν 49,7 έτη. Οι ασθενείς παρέμειναν στα νοσοκομεία κατά μέσο όρο 11 χρόνια.

Γ. Ηλικία Διάπραξης Πρώτου Αδικήματος: Η μέση ηλικία κατά την οποία οι ασθενείς διέπραξαν το πρώτο τους αδίκημα ήταν 37,7 έτη.

Δ. Διαγνωστικές Κατηγορίες: Οι διαγνώσεις έδειξαν ότι το 86,4% των ασθενών έπασχαν από σχιζοφρένεια, ενώ το 10,9% παρουσίαζαν διαταραχή προσωπικότητας.

Ε. Τύποι Αξιόποινων Πράξεων: Αναφορικά με τα αδικήματα, η ανθρωποκτονία ήταν το πιο συχνό, καταγράφοντας ποσοστό 52,9%. Η απόπειρα ανθρωποκτονίας καταγράφηκε σε 20,6% των περιπτώσεων, ενώ εμπρησμός σε 9,7%. Το 16,8% των ασθενών διέπραξε άλλα είδη αδικημάτων, όπως ληστεία, αποπλάνηση, ασέλγεια ανηλίκου, και πρόκληση βαριάς σωματικής βλάβης.

ΣΤ. Φονικά Όπλα και Ψυχολογικά Χαρακτηριστικά: Στις περιπτώσεις ανθρωποκτονίας, το μαχαίρι χρησιμοποιήθηκε ως φονικό όπλο σε ποσοστό 40%. Οι ερευνητές πρότειναν ότι η ανθρωποκτονία μπορεί να θεωρηθεί πρώιμο σημάδι σχιζοφρένειας, ως αντίδραση στα έντονα αρνητικά συναισθήματα που βιώνει ο ασθενής πριν από την πλήρη απορρύθμιση της ψυχικής του κατάστασης. Η πράξη της ανθρωποκτονίας μπορεί να λειτουργήσει ως μέσο εκτόνωσης αυτών των συναισθημάτων, αποτρέποντας την επιδείνωση της ψυχικής υγείας του ασθενούς.

Συμπεράσματα από την έρευνα

Νομικά και Θεραπευτικά Ζητήματα: Οι ασθενείς που θεωρούνται ακαταλόγιστοι λόγω ψυχικών διαταραχών συχνά αντιμετωπίζουν αόριστη και παρατεταμένη κράτηση στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Η νομοθεσία δεν

προσδιορίζει σαφώς τη διάρκεια και τις προϋποθέσεις για την αποφυλάκισή τους, κάτι που δυσχεραίνει την επανένταξή τους στην κοινωνία. Επιπλέον, η απουσία εξειδικευμένων θεραπευτικών δομών συμβάλλει στη μακροχρόνια και μη θεραπευτική κράτηση των ασθενών αυτών.

Κοινωνικά και Ανθρώπινα Δικαιώματα: Η παρατεταμένη νοσηλεία των ακαταλόγιστων ασθενών χωρίς σαφή χρονοδιάγραμμα παραμονής έρχεται σε αντίθεση με τα ανθρώπινα δικαιώματα, περιορίζοντας τις δυνατότητες των ασθενών για επανένταξη και αποκατάσταση. Η έλλειψη δικαιώματος άδειας εξόδου αποτελεί σημαντικό εμπόδιο στην προσπάθεια των ασθενών να επανενταχθούν στην κοινωνία.

Προτεινόμενες Μεταρρυθμίσεις: Η έρευνα κατέτεινε σε μεταρρυθμίσεις που αφορούν στην αναμόρφωση του νομοθετικού πλαισίου με τη δημιουργία δομών διαβαθμισμένης επικινδυνότητας και την υποχρεωτική θεραπεία και ψυχιατρική παρακολούθηση. Οι αλλαγές πρέπει να στοχεύουν στην απομάκρυνση από την πρακτική της απλής κράτησης και την προώθηση μιας θεραπευτικής προσέγγισης που σέβεται τα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια των ακαταλόγιστων ψυχικά ασθενών.

Δεύτερη Έρευνα

Η δεύτερη έρευνα πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος "Ψυχιατροδικαστικής" της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, από την μεταπτυχιακή φοιτήτρια Αθανασία Λύτρα στα πλαίσια της διπλωματικής της εργασίας με τίτλο «Ασθενείς με το άρθρο 69 του Π.Κ., ποιότητα ζωής, λειτουργικότητα, συσχέτιση νοσηλευομένων σε χρόνια, οξεία τμήματα και δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης» και εκπονήθηκε το 2019.

Το δείγμα της μελέτης καθορίστηκε να αποτελείται από ασθενείς του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αθηνών "Δαφνί".

Στατιστική Ανάλυση και Αποτελέσματα της Έρευνας

Δείγμα της Έρευνας: Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 63 ασθενείς που νοσηλεύονται εντός και εκτός του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αθηνών (ΨΝΑ). Από αυτούς, οι 42 νοσηλεύονται σε χρόνια τμήματα (14,3%) και σε τμήματα οξέων (52,4%) του ΨΝΑ, ενώ οι υπόλοιποι 21 νοσηλεύονται σε ξενώνες (22,2%) και οικοτροφεία (11,1%).

Φύλο και Ηλικία: Οι περισσότεροι ασθενείς είναι άνδρες (92,1%), με ηλικίες από 28 έως 84 έτη και μέση ηλικία τα 53 έτη.

Μορφωτικό Επίπεδο: Η πλειονότητα των συμμετεχόντων είναι απόφοιτοι Δημοτικού (27,0%).

Οικογενειακή Κατάσταση: Η πλειοψηφία είναι άγαμοι (71,4%) και δεν έχουν παιδιά (79,4%).

Επαγγελματική Απασχόληση: Οι περισσότεροι δεν εργάζονται (77,8%).

Κατάσταση Υγείας: Η πλειοψηφία των νοσηλευομένων αξιολογούν την υγεία τους ως "καλή" (42,9%) και αναφέρουν ότι δεν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας το τελευταίο διάστημα (57,1%).

Προβλήματα Υγείας: Οι περισσότεροι ασθενείς αναφέρουν χρόνια ψυχικά προβλήματα (55,6%).

Είδος Εγκλήματος: Οι περισσότεροι συμμετέχοντες έχουν διαπράξει ανθρωποκτονία (66,7%), ενώ οι υπόλοιποι απόπειρα ανθρωποκτονίας (19%), βιασμό (4,8%), χρήση ουσιών (1,6%), εμπρησμό (4,8%), οπλοχρησία (3,2%).

Χρονικό Διάστημα Περίθαλψης: Το χρονικό διάστημα περίθαλψης κυμαίνεται από 1 έως 49 έτη, με μέσο όρο τα 16 έτη.

Σύγκριση Νοσηλευόμενων Εντός και Εκτός ΨΝΑ: Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ως προς την ηλικία των νοσηλευόμενων. Η αυτοαξιολόγηση της υγείας των δύο ομάδων δεν παρουσίασε στατιστικώς σημαντικές διαφορές.

Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL-BREF): Οι νοσηλευόμενοι εκτός ΨΝΑ είχαν σημαντικά υψηλότερο μέσο όρο στις κλίμακες του WHOQOL-BREF. Η αυτοαξιολόγηση της υγείας επηρεάζει τη βαθμολογία στις υποκλίμακες του WHOQOL-BREF.

Αντιμετώπιση Προβλημάτων Υγείας και Ποιότητα Ζωής: Οι νοσηλευόμενοι που δεν αντιμετώπιζαν κανένα πρόβλημα υγείας κατά το τελευταίο διάστημα είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στις κλίμακες του WHOQOL-BREF. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συνάφεια μεταξύ των ετών νοσηλείας και της συνολικής αξιολόγησης της υγείας των νοσηλευόμενων.

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συνάφεια μεταξύ των ετών νοσηλείας και της συνολικής αξιολόγησης της υγείας των νοσηλευόμενων.

Συμπεράσματα της έρευνας

Οι ασθενείς εκτός ΨΝΑ εμφανίζουν καλύτερες βαθμολογίες στις υποκλίμακες του WHOQOL-BREF. Η αυτοαξιολόγηση της υγείας και η ύπαρξη προβλημάτων υγείας επηρεάζουν σημαντικά τις βαθμολογίες στις κλίμακες ποιότητας ζωής.

Στη μελέτη, οι ασθενείς που αξιολόγησαν την υγεία τους ως καλή ή πολύ καλή είχαν στατιστικά σημαντικά καλύτερους μέσους όρους στην Υποκλίμακα Σωματικής Υγείας, σε σύγκριση με εκείνους που την αξιολόγησαν ως πολύ κακή ή κακή. Αυτό υποδηλώνει ότι η θετική αυτοεκτίμηση της υγείας σχετίζεται με καλύτερη σωματική κατάσταση.

Επιπλέον, όσοι νοσηλευόμενοι αξιολόγησαν την υγεία τους ως καλή ή πολύ καλή, είχαν υψηλότερους μέσους όρους στην Υποκλίμακα Περιβάλλοντος, πράγμα που δείχνει ότι η θετική αντίληψη της υγείας τους επηρεάζει θετικά την αντίληψή τους για το περιβάλλον διαβίωσης. Αυτή η θετική αντίληψη επεκτείνεται και στη Συνολική Αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής και στη Συνολική Αξιολόγηση της Υγείας, υποδηλώνοντας ότι οι ασθενείς που

αισθάνονται καλύτερα για την υγεία τους έχουν συνολικά καλύτερη ποιότητα ζωής.

Όσον αφορά τα προβλήματα υγείας, οι ασθενείς που δεν αντιμετώπισαν κανένα πρόβλημα υγείας το τελευταίο διάστημα σημείωσαν υψηλότερους μέσους όρους στις Υποκλίμακες Σωματικής Υγείας, Κοινωνικών Σχέσεων, Συνολικής Αξιολόγησης της Ποιότητας Ζωής και Συνολικής Αξιολόγησης της Υγείας. Αυτό δείχνει ότι η απουσία προβλημάτων υγείας συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση της συνολικής τους ποιότητας ζωής και των κοινωνικών τους σχέσεων.

Τέλος, η διάρκεια της νοσηλείας φαίνεται να έχει αρνητική επίδραση στη ζωή των ασθενών, καθώς βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ των ετών νοσηλείας και της βαθμολογίας στη Συνολική Αξιολόγηση της Υγείας. Αυτό σημαίνει ότι όσο περισσότερο χρόνο περνούν οι ασθενείς στο νοσοκομείο, τόσο χαμηλότερη είναι η εκτίμησή τους για την υγεία τους. Αυτή η εύρεση υπογραμμίζει τις πιθανές αρνητικές επιπτώσεις της παρατεταμένης νοσηλείας στην αντίληψη των ασθενών για την υγεία και την ποιότητα ζωής τους.

Τρίτη Έρευνα

Η τελευταία και πιο πρόσφατη έρευνα είναι δημοσιευμένη εργασία των Μ. Μαρκοπούλου, Κ. Ηλιού, Β. Καρακάση, Αθ. Δουζένη, οι οποίοι ερεύνησαν την εφαρμογή του Ν 4509/2017 στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Η έρευνα εξέτασε την έκβαση των υποθέσεων 47 ασθενών μετά την εφαρμογή του Ν. 4509/2017 και συνέκρινε τα αποτελέσματα με το προηγούμενο καθεστώς. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, τα μέτρα θεραπείας είτε άρθηκαν, είτε διατηρήθηκαν, είτε αντικαταστάθηκαν, ανάλογα με την κατάσταση του κάθε ασθενούς.

Αποτελέσματα της Έρευνας με Λεπτομέρειες

1. Άρση Μέτρων Θεραπείας:

- **Πλήρης Άρση Μέτρων:** Σε 22 περιπτώσεις διατάχθηκε πλήρης άρση των μέτρων θεραπείας. Αυτοί οι ασθενείς είτε επέστρεψαν στα σπίτια τους είτε μεταφέρθηκαν σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.
- **Νομοθετικές Παραβιάσεις:** Από τους 22 ασθενείς, οι 11 παρέμεναν παράνομα στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής, καθώς είχαν υπερβεί το ανώτατο όριο διάρκειας της φύλαξής τους, όπως ορίζει ο νόμος. Η άρση των μέτρων αυτών έγινε σε συμμόρφωση με τον Ν. 4509/2017, ο οποίος παρέχει πιο ευέλικτους όρους για τη θεραπεία και την κοινωνική επανένταξη των ψυχικά ασθενών.

2. Εκούσια Παραμονή στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής:

- **Συνεχιζόμενη Παραμονή:** Επτά ασθενείς παραμένουν εκουσίως στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής. Οι λόγοι της παραμονής τους σχετίζονται με την έλλειψη διαθέσιμων κλινών σε επανενταξιακές δομές. Αυτή η κατάσταση αναδεικνύει την ανάγκη για επάρκεια υποδομών σε επανενταξιακές δομές που μπορούν να υποστηρίξουν την πλήρη αποκατάσταση των ασθενών αυτών.

3. Ασθενείς με Βαρύτητα Νόσου ή Επικινδυνότητα:

- **Σοβαρές Περιπτώσεις:** Δεκατρείς ασθενείς παραμένουν στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής. Αυτοί οι ασθενείς έχουν διαπράξει σοβαρά εγκλήματα, όπως ανθρωποκτονίες. Οι αποφάσεις για τη συνεχιζόμενη παραμονή τους ελήφθησαν με τη σύμφωνη γνώμη των ψυχιάτρων, λόγω της σοβαρότητας της ψυχικής τους νόσου ή της επικινδυνότητάς τους για τη δημόσια ασφάλεια.

4. Ρόλος της Εισαγγελέως:

- **Νομική Υποστήριξη:** Η εισαγγελέας επόπτης διαδραμάτισε κρίσιμο ρόλο, ορίζοντας συνηγόρους για όλους τους ασθενείς, σύμφωνα με τις προβλέψεις του νόμου. Αυτή η υποστήριξη εξασφάλισε την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών και την ορθή εφαρμογή του Ν. 4509/2017.

- **Δικαστική Επιφυλακτικότητα:** Παρά την υποστήριξη της εισαγγελέως, οι δικαστές εξακολουθούν να είναι επιφυλακτικοί και συχνά εξαντλούν τα προβλεπόμενα όρια για τη φύλαξη και θεραπεία των ασθενών. Αυτή η στάση μπορεί να αντανakλά φόβους σχετικά με την επικινδυνότητα των ασθενών, αν και τα διεθνή δεδομένα δεν υποστηρίζουν αυτούς τους φόβους.

Αναλυτικά Στοιχεία για την Κάθε Κατηγορία Ασθενών

1. Ασθενείς με Πλήρη Άρση Μέτρων:

- **Είδος Εγκλημάτων:** Οι ασθενείς που επωφελήθηκαν από την πλήρη άρση των μέτρων είχαν διαπράξει κυρίως μη βίαια εγκλήματα ή εγκλήματα μικρής βαρύτητας.
- **Θεραπευτική Πρόοδος:** Αυτοί οι ασθενείς είχαν δείξει σημαντική θεραπευτική πρόοδο, κάτι που οδήγησε στην απόφαση άρσης των μέτρων.
- **Κοινωνική Επανένταξη:** Η επιστροφή τους στην κοινωνία ή η μετάβασή τους σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης δείχνει την επιτυχία των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

2. Ασθενείς σε Εκούσια Παραμονή:

- **Αιτίες Παραμονής:** Η έλλειψη διαθέσιμων επανενταξιακών δομών είναι η κύρια αιτία για την εκούσια παραμονή των ασθενών αυτών στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής.
- **Συνεχιζόμενη Θεραπεία:** Παρά την εκούσια παραμονή, αυτοί οι ασθενείς συνεχίζουν να λαμβάνουν την απαραίτητη θεραπεία και υποστήριξη εντός του νοσοκομείου.

3. Ασθενείς με Βαρύτητα Νόσου ή Επικινδυνότητα:

- **Ιστορικό Εγκλημάτων:** Οι ασθενείς που παραμένουν στο Τμήμα λόγω σοβαρών εγκλημάτων όπως ανθρωποκτονίες, έχουν διαπράξει ιδιαίτερα βίαια εγκλήματα.

- **Ψυχιατρική Αξιολόγηση:** Η απόφαση για τη συνεχιζόμενη φύλαξη τους βασίζεται σε ψυχιατρικές αξιολογήσεις που υποδεικνύουν υψηλό κίνδυνο επανεγκληματικότητας ή σοβαρές ψυχικές διαταραχές.
- **Δημόσια Ασφάλεια:** Η διατήρηση των μέτρων θεραπείας για αυτούς τους ασθενείς δικαιολογείται από την ανάγκη προστασίας της δημόσιας ασφάλειας.

Συμπεράσματα της έρευνας

Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας δείχνουν ότι η εφαρμογή του Ν. 4509/2017 έχει οδηγήσει σε σημαντικές αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονται οι ψυχικά ασθενείς δράστες αξιόποινων πράξεων. Η έμφαση στη θεραπεία και την κοινωνική επανένταξη, αντί για τη μακροχρόνια φύλαξη, αποτελεί ένα θετικό βήμα. Ωστόσο, οι ελλείψεις σε επανεναξιακές δομές και η επιφυλακτικότητα του δικαστικού σώματος υποδεικνύουν την ανάγκη για περαιτέρω βελτιώσεις και αλλαγές στο σύστημα.

Ανάγκη για Ανάπτυξη Ψυχιατροδικαστικών Υπηρεσιών: Είναι απαραίτητη η ανάπτυξη εξειδικευμένων ψυχιατροδικαστικών υπηρεσιών που δεν θα αντιμετωπίζουν μόνο την ψυχωτική συμπτωματολογία, αλλά και την αντικοινωνική και επιθετική συμπεριφορά των ασθενών. Οι υπηρεσίες αυτές πρέπει να προσφέρουν εξατομικευμένη παρέμβαση, λαμβάνοντας υπόψη τις ειδικές ανάγκες κάθε ασθενούς, συμπεριλαμβανομένων των ηλικιωμένων, των ατόμων με νοητική υστέρηση ή άνοια, και των εξαρτημένων από ουσίες.

Συνοψίζοντας

Η εφαρμογή του Ν. 4509/2017 οδήγησε σε σημαντικές αλλαγές στη μεταχείριση των ψυχικά ασθενών δραστών αξιόποινων πράξεων. Η έμφαση στη θεραπεία και την κοινωνική επανένταξη αντί για τη μακροχρόνια φύλαξη αποτελεί θετικό βήμα. Ωστόσο, οι ελλείψεις σε επανεναξιακές δομές και η επιφυλακτικότητα του δικαστικού σώματος υποδεικνύουν την ανάγκη για περαιτέρω βελτιώσεις και αλλαγές στο σύστημα.

Συγκριτική Ανάλυση των Ερευνών

Πρώτη Έρευνα (2016-2017):

- **Συνθήκες Πριν το Ν. 4509/2017:** Η πρώτη έρευνα αποτύπωσε μια πραγματικότητα όπου οι ακαταλόγιστοι ασθενείς αντιμετώπιζαν παρατεταμένη κράτηση χωρίς σαφή χρονοδιάγραμμα για την αποφυλάκισή τους, κάτι που δυσχέρανε την επανένταξή τους στην κοινωνία. Οι διαγνώσεις έδειξαν υψηλά ποσοστά σχιζοφρένειας και σημαντική συχνότητα βίαιων εγκλημάτων όπως ανθρωποκτονίες.
- **Νομικά Ζητήματα:** Η έλλειψη σαφούς νομοθετικού πλαισίου για τη διάρκεια της κράτησης και οι περιορισμένες θεραπευτικές δομές ήταν βασικά προβλήματα που αναδείχθηκαν από την έρευνα.

Δεύτερη Έρευνα (2019):

- **Μετά την Εφαρμογή του Ν. 4509/2017:** Η έρευνα αυτή έδειξε βελτιώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών, ιδιαίτερα για εκείνους που νοσηλεύονταν εκτός των παραδοσιακών ψυχιατρικών νοσοκομείων. Οι νοσηλευόμενοι σε ξενώνες και οικοτροφεία αξιολόγησαν την υγεία τους καλύτερα και ανέφεραν υψηλότερη ποιότητα ζωής.
- **Σύγκριση Εντός και Εκτός ΨΝΑ:** Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην αυτοαξιολόγηση της υγείας μεταξύ των ασθενών εντός και εκτός ΨΝΑ, ωστόσο οι εκτός ΨΝΑ είχαν υψηλότερους μέσους όρους στις κλίμακες ποιότητας ζωής του WHOQOL-BREF.
- **Διάρκεια Νοσηλείας:** Η παρατεταμένη νοσηλεία σχετίστηκε αρνητικά με την αξιολόγηση της υγείας, υποδεικνύοντας την ανάγκη για ταχύτερη αποασυλοποίηση και ενίσχυση των κοινοτικών δομών.

Τρίτη Έρευνα (2020):

- **Αποτελέσματα του Ν. 4509/2017:** Η έρευνα ανέδειξε τη θετική επίδραση του Ν. 4509/2017 στην άρση των μέτρων θεραπείας για πολλούς ασθενείς και την επιτυχημένη κοινωνική επανένταξη σε πολλές περιπτώσεις. Ωστόσο, οι ελλείψεις σε επανενταξιακές δομές παραμένουν πρόκληση.
- **Δικαστική Επιφυλακτικότητα:** Παρά τις βελτιώσεις, οι δικαστές παραμένουν επιφυλακτικοί στη χρήση των νέων διατάξεων, εξαντλώντας συχνά τα προβλεπόμενα όρια κράτησης. Αυτό αντανακλά φόβους για την επικινδυνότητα των ασθενών, παρόλο που τα διεθνή δεδομένα δεν υποστηρίζουν αυτούς τους φόβους.

Συγκριτική Ανάλυση των Ερευνών

Οι τρεις έρευνες προσφέρουν μια πληρέστερη εικόνα των επιδράσεων των διατάξεων του Ν. 4509/2017 στη ζωή των ασθενών του άρθρου 69. Η πρώτη έρευνα (2016-2017) αποτύπωσε μια πραγματικότητα όπου οι ακαταλόγιστοι ασθενείς αντιμετώπιζαν παρατεταμένη κράτηση χωρίς σαφή χρονοδιάγραμμα για την αποφυλάκισή τους, κάτι που δυσχέρανε την επανένταξή τους στην κοινωνία. Οι έρευνες μετά την εφαρμογή του Ν. 4509/2017 δείχνουν βελτιώσεις στην ποιότητα ζωής και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών.

Συγκεκριμένα, η δεύτερη έρευνα (2019) έδειξε ότι οι ασθενείς εκτός ΨΝΑ έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους νοσηλευόμενους εντός ΨΝΑ, υπογραμμίζοντας την επιτυχία της κοινοτικής φροντίδας. Η τρίτη έρευνα (2020) ανέδειξε την επιτυχία του Ν. 4509/2017 στην άρση των μέτρων θεραπείας και τη μείωση της μακροχρόνιας φύλαξης, αν και υπογραμμίζει την ανάγκη για περαιτέρω επανενταξιακές δομές και τη συνεχιζόμενη επιφυλακτικότητα των δικαστών.

Συγκριτικά Συμπεράσματα:

- **Ποιότητα Ζωής και Υγεία:** Οι έρευνες δείχνουν ότι η μεταρρύθμιση του Ν. 4509/2017 έχει οδηγήσει σε βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, ειδικά για εκείνους που έχουν πρόσβαση σε κοινοτικές δομές. Η παρατεταμένη νοσηλεία εξακολουθεί να επηρεάζει αρνητικά την υγεία και την ποιότητα ζωής.
- **Θεραπευτική και Κοινωνική Επανένταξη:** Η εφαρμογή του νόμου προωθεί τη θεραπευτική προσέγγιση και την κοινωνική επανένταξη, μειώνοντας την ανάγκη για μακροχρόνια κράτηση. Οι επιτυχημένες περιπτώσεις άρσης των μέτρων θεραπείας δείχνουν τη δυνατότητα των ασθενών να επανενταχθούν στην κοινωνία.
- **Νομοθετικά και Δικαστικά Ζητήματα:** Οι αλλαγές στο νομικό πλαίσιο είναι θετικές, ωστόσο η επιφυλακτικότητα του δικαστικού σώματος και οι ελλείψεις σε επανενταξιακές δομές αναδεικνύουν την ανάγκη για συνεχιζόμενες βελτιώσεις και εκπαίδευση των επαγγελματιών.

Γιατί Υπήρξαν Θετικές Επιδράσεις μετά την Αλλαγή του Νόμου

Οι θετικές επιδράσεις μετά την εφαρμογή του Ν. 4509/2017 μπορούν να αποδοθούν σε διάφορους παράγοντες:

1. **Θεραπευτική Προσέγγιση:** Η έμφαση στη θεραπεία και την αποκατάσταση των ασθενών αντί για την απλή φύλαξή τους βελτίωσε την ποιότητα ζωής τους. Οι ασθενείς που έλαβαν κατάλληλη θεραπεία και υποστήριξη κατάφεραν να επανενταχθούν πιο εύκολα στην κοινωνία.
2. **Κοινωνική Φροντίδα:** Η ενίσχυση των δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και η μείωση της μακροχρόνιας παραμονής στα ψυχιατρικά νοσοκομεία συνέβαλαν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Οι ασθενείς που νοσηλεύονταν σε ξενώνες και οικοτροφεία είχαν καλύτερες επιδόσεις σε δείκτες ποιότητας ζωής.
3. **Νομοθετικές Αλλαγές:** Οι αλλαγές που επέφερε ο Ν. 4509/2017, όπως η ευελιξία στην άρση των μέτρων θεραπείας και η υποχρεωτική ψυχιατρική παρακολούθηση, συνέβαλαν στη βελτίωση της συνολικής

θεραπευτικής προσέγγισης. Οι ασθενείς δεν παρέμεναν πλέον σε μια κατάσταση αόριστης κράτησης, αλλά έλαβαν συγκεκριμένα θεραπευτικά μέτρα με στόχο την αποκατάστασή τους.

4. **Συνεργασία Επαγγελματιών:** Η καλύτερη συνεργασία μεταξύ ιατρών, ψυχιάτρων και δικαστών βελτίωσε την εφαρμογή των νέων διατάξεων και την αντιμετώπιση των ασθενών. Η υποστήριξη από νομικούς και η παροχή συνηγόρων για τους ασθενείς διασφάλισε την προστασία των δικαιωμάτων τους και την ορθή εφαρμογή του νόμου.

Δυνατά Σημεία της Εργασίας

Η παρούσα εργασία έχει αρκετά δυνατά σημεία που συμβάλλουν στην κατανόηση των επιπτώσεων του Ν. 4509/2017 στη ζωή των ασθενών του άρθρου 69, μέσα από τις διαθέσιμες πηγές. Πρώτον, η συγκριτική ανάλυση βασίζεται σε δεδομένα από διαφορετικές χρονικές περιόδους, επιτρέποντας μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα της κατάστασης πριν και μετά την εφαρμογή του νόμου. Δεύτερον, η εργασία καταφέρνει να ενσωματώσει ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα, συνδυάζοντας τις υφιστάμενες στατιστικές αναλύσεις με περιγραφικές αξιολογήσεις, γεγονός που ενισχύει την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των συμπερασμάτων. Τρίτον, η ανάλυση περιλαμβάνει ποικίλους δείκτες ποιότητας ζωής, όπως η ψυχική και σωματική υγεία, η λειτουργικότητα και η κοινωνική επανένταξη, παρέχοντας μια πολυδιάστατη προσέγγιση στις επιπτώσεις του νόμου. Τέλος, η εργασία προτείνει συγκεκριμένες μεταρρυθμίσεις και πρακτικές προτάσεις για τη βελτίωση του υπάρχοντος συστήματος, παρέχοντας μια βάση για μελλοντική έρευνα και πολιτικές παρεμβάσεις.

Αδυναμίες της Εργασίας

Παρά τα δυνατά σημεία της, η εργασία παρουσιάζει και ορισμένες αδυναμίες που πρέπει να ληφθούν υπόψη. Πρώτον, η έλλειψη επαρκών ερευνών μέχρι σήμερα περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Οι διαθέσιμες μελέτες είναι περιορισμένες σε αριθμό, γεγονός που μπορεί να

επηρεάσει την αντιπροσωπευτικότητα των δεδομένων. Δεύτερον, η εξάρτηση από αυτοαναφερόμενα δεδομένα για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της υγείας μπορεί να οδηγήσει σε μεροληψία, καθώς οι ασθενείς ενδέχεται να υποεκτιμήσουν ή να υπερεκτιμήσουν την κατάστασή τους. Τρίτον, η εργασία δεν εξετάζει επαρκώς τις διαφορές μεταξύ των διαφόρων υποομάδων ασθενών, όπως οι ηλικιωμένοι, οι ασθενείς με νοητική υστέρηση ή οι εξαρτημένοι από ουσίες, κάτι που θα μπορούσε να παρέχει πιο λεπτομερή και εξειδικευμένη κατανόηση των επιπτώσεων του νόμου.

Προτάσεις για Περαιτέρω Έρευνα

Για να αντιμετωπιστούν οι αδυναμίες αυτές και να ενισχυθεί η κατανόηση των επιπτώσεων του Ν. 4509/2017, προτείνεται η διεξαγωγή περαιτέρω ερευνών δεδομένου ότι έχει παρέλθει αρκετός χρόνος από την αλλαγή του νόμου. Ειδικότερα, οι μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να εστιάσουν στη διαχρονική παρακολούθηση των ασθενών, παρέχοντας δεδομένα που να καλύπτουν μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα και ποικίλες γεωγραφικές περιοχές, καλύπτοντας ενδεχομένως εξωνοσοκομειακές δομές. Επιπλέον, η εφαρμογή ποσοτικών μεθόδων, όπως η ανάλυση δεδομένων μεγάλου όγκου (big data) και η χρήση προχωρημένων στατιστικών μοντέλων, μπορεί να προσφέρει πιο ακριβείς εκτιμήσεις των επιπτώσεων του νόμου. Τέλος, είναι σημαντικό να διερευνηθούν οι επιπτώσεις του νόμου σε ειδικές ομάδες ασθενών, όπως οι ηλικιωμένοι και οι ασθενείς με συγκεκριμένες διαγνώσεις, προκειμένου να αναπτυχθούν πιο στοχευμένες και αποτελεσματικές πολιτικές και παρεμβάσεις.

Συμπεράσματα και Προοπτικές

Η εφαρμογή του Ν. 4509/2017 έχει αλλάξει το τοπίο για αυτή την ιδιαίτερη ομάδα ασθενών, προωθώντας την αποασυλοποίηση, την αντιμετώπιση του στίγματος και την εξατομικευμένη θεραπεία. Παρά τις όποιες ασάφειες ή προβλήματα, η μεταρρύθμιση δείχνει να κινείται προς τη σωστή κατεύθυνση. Ωστόσο, η κυρίαρχη κοινωνική άποψη που αντιμετωπίζει τον ψυχικά ασθενή

ως επικίνδυνο παραμένει εμπόδιο στις θετικές αλλαγές. Είναι απαραίτητη η ανάπτυξη εξειδικευμένων ψυχιατροδικαστικών υπηρεσιών που δεν θα αντιμετωπίζουν μόνο την ψυχωτική συμπτωματολογία, αλλά και την αντικοινωνική και επιθετική συμπεριφορά των ασθενών. Οι υπηρεσίες αυτές πρέπει να προσφέρουν εξατομικευμένη παρέμβαση, λαμβάνοντας υπόψη τις ειδικές ανάγκες κάθε ασθενούς, συμπεριλαμβανομένων των ηλικιωμένων, των ατόμων με νοητική υστέρηση ή άνοια, και των εξαρτημένων από ουσίες. Νομίζουμε ότι η εφαρμογή του Ν. 4509/2017 έχει επιφέρει σημαντικές θετικές αλλαγές στη διαχείριση των ψυχικά ασθενών, προωθώντας μια πιο ανθρώπινη και δίκαιη προσέγγιση στη θεραπεία και την κοινωνική επανένταξη. Η επιτυχής εφαρμογή του νόμου απαιτεί συνεχείς προσπάθειες για την εκπαίδευση των επαγγελματιών, την ανάπτυξη υποδομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και τη βελτίωση της συνεργασίας μεταξύ ιατρών και δικαστών. Οι θετικές επιδράσεις του νόμου στη ζωή των ασθενών επιβεβαιώνουν την ανάγκη για τέτοιες μεταρρυθμίσεις και υπογραμμίζουν τη σημασία της ψυχικής υγείας και της κοινωνικής δικαιοσύνης. Η μεταρρύθμιση του Ν. 4509/2017 αποτελεί ένα σημαντικό βήμα προς τη βελτίωση της θεραπείας και της κοινωνικής επανένταξης των ψυχικά ασθενών δραστών. Η επιτυχία της εξαρτάται από την αποδοχή και την εφαρμογή της, καθώς και από την αλλαγή της κοινωνικής αντίληψης σχετικά με τους ψυχικά ασθενείς.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

Αλεξιάδης, Σ. (1984). Η πρόσφατη νομολογία του ΕυρΔΔΑ σχετικά με τις εγγυήσεις προσωπικής ελευθερίας και ασφάλειας των κρατουμένων ψυχασθενών. *ΕΕυρΔ*, 1, 180 επ.

Αλεξιάδης, Σ. (1986). Η επικινδυνότητα του εγκληματία: ένα στοιχείο πλαστό. Στο *Μνήμη Ν. Χωραφά – Η. Γάφου – Κ. Γαρδίκας* (τ. ΙΙ, σελ. 131 επ.).

Αμπατζόγλου, Γ. (1991). *Ψυχιατρική και Ιατρική, τα όρια, οι ταυτότητες και οι σχέσεις*. Αθήνα: Οδυσσεάς.

Αναγνωστόπουλος, Η. (1989). Μέτρα ασφαλείας και ποινές. *ΝοΒ*, 385.

Ανδρουλάκης, Ν. (2005). *Ποινικό Δίκαιο Γενικό Μέρος, Τόμος Ι* (Β' Έκδοση). Αθήνα: Π.Ν. Σάκκουλας.

Ασημόπουλος, Χ. (2009). *Η καθημερινή ζωή στο ψυχιατρείο - Μορφές ιδρυματισμού και ιδρυματικής κακοποίησης*. Αθήνα: Καστανιώτης.

Αρχιμανδρίτου, Μ. (1996). *Η διαχρονική εξέλιξη της προσέγγισης της επικέτας*. Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.

Βαρουχάκης, Χ. (1984). Το νομοθετικό διάταγμα 104/1973. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 2, 2 επ.

Βιδάλης, Τ. (1995). Εμμένοντας στον αυτοκαθορισμό: οι ατομικές ελευθερίες των εγκλειστών ψυχασθενών. *Το Σύνταγμα*, 285.

Γαλανού, Μ. (2010). Ζητήματα ερμηνείας του δικαιώματος στην προσωπική ελευθερία και ασφάλεια στο κείμενο της ΕΣΔΑ. *ΠοινΔικ*, 225 επ. [και στο *Τιμ. Τομ. Αλεξιάδη*]

Γαλανού, Μ. (2011). *Σωφρονιστική μεταχείριση και δικαιώματα των τελούντων υπό κράτηση προσώπων*. Αθήνα - Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.

Γαρδίκας, Κ. (1968). Η πρόγνωση της εν τω μέλλοντι κοινωνικής διαγωγής του εγκληματίσαντος. *ΠοινΧρ*, 129 επ.

Γαρδίκας, Κ. (1969). Το επικίνδυνον του εγκληματίου. *ΠοινΧρ*, ΙΘ', 65 επ.

- Γάφος, Η. (1970). Κοινωνική άμυνα κατά των ανώμαλων εγκληματιών. *ΠοινΧρ*, 730 επ.
- Γεωργιάδου, Ε., Μαστρογιάννη, Α., Συγγελάκη, Μ., & Καραστεργίου, Α. (2003). Ακούσια νοσηλεία: το νομοθετικό πλαίσιο και η εφαρμογή του. *Ελληνική Ψυχιατρική Γεν. Νοσοκομείου*, 1(1), 25 επ.
- Γιαννούλης, Γ. (2017). *Η επικινδυνότητα του δράστη και η εκτίμηση κινδύνων από δικαιοκρατικής σκοπιάς*. Αθήνα: Π.Ν. Σάκκουλας.
- Γρηγοριάδου, Ε., Αμπαζή, Ε., & Γεωργακά, Ε. (2012). Ακούσια εισαγωγή σε ψυχιατρική μονάδα: Από το πνεύμα του νόμου στην καθημερινότητα της εφαρμογής του. *ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ*, 19(1), 81 επ.
- Γρίβας, Κ. (1985). *Ψυχιατρικός Ολοκληρωτισμός: Οι Ιστορικές και Κοινωνικές Παράμετροι της Ψυχιατρικής* (διδακτορική διατριβή). Θεσσαλονίκη: Ιανός.
- Δασκαλάκης, Η. (1985). *Η εγκληματολογία της Κοινωνικής Αντίδρασης*.
- Δημόπουλος, Χ. (2008). *Εισηγήσεις Εγκληματολογίας*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.
- Δημόπουλος, Χ. (1988). *Η προεγκληματική επικινδυνότητα και τα μέτρα για την αντιμετώπισή της*. Αθήνα - Θεσσαλονίκη: Αντ. Ν. Σάκκουλας.
- Διονυσιοπούλου, Α. (2013). Προγνωστικές αποφάσεις στο ποινικό δίκονομικό δίκαιο - Το παράδειγμα της προσωρινής κράτησης λόγω κινδύνου τέλεσης νέων αξιόποινων πράξεων. *ΠοινΧρ*, 13 επ.
- Δουζένης, Α. (2020). Η σημασία των «ακαταλόγιστων» για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση. *Ψυχιατρική*, 27(3).
- Ζαγκαρόλας, Ι. (1940). *Η επικινδυνότης και τα ασφαλιστικά μέτρα εν τω ποινικώ δικαίω*.
- Θέμελη, Ο. (2000). Εγκλεισμός και υγεία – Η κατάλυση ενός ακόμα εννόμου αγαθού. *ΠοινΔικ*, 885 επ.
- Καϊάφα-Γκμπάντι, Μ. (1994). Η τέλεση πλημμελήματος με απειλούμενη ποινή κατώτερη των 6 μηνών επιτρέπει φύλαξη των ακαταλόγιστων δραστών ή μόνον ακούσια νοσηλεία – Με αφορμή το ΒουλΣυμβΠλημΘες 471/1994. *Υπεράσπιση*, 959 επ.
- Καϊάφα-Γκμπάντι, Μ., Μπιτζιλέκη, Ν., & Συμεωνίδου-Καστανίδου, Ε. (2016). *Δίκαιο των Ποινικών Κυρώσεων*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.
- Κιούπης, Δ. (2016). *Δικαστική Ψυχολογία και Ψυχιατρική*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.

- Κοκολάκης, Ε. (1976). *Το επικίνδυνον του εγκληματίου και τα ασφαλιστικά μέτρα εν τω Π.Κ.*. Αθήνα.
- Κορασίδου, Μ. (2002). *Όταν η αρρώστια απειλεί, Επιτήρηση και έλεγχος της υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα του 19ου αιώνα*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Κοσμάτος, Κ. (1998). *Η διάρκεια του εγκλεισμού σε ψυχιατρικό κατάστημα κατά το άρθρο 70 του Ποινικού Κώδικα*. Αθήνα: Σάκκουλας.
- Κοσμάτος, Κ. (2002). *Η ακούσια νοσηλεία σε μονάδα ψυχικής υγείας, Ερευνητικές διαπιστώσεις και προοπτικές από την εφαρμογή του νόμου 2071/1992*. Αθήνα - Κομοτηνή: Αντ. Ν. Σάκκουλας.
- Κοσμάτος, Κ. (2004). Η άσκηση των δικαιωμάτων ως βασική αφετηρία για την μεταχείριση του ψυχικά ασθενή. *ΠοινΔικ*, 1404 επ.
- Κοσμάτος, Κ. (2016). Η ακούσια νοσηλεία σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας, προβλέψεις και προβλήματα στα 23 χρόνια εφαρμογής. Στο Μ. Καϊάφα-Γκμπάντι (Επιμ.), *Περιοριστικά μέτρα στη σύγχρονη θεραπευτική προσέγγιση των ψυχικά πασχόντων* (σελ. 57 επ.). Αθήνα – Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.
- Κοσμάτος, Κ. (Χ.Χ.). Το μέτρο ασφάλειας του εγκλεισμού σε ψυχιατρικό ίδρυμα (άρθρα 69-70 ΠΚ): από το παρόν στο μέλλον. Σκέψεις για το ΣχΝ «Μέτρα Θεραπείας ατόμων που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής».
- Κοτσαλής, Λ. (2013). *Δικαστική Ψυχολογία και Ψυχιατρική*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.
- Κουράκης, Ν. (2008). *Θεωρία της ποινής – Μία Εισαγωγή*. Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.
- Κουράκης, Ν. (2009). *Ποινική Καταστολή* (5η Έκδοση). Αθήνα: Σάκκουλας ΑΕ.
- Λιούρδη, Α. (2014). *Ιατρική Ποινική Ευθύνη – Γενικές έννοιες και Ειδικά ζητήματα*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.
- Λιούρδη, Α. (1995). Η ποινική αντιμετώπιση δραστών ελαττωμένης ικανότητας προς καταλογισμό κατά τα άρθρα 37 και 38 Π.Κ. Οι διαστάσεις ενός προβλήματος. Στο *Τιμητικός Τόμ. Ν. Φωτάκης*.
- Λιούρδη, Α. (2005). ά. 37-41 σε (Επιμ. Δ. Σπινέλλης) *Συστηματική Ερμηνεία του Ποινικού Κώδικα*. Αθήνα: Π.Ν. Σάκκουλας.
- Λειβαδίτης, Μ., & Σακελλαρόπουλος, Π. (1989). Προτάσεις μεταρρύθμισης της νομοθεσίας για την ακούσια νοσηλεία των ψυχικά ασθενών. *Ιατρική Επικοινωνία*, 4, 351 επ.

- Λειβαδίτης, Μ. (1994). *Ψυχιατρική και Δίκαιο – Ιατρικά, κοινωνικά, νομικά προβλήματα: η συμβολή της κοινωνικής ψυχιατρικής*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Λέκκα, Β. (2013). *Ιστορία και θεωρία της ψυχιατρικής – Από τον Ιπποκράτη μέχρι το Κίνημα της αντιψυχιατρικής και τον Michel Foucault*. Αθήνα: Futura.
- Λιάκος, Α. (Χ.Χ.). Προβληματισμοί γύρω από την επικινδυνότητα του ψυχωσικού σε *Επικινδυνότητα και Κοινωνική Ψυχιατρική* (Επιμ. Λειβαδίτη, Σακελλαρόπουλου), 89-92.
- Λίβος, Ν. (2002). Προγνωστικές αποφάσεις στο Ποινικό Δίκαιο (με παράδειγμα την υπ' όρον απόλυση και τη χορήγηση τακτικών αδειών σε καταδίκους). *ΠοινΧρ*, 1008 επ.
- Μαγκάκης, Γ.Α. (1979). *Ποινικό Δίκαιο Διάγραμμα Γενικού Μέρους*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Μαδιανός, Μ. (2000). *Κοινωνική ψυχιατρική και κοινωνική ψυχική υγιεινή*. Αθήνα: Καστανιώτης.
- Μαδιανός, Μ. (2005). *Εισαγωγή στην κοινωνική ψυχιατρική*. Αθήνα: Καστανιώτης.
- Μαδιανός, Μ. (1994). *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μανιτάκης, Α. (1997). Τα δικαιώματα του ψυχασθενούς: δικαιώματα ενός προσώπου στην ελευθερία ή δικαιώματα ενός ψυχασθενούς στην υγεία. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 54 επ.
- Μανιτάκης, Α. (1983). Οι εγγυήσεις προσωπικής ελευθερίας της ΕυρΣΔΑ και η κράτηση ψυχασθενούς σε ψυχιατρικό ίδρυμα. *ΕΕΕυρΔ*, 547 επ.
- Μανωλεδάκης, Ι. (2011). *Δίκαιο και Ιδεολογία Κριτικές Σκέψεις*. Αθήνα: Σάκκουλας Α.Ε.
- Μανωλεδάκης, Ι. (2005). *Ποινικό Δίκαιο – Επιτομή Γενικού Μέρους (Άρθρα 1-49 ΠΚ) (ζ' έκδοση)*. Αθήνα – Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.
- Μανωλεδάκης, Ι. (2004). *Γενική Θεωρία του Ποινικού Δικαίου*. Αθήνα – Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.
- Μαργαρίτης, Λ. (2015). Έφεση κατά βουλεύματος και αδύναμα πρόσωπα (ανήλικοι – ψυχικά πάσχοντες). *ΠοινΔικ*, 899 επ.
- Μαργαρίτης, Λ., Νούσκαλης, Γ., & Παρασκευόπουλος, Ν. (2016). *Ποινολογία* (8η έκδοση). Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.
- Μάτσα, Κ. (1984). Η Γέννηση του Ψυχιατρικού Ασύλου. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 13-20.

Μεγαλοοικονόμου, Θ. (1992). Μερικές παρατηρήσεις για το νομοσχέδιο για την ψυχική υγεία. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 38, 9 επ.

Μεγαλοοικονόμου, Θ. (2010). Ιδρυματική βία και καταστάσεις έκτακτου ανάγκης. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 109, 9 επ.

Μεγαλοοικονόμου, Θ. (Χ.Χ.). Προβλήματα εφαρμογής του νόμου 2071 στην περιφέρεια Δωδεκανήσου. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 60, 140 επ.

Μεγαλοοικονόμου, Θ. (Χ.Χ.). Νομοσχέδιο για τους ακαταλόγιστους δράστες: προς το καλύτερο ή το χειρότερο; Πηγή: <http://www.efsyn.gr>

Μεγαλοοικονόμου, Θ. (2015). Για μία εναλλακτική ενάντια στην ίδρυση Δικαστικού Ψυχιατρείου. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 34 επ.

Μητροσύλη, Μ. (1997). Παρουσίαση της προβληματικής της διημερίδας. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 60, 12 επ.

Μητροσύλη, Μ. (1997). Αντί Επιλόγου – Αναγκαιότητα προσδιορισμού στην Ευρώπη μιας νέας πολιτικής για την ψυχική υγεία. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 60, 158 επ.

Μίντση, Γ. (1997). Η ακούσια νοσηλεία ψυχασθενούς κατά το Ευρωπαϊκό και το Ελληνικό Δίκαιο. *Αρμενόπουλος*, 967 επ.

Μοροζίνης, Ι. (2015). Κίνδυνος και επικινδυνότητα ως στοιχεία της αντικειμενικής υπόστασης. *ΠοινΧρ*, 486 επ.

Μοσχονάς, Δ. (2009). Η κριτική θεώρηση της ψυχιατρικής και οι προτιμήσεις των θεραπευομένων. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 11 επ.

Μπακατσούλας, Μ. (1951). Το επικίνδυνον του εγκληματίου εν τω νέω ποινικώ κώδικι. *ΠοινΧρ*, 119 επ.

Μπιναλάκης, Ν. (2012). Ακούσια νοσηλεία: Μία περίπτωση σύγκρουσης εισαγγελέα και ψυχιάτρου στην ερμηνεία του νόμου. *Ψυχιατρική*, 23, 255-261.

Μπιναλάκης, Ν. (2004). *Ψυχιατρική Περίθαλψη και Ανθρώπινα Δικαιώματα στην Ελλάδα*. Αθήνα: Οδυσσέας.

Μυλωνόπουλος, Δ. (2014). Από το φρενοβλαβή στον ψυχικά ασθενή Ιστορική εξέλιξη της νομικής ορολογίας. Ανασυρθέν από www.mednet.gr/archives.

Μυλωνόπουλος, Χ. (2007). *Ποινικό Δίκαιο - Γενικό Μέρος Ι*. Αθήνα: Π.Ν. Σάκκουλας.

Μυλωνόπουλος, Χ. (1993). Διαθετικές έννοιες στο Ποινικό Δίκαιο. *Υπεράσπιση*, 243 επ.

Νικολόπουλος, Γ. (2003). Επικρίσεις και αντιστάσεις γύρω από την έννοια της επικινδυνότητας: από το θετικιστικό παράδειγμα στις θεωρίες της διακινδύνευσης. Στο Α. Μαγγανάς (Επιμ.), *Δικαιώματα του Ανθρώπου, Έγκλημα-Αντεγκληματική Πολιτική, Τιμητικοί Τόμοι για την Αλ. Γιωτοπούλου-Μαραγκοπούλου* (Τόμ. Β, σελ. 951 επ.). Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.

Ντουράκη, Θ. (1988). Η αναγκαστική στέρηση της προσωπικής ελευθερίας και ασφάλειας των κρατούμενων ψυχασθενών μέσα από τη νομολογία των δικαιοδοτικών οργάνων ΕυρΣυμβ των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου. Στο *Σύμμεικτα προς τιμήν Φ. Βέγλερη* (II, σελ. 308 επ.).

Ντουράκη, Θ. (1997). Επικινδυνότητα, Ψυχιατρική Αγωγή και Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 60, 112.

Πανούσης, Γ. (1978). Η επικινδυνότητα. *ΝοΒ*, 776 επ.

Πανούσης, Γ. (2000). *Θεμελιώδη ζητήματα της εγκληματολογίας* (2η έκδοση). Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας.

Πανούσης, Γ. (2014). Το προληπτικό Ποινικό Δίκαιο (ανάμεσα στους εγκληματολογικούς κινδύνους και τις δικαιολογικές διακινδυνεύσεις). *Εγκληματολογία*, 1-2, 12 επ.

Παρασκευόπουλος, Ν. (1986). Μεταξύ τιμωρίας και θεραπείας. Τα μέτρα ασφαλείας του Ποινικού Κώδικα. Στο *Μνήμη Χωραφά-Γάφου-Γαρδίκια* (τ. II, σελ. 227 επ.).

Παρασκευόπουλος, Ν. (1987). *Φρόνημα και καταλογισμός στο Ποινικό Δίκαιο*. Θεσσαλονίκη.

Παρασκευόπουλος, Ν., & Κοσμάτος, Π. (1997). *Ο αναγκαστικός εγκλεισμός του ψυχικά ασθενή σε ψυχιατρείο*. Αθήνα: Αντ. Ν. Σάκκουλας.

Πλεύρης, Α. (2007). *Η ποινική ευθύνη στην ιατρική πράξη – έρευνα και πειραματισμός με αντικείμενο τον άνθρωπο*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.

Πλουμπίδης, Ν. (1995). *Ιστορία της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα: Θεσμοί, Ιδρύματα και Κοινωνικό Πλαίσιο (1850-1920)*. Αθήνα: Έξαντας.

Πλουμπίδης, Δ., & Στυλιανίδης, Σ. (1988). Από τον εγκλεισμό στην εγκατάλειψη. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 21-22, 11 επ.

Πολίτης, Α., Τρίκκας, Γ., Πεχλιβανίδης, Α., Μουρτζούχου, Π., & Χριστοδούλου, Γ.Ν. (2003). Ακούσια νοσηλεία: Η αναγκαιότητα για εναλλακτική προσέγγιση. *Ψυχιατρική*, 14, 101-109.

Σκαράγκας, Δ. (2002). *Εγκληματίας Ψυχασθενής – Ένας επικίνδυνος μύθος*. Θεσσαλονίκη: Ιανός.

Στριγγάρης, Μ.Γ. (1980). *Σχιζοφρένεια και εγκληματικότητα*.

- Στυλιανίδης, Σ. (1997). Κλινικές παρατηρήσεις σχετικά με την εφαρμογή της ψυχιατρικής νομοθεσίας και το ψυχωτικό υποκείμενο. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 60, 42 επτ.
- Στυλιανίδης, Σ., & Παναγού, Α. (Χ.Χ.). Ακούσιες νοσηλείες στην Ελλάδα: από την ανάγκη θεραπείας στον θάνατο των δικαιωμάτων. *The art of crime*, τεύχος 4.
- Στυλιανίδης, Σ., Θεοχαράκης, Ν., & Χονδρός, Π.Χ. (Χ.Χ.). Το μετέωρο βήμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα: Μία διαχρονική προσέγγιση με επίκαιρα ερωτήματα.
- Στυλιανίδης, Σ., Μητροσύλη, Μ., & Πλουμπίδης, Δ. (1996). Σχετικά με την εφαρμογή του Νέου Ελληνικού νόμου στην ψυχιατρική. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 60, 150 επτ.
- Συλίκος, Γ. (2005). Ιδιαίτερη επικινδυνότητα: Η ιδιαίτερη επικινδυνότητα μιας ιδιαίτερως επικίνδυνης νομικής κατασκευής. *ΠραξολογΠοινΔ*, 130 επτ.
- Συλλογικό. (2017). *Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου – Ερμηνεία κατ' άρθρο* (Επιμ. Λ.Α. Σισιλιάνος). Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.
- Συλλογικό. (2011). *Ακούσια νοσηλεία ψυχικά ασθενών ιατρικά και νομικά ζητήματα στην εφαρμογή του ν. 2071/92* (Επιμέλεια Ν. Μπιναλάκης). Αθήνα: Βήτα.
- Συλλογικό. (2008). *Ψυχιατρική και Δίκαιο – Γενικό Πλαίσιο και Προβληματισμοί* (Πρώτος Τόμος – Επιμ. Δ. Σολδάτος). Αθήνα: Αντ. Ν. Σάκκουλας.
- Συλλογικό. (1990). *Επικινδυνότητα και κοινωνική ψυχιατρική* (Π. Σακελλαρόπουλου/Μ. Λειβαδίτη, Επιμ.). Αθήνα: Παπαζήσης.
- Τζανάκης, Μ. (2008). *Πέραν του ασύλου. Η κοινοτική ψυχιατρική και το ζήτημα του υποκειμένου*. Αθήνα: Σύναψις.
- Τζαννετής, Α. (2005). ά. 69 σε *Συστηματική Ερμηνεία του Ποινικού Κώδικα* (Επιμ. Δ. Σπινέλλης). Αθήνα: Π.Ν. Σάκκουλας.
- Τριανταφύλλου/Χοτομανίδου. (2006). Η εισαγγελική εντολή ακούσιας εισαγωγής των ατόμων με ειδικώς ψυχικές διαταραχές σε Μ.Ψ.Υ. μετά την τροποποίηση του Α.Κ. (ω. 2447/96). *Αρμενόπουλος*, 649 επτ.
- Τσαλίκου, Φ. (1987). *Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή: οι λειτουργίες μιας κοινωνικής κατασκευής*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Τσαλίκου, Φ. (1991). Η τρέλα μέσα στο χρόνο. *Διαβάζω*, 272, 15 επτ.
- Τσαλίκου, Φ. (1996). *Μυθολογίες βίας και καταστολής*. Αθήνα: Παπαζήσης.

- Τσαλίκου, Φ. (2007). *Σχιζοφρένεια και φόνος*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Τσαλίκου, Φ. (Χ.Χ.). Η επικινδυνότητα είναι μια επικίνδυνη έννοια. Ανασυρθείσα από <http://www.efsyn.gr>
- Τσαλίκου, Φ., & Κωστοπούλου, Φ. (1990). Ο φόβος της τρέλας. Στο *Επικινδυνότητα και Κοινωνική Ψυχιατρική* (Επιμ. Μ. Λειβαδίτη, Π. Σακελλαρόπουλου), 44-58. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Φαφαλιού, Μ. (2017). *Ιερά Οδός 343, Μαρτυρίες από το Δρομοκαΐτειο* (Β' έκδοση). Αθήνα: Κέδρος.
- Φυτράκης, Ε. (Χ.Χ.). Εισαγγελική αρμοδιότητα και δικαστική εγγύηση στον ψυχιατρικό εγκλεισμό. *ΠοινΧρ*, 10, 952 επ.
- Φυτράκης, Ε. (Χ.Χ.). Από τον επικίνδυνο στο μέσο συνετό άνθρωπο: Μυθολογία και εμπειρισμός στο (ποινικό) δίκαιο. Στο *Τιμητικός Τόμος για τον Ιωάννη Μανωλεδάκη* (Τόμ. Β, σελ. 684 επ.). Αθήνα-Θεσ/κη: Σάκκουλας.
- Φυτράκης, Ε. (2007). Η ακούσια νοσηλεία σήμερα: μία μαύρη τρύπα στο κράτος δικαίου. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 100, 109 επ.
- Φυτράκης, Ε. (Χ.Χ.). Τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών: Από την ανοχή στην υποστήριξη. Ανασυρθείσα από <https://fitrakis.files.wordpress.com>
- Φυτράκης, Ε. (2012). Ανθρώπινα δικαιώματα και ψυχική υγεία: Θεσμοί προστασίας. *Σύναψις*, 27(8), 14 επ.
- Φυτράκης, Ε. (Χ.Χ.). Ψυχιατρική κράτηση: μία φυλακή χωρίς ποινή και δικαστή. Στο *Τιμητικός Τόμος Χρ. Αργυρόπουλου*, 127 επ.
- Φυτράκης, Ε. (2015). Ψυχιατρική περίθαλψη, ιατρικό σφάλμα και παράνομη κατακράτηση. *ΠοινΔικ*, 172 επ.
- Χαΐδου, Α. (1996). *Θετικιστική Εγκληματολογία: Αιτιολογικές προσεγγίσεις του εγκληματικού φαινομένου*.
- Χαραλαμπάκης, Α. (2016). *Ιατρική Ευθύνη*. Αθήνα: Π.Ν. Σάκκουλας.
- Χαραλαμπάκης, Α. (2017). *Διάγραμμα Ποινικού Δικαίου*. Αθήνα: Π.Ν. Σάκκουλας.
- Χριστούλη, Β. (2004). Νομικοί-δικαστικοί περιορισμοί αλλά και δυνατότητες αντιμετώπισης της εγκληματικότητας στους ψυχικά πάσχοντες. *Ελληνική Ψυχιατρική Γεν. Νοσοκομείου*, 2(1), 19.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Burton, R. (1976). *Institutional Neurosis*.

Fitrakis, E. (X.X.). *Mental health as civil and social right*. Ανασυρθείσα από <https://fitrakis.files.wordpress.com>.

Foucault, M. (1973-74). *Psychiatric Power: Lectures at the College de France*.

Herring, J. (2010). *Medical Law and Ethics* (3rd ed.). Oxford.

Locke, J. (1971-1972). *An Essay Concerning Human Understanding*. Everyman's Library Dutton.

Porter, R. (2002). *Madness. A Brief History*. Oxford University Press.

Szasz, T. (1961). *The myth of mental illness*.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία μεταφρασμένη στην ελληνική

Λομπρόζο, Τ. (2002). *Ο εγκληματίας άνθρωπος* (Μ. Άννινος, Μετάφρ.). Αθήνα: Κάκτος.

Φουκώ, Μ. (2004). *Ιστορία της τρέλας* (Γ. Αμπατζόγλου, Μετάφρ.). Αθήνα: Ηριδανός.

Agamben, G. (2016). *Homo Sacer – Κυρίαρχη εξουσία και γυμνή ζωή* (Π. Τσιαμούρας, Μετάφρ.). Αθήνα: Εξάρχεια.

Ancel, M. (1995). *Η Νέα Κοινωνική Άμυνα* (Η. Σαγκουνίδου-Δασκαλάκη, Μετάφρ.). Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.

Beck, U. (2005). *Κοινωνία της Διακινδύνευσης- Καθ' οδόν προς μία άλλη νεωτερικότητα* (Η. Οικονόμου, Μετάφρ.). Αθήνα: Πεδίο.

Blue, A. (1999). *Η δημιουργία της ελληνικής ψυχιατρικής, Πολιτισμός, Εαυτός και Ιατρική*. Αθήνα: Έξαντας.

Goffman, E. (1994). *Άσυλα* (Ξ. Κομνηνού, Μετάφρ.). Αθήνα: ΕΥΡΥΑΛΟΣ.

Morel, P. (2004). *Πέρα από το συνειδητό: εικονογραφημένη ιστορία της ψυχιατρικής και της ψυχανάλυσης*. Αθήνα: Εξάντας.

Roxin, C. (1998). *Έχει το Ποινικό Δίκαιο μέλλον;* (Έλενα Τσαλαβούτα, Μετάφρ., Επιμ. Ν. Λίβος). *ΠοινΧρ*, 705 επ.

Shorter, E. (2009). *Ιστορία της Ψυχιατρικής* (Μ. Βελούδου, Μετάφρ.). Αθήνα: Αρχιπέλαγος.

Szasz, T. (2007). *Νόμος, Ελευθερία και Ψυχιατρική – Μία έρευνα του ρόλου των ψυχιατρικών πρακτικών στην κοινωνία* (Κ. Σπίγγος, Μετάφρ.). Αθήνα: Αρχιπέλαγος.

Szasz, T. (2006). *Η Βιομηχανία της τρέλας* (Κ. Γρίβας, Μετάφρ.). Αθήνα: ΔΙΑΥΓΑΣΕΙΣ.

Weber, M. (2006). *Η Προτεσταντική Ηθική και το Πνεύμα του Καπιταλισμού* (Μ. Κυπριάου, Μετάφρ.). Αθήνα: Gutenberg.

Έγγραφα-Εκθέσεις

Αιτιολογική Έκθεση στο σχέδιο νόμου «Μέτρα θεραπείας ατόμων που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής και άλλες διατάξεις». Ανασυρθείσα από <https://www.hellenicparliament.gr>.

ΓνωμΕισΑΠ 1421/2004. *ΠοινΔικ*, 1386.

ΓνωμΕισΑΠ 12/2006. *ΠοινΔικ*, 1403.

ΓνωμΕισΑΠ 8/2007. *ΠοινΧρ*, 753.

ΓνωμΕισΑΠ 12/2008. *ΠοινΔικ*, 1224.

Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία (2001) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Ανασυρθείσα στην ελληνική μετάφραση από <http://www.who.int>.

Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές. «Τήρηση δικαστικού ελέγχου διαδικασιών ακούσιας νοσηλείας». Έκθεση από <http://www.moh.gov.gr>.

Συνήγορος του Πολίτη. (2004). *Ακούσια Εξέταση και Νοσηλεία σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο*. Πόρισμα από http://www.synigoros.gr/reports/akousia_eksetasi.pdf.

Συνήγορος του Πολίτη. (2004). *Έκθεση Αυτοψίας στις νοσοκομειακές μονάδες και στα αστυνομικά κρατητήρια Ιωαννίνων σχετικά με τη διαδικασία ακούσιου εγκλεισμού ψυχασθενών*. Πόρισμα από http://www.synigoros.gr/reports/ioannina_psych.pdf.

Συνήγορος του Πολίτη. (2007). *Αυτεπάγγελτη Έρευνα της Ανεξάρτητης Αρχής του Συνηγόρου του Πολίτη για την Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών*. Ειδική Έκθεση από http://www.synigoros.gr/reports/Eidiki_Ekthesi_Akousia_Nosileia_17_5_07.pdf.

European Commission - Health and Consumer Protection Directorate General - Research Project. (2002). *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients - Legislation and Practice in EU-Member States*. Διαθέσιμο στο <http://ec.europa.eu>.

FRA - European Union Agency for Fundamental Rights. (2012). *Involuntary placement and involuntary treatment of persons with mental health problems*. Διαθέσιμο στο <http://fra.europa.eu>.

Ερευνητικές εργασίες

Λύτρα, Α. (2019). *Ασθενείς με το άρθρο 69 του Π.Κ., ποιότητα ζωής, λειτουργικότητα, συσχέτιση νοσηλευομένων σε χρόνια, οξεία τμήματα και δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης* (Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία). Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα.

Markορούλου, Μ., Ιλιού, Κ., Karakási, V., & Douzénι, Α. (2020). Εφαρμογή του Ν. 4509/2017 στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. *Ψυχιατρική*, 31(2), 113-128.

Martinakί, S., Asimόroulos, C., Pαpaiδάννου, Α., Antonakάki, P., & Mageirόroulou, E. (2027). Αποτύπωση της σύγχρονης ελληνικής πραγματικότητας ακαταλόγιστων ψυχικά ασθενών, άρθρο 69 του Ποινικού Κώδικα, πριν την αλλαγή του νόμου. *Mednet*, 5(10), 145-159.